

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особливості прояву перфекціонізму у жінок з розладами харчової
поведінки**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-221 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Горячевської І.В.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н.,
Іванова Є.О.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ:

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК	
1.1.1. Соціокультурні джерела порушень харчової поведінки	7
1.1.2. Психологічні особливості та чинники порушення харчової поведінки....	12
1.2.1. Поняття та основні види розладу харчової поведінки	17
1.2.2. Методи лікування розладів харчової поведінки.....	23
1.3.1. Перфекціонізм як чинник вибору харчової поведінки	27
1.3.2. Локус-контроль як чинник вибору харчової поведінки.....	31
Висновки до розділу I	35
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ВПЛИВУ ЛОКУС-КОНТРОЛЮ НА ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК.	
2.1. Методологічні підходи до організації емпіричних досліджень харчової поведінки, схильності до перфекціонізму, локусу контролю.....	37
2.2. Емпірична модель дослідження.....	39
2.3. Характеристика процедури та опис вибірки дослідження.....	46
Висновки до розділу II	47
РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК З РІЗНИМ ЛОКУС-КОНТРОЛЕМ	
3.1. Аналіз результатів дослідження стилю харчової поведінки, перфекціонізму та локусу контролю жінок	48
3.2. Аналіз кореляційних зв'язків стилю харчової поведінки, перфекціонізму та локусу контролю жінок	54
3.3. Рекомендації до психокорекційної програми	73
Висновки до розділу III	87
ВИСНОВКИ	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92
ДОДАТКИ	100

ВСТУП

Актуальність теми дослідження: Проблема харчування та харчової поведінки є надзвичайно актуальною в сучасному світі, особливо для жінок. Швидкий темп життя та емоційне навантаження ускладнює здійснення повноцінного та правильного харчування, що може призводити до різних психосоматичних відхилень, порушень та розладів харчової поведінки, таких як анорексія, ожиріння, булімія. Ці стани, в свою чергу, можуть викликати психологічну та соціальну дезадаптацію у багатьох жінок. В психології виявлені фактори та закономірності, які впливають на сприйняття людиною власного тіла та вибір патернів харчової поведінки. Однак питання, такі як особливості прояву перфекціонізму, сприйняття образу "Я-тілесного" та специфіка саморегуляції при розладах харчової поведінки, таких як нервова анорексія та булімія, залишаються невирішеними. Розуміння природи харчової поведінки, її компонентів, чинників, залишається важливим завданням для всебічних психологічних досліджень.

Вплив перфекціонізму на сприйняття власного тіла складно перебільшити. Прагнення до ідеалу та досконалості – найбільш співзвучне із визначенням слова «перфекціонізм». Ідеал завжди пов'язаний із встановленням жорстких зовнішніх стандартів, які виходять із узагальненої думки соціуму. Прагнення до ідеалу – невід'ємна сторона життя особистості. У здоровому перфекціонізму розмежовуються поняття ідеал і «Я», тоді як у невротичному – межа стає розмитою, бажання стати ідеалом перевищує бажання зберегти ідентичність. Тому перфекціонізм часто стає причиною булімії та анорексії, адже надмірна потреба відповідати нереальним стандартам обов'язково фруструється, людина не отримує задоволення від життя, а відмежуватись від нездорових прагнень стає чим далі, тим складніше.

Вивчення феноменів, пов'язаних з тілесністю, також представляє собою перспективний напрямок наукових досліджень. Зростання інтересу до цієї теми обґрунтоване змінами в науковому підході, що розглядає людину як

психосоматичну цілісність, де фізичний і психічний стан взаємопов'язані та взаємно впливають одне на одного, все частіше враховуються критерії, такі як рівень здоров'я, активне довголіття та реалізація індивідуальності. Проте, важливо відзначити, що в дослідженнях психології недостатньо уваги приділяється емпіричному вивченню аспектів тілесності та теоретичному обґрунтуванню її впливу на життя людини. Це охоплює механізми функціонування, особливості становлення, формування та діагностику явищ, пов'язаних з тілесністю, особливо в контексті порушень харчової поведінки. У сучасній психології досліджуються окремі елементи схеми тіла, образу фізичного "Я", самосприйняття, але методики для психодіагностики регуляції тілесного, зокрема, тілесного локусу контролю мало пов'язують з темою харчової поведінки і зокрема з розвитком симптомів розладу харчової поведінки.

Таким чином, актуальність теми дослідження та її недостатня розробленість в сучасній українській психології зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка жінок.

Предмет дослідження: психологічні особливості впливу перфекціонізму на вибір стилю харчової поведінки жінок з різним тілесним локусом контролю.

Мета дослідження: проаналізувати чинники порушень харчової поведінки жінок; дослідити взаємозв'язок між виявленим перфекціонізмом, тілесним локусом контролю та певним стилем харчової поведінки жінок; дослідити вплив типу перфекціонізму на харчову поведінку жінок.

Гіпотеза дослідження: Чим більш високим є загальний рівень перфекціонізму, тим вища ймовірність розвитку розладу харчової поведінки, а саме: чим вищі вимоги людина висуває стосовно себе, тим більше вона схильна до використання продуктів харчування як заспокоєння. При цьому, чим вищими людині здаються вимоги, які висувають перед нею оточуючи, тим більше вона схильна обмежувати прийом їжі і тим більше вона чутлива до зовнішніх стимулів споживання їжі. Екстернальний тілесний локус також

характеризується підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів, пов'язаних, між іншим, із споживанням їжі. Особи з таким типом виявляють низький рівень самоконтролю у своїй харчовій поведінці, що виражається в слабкій здатності до саморегулювання та обмеження в споживанні. Вони також виявляють поганий контроль над своїми бажаннями та демонструють високий рівень імпульсивності у відношенні до харчування. ,

Таким чином у людей з високим рівнем перфекціонізму та екстернальним тілесним локусом контролю спостерігатиметься більша схильність до деструктивних форм харчової поведінки, ніж у людей з інтернальним тілесним локусом..

Завдання дослідження:

1. Визначити соціокультурні джерела та психологічні чинники порушення харчової поведінки

2. Емпірично дослідити зв'язок між розладами харчової поведінки, та індивідуальними психологічними особливостями, а саме: перфекціонізмом, здатністю до інтуїтивного харчування та тілесним локусом контролю

3. Визначити психологічні чинники розладу харчової поведінки.

4. Розробити рекомендації до корекційної психотерапевтичної роботи.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових підходів до дослідження впливу перфекціонізму та локусу контролю на РХП.

Емпіричні :

- Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire);
- Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, Т.ТЮЛКА) в адаптації Ящишиної Ю., Фатєєвої М.
- Опитувальник тілесного локусу-контролю Т. Б. Хомуленко
- Методика «Перевірка на життєздатність» шкала перфекціонізму В. Шауфелі

- Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. СМІТТА, Д. САКЛОФСКИ, Й. СТОЄБЕР, С. ШЕРРІ в адаптації Т. Грубі

Методи статистичної обробки емпіричних даних: факторний аналіз, порівняльний аналіз незалежних змінних, описова статистика, тестування незалежних вибірок, кореляційний аналіз, регресійний лінійний аналіз.

Характеристика вибірки:

У дослідженні, метою якого було з'ясування впливу перфекціонізму на модель харчової поведінки особистості, брало участь 111 жінок.

Розподіл за віком групи досліджуваних:

Середній вік учасників становить 32 роки, при діапазоні від 15 років до 45 років.

Теоретична та практична значущість роботи : полягає у розширенні розуміння розладів харчової поведінки у жінок та психологічних чинниках, що впливають на розвиток цих порушень. Робота базується на теоретичному огляді сучасної літератури та актуальних теоретичних підходах і концепціях для розуміння цих психологічних чинників. Робота сприяє розвитку наукових знань у галузі психології в сфері розладів харчової поведінки.

Результати емпіричних досліджень і висновки, представлені в роботі мають практичну значущість для психологічної практики та клінічної роботи з жінками з розладами харчової поведінки. З'ясування зв'язку між психологічними чинниками що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок та впливу цих чинників є вкрай важливим для подальшої розробки більш ефективних психологічних підходів у лікуванні та реабілітації жінок з розладами харчової поведінки. Робота сприяє поглибленню знань про розлади харчової поведінки серед жінок та робить внесок у практику спеціалістів, що працюють з жінками зі схильністю до розладів харчової

Структура роботи: робота складається зі вступу, 3 розділів , висновків до кожного з розділів, загального висновку, списку використаної літератури, додатків.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1.1. Соціокультурні джерела порушень харчової поведінки

Різноманітні чинники, починаючи від біологічних до антропологічних, взаємодіють між собою, впливаючи на розвиток та формування харчових вподобань людини. Розуміння цих психовпливів у контексті соціальної взаємодії допомагає розробити дієтологічні рекомендації, методики харчування та просвітницькі заходи, які будуть сприяти формуванню оптимальної системи харчування та підтримці здорового способу життя. Для успішної реалізації цих цілей, для впровадження позитивних змін у харчуванні, зміни особистісних переконань та батьківської поведінки, важливо мати ретельне розуміння та знання тих точок, у яких можливий критичний вплив на вибір харчової поведінки людини.

Дослідження в цій сфері допомагає вдосконалити наши знання про те, як впливати на харчову поведінку та формувати здорові звички людини. Враховуючи комплексний характер цих факторів, боротьба з порушеннями харчової поведінки повинна починатися з розробки ефективних стратегій для створення сприятливого середовища для підтримки здорового способу життя та популяризації правильного харчування.

Харчування є вагомим *соціальним чинником*, що визначає спільність людей, їх комунікацію та взаємодію. Харчування має соціальну значущість, так як з моменту народження людини пов'язано з міжособистісною взаємодією, є невід'ємною складовою процесу спілкування та соціалізації. Їжа супроводжує святкування, романтичні моменти життя, встановлення ділових та дружніх стосунків і багато іншого. Родина та друзі становлять головне джерело зразків споживання тієї чи іншої їжі або куштування нових продуктів. Родинна залученість є важливою для формування та подальшої підтримки харчових поведінкових змін. В. Шебанова відзначає, що стратегії харчування

(відмінності в раціоні) мають символічне значення та виступають фундаментом соціальної стратифікації, об'єднуючи людей у групи «свої–чужі», «еліта–плебеї», «жінки–чоловіки», «здорові–хворі» [39]. Крім того, їжа часто використовується батьками як засіб покарання або винагороди дитини, що визначає формування патернів харчової поведінки [42].

Соціальне научіння щодо їжі та харчових продуктів триває протягом усього людського життя, проте найважливішим є період перших п'яти років дитинства. Цей період включає в себе перехід від суцільномолочної дієти, до дієти із нижчим сукупним вмістом жирів, вказаний перехід передбачає навчання споживати чималий перелік рідкої та твердої їжі. Калорійність впливає на обсяги їжі, споживаної дітьми. Дослідження показують, що немовлята та молодші діти здатні регулювати обсяги споживання їжі у відповідь на зміни в калорійності споживаних продуктів. У межах одного прийому їжі обсяг споживання може бути не стабільним, але у межах добового годинного циклу споживання виявляється регульованою величиною. Впровадження жорсткого батьківського контролю провокує розвиток вподобань висококалорійної та жирної їжі, обмежує вибір дитини, порушує її харчову саморегуляцію, яка відбувається через ігнорування сигналів голоду та насичення. Коли батьки переконані, що дітям потрібна допомога та контроль у визначенні того, що коли та як багато вони мають спожити, дітям залишається мало можливостей для самоконтролю.

Харчова культура охоплює аспекти приготування, споживання та виробництва їжі. Вона є важливим носієм традицій, які відображають особливості етносу чи нації, а також інноваційних культурних трансформацій, що відбуваються в суспільстві. Кожна особа вбирає в себе культурні традиції харчування з самого дитинства в своїй сім'ї разом із іншими соціально-важливими цінностями. Розклад харчування та способи прийому їжі різняться у кожної особи і несуть у собі конкретні особливості стилів харчової поведінки в родині. Це відомо як культура харчування, яка формується з раннього дитинства і супроводжує людину протягом всього її життя. Культура в

широкому контексті є основою для всіх харчових виборів. Люди використовують категорії та правила своїх власних культур, етнічних та професійних груп, щоб визначити, що саме вони вважають прийнятною або найбільш вдалою для себе їжею. Це стосується також обсягу їжі, можливих поєднань продуктів, а також видів продуктів, які традиційно вважаються найкращими або забороненими. На основі культурних цінностей та психосоціальних факторів, які формують їх харчові вибори, люди вибудовують власні *сприйняття, переконання та установки* щодо їжі.

Традиційна харчова культура суспільства формується під впливом трьох ключових факторів:

1. Локальна місцевість: з її природними та кліматичними ресурсами, а також різноманітністю продуктів рослинництва та тваринництва, що визначає звичайний харчовий раціон соціуму.

2. Релігійні норми та обмеження, пов'язані з харчуванням: Наприклад, періоди посту, або ідея перемоги волі над фізіологічними потребами, що є однією з основних цінностей християнської релігії.

3. Соціально-культурні особливості. Для українців, наприклад, притаманні традиції ситної їжі; гостинність, обов'язкове пригощання. Слід враховувати пережиті в ХХ ст. періоди голоду та дефіциту продуктів, які підвищили загальну значущість їжі. Харчова культура є предметом психологічних, історичних та культурологічних досліджень [42].

Доступність їжі частково обумовило поширення РХП. Завдяки технологічному та науковому прогресу була нарешті вирішена проблема дефіциту їжі для людства, але їй на зміну прийшла проблема низької якості доступної їжі. Тут мова йде більше не про продукти першої необхідності для підтримання життєдіяльності організму: м'ясо, риба, свіжі овочі та фрукти, а про надлишок цукру у продуктах харчування, рафіновані жири, які додаються майже у всі солодощі та хлібобулочні вироби, це стосується також трансжирів у випічці. Еволюційно склалося, що організм ніколи не мав такого величезного вибору продуктів з таким складом, тому людям дуже важко зберігати здорову

вагу, не обмежуючи себе у їжі. Поширеність ожиріння серед населення розвинених країн спричинила активну пропаганду здорового способу життя для нормалізації ваги.

Вагомою причиною поширення РХП є популярність культури «здорового способу життя» в сучасному світі. У цьому аспекті важливо проаналізувати феномен порушень харчової поведінки в контексті сучасної харчової культури та визначити соціальні передумови цих поведінкових патернів.

Існують теорії, що вказують на соціокультурні причини РХП. Розлади харчової поведінки сприймають як синдроми культури, пов'язані з факторами іноді нереалістичних очікувань привабливості та стрункості. Популярною соціокультурною моделлю РХП є теорія самооб'єктивації. Ця теорія, представлена Fredrickson and Roberts (1997), вона вказує на нав'язування нашою культурою особливої орієнтаційної моделі – самооб'єктивації, що визначає поведінкові та емоційні реакції жінок. Теорія об'єктивації стверджує, що існує певний об'єктивний, визнаний суспільний ідеал краси, який передається та транслюється з різних соціокультурних каналів. Цей ідеал засвоюється людьми, так що задоволеність або незадоволеність зовнішнім виглядом буде залежати від того, наскільки люди відповідають йому [52]. Дослідники Dakanalis et al (2014) зазначають, що неспроможність відповідати стандартам, висунутим суспільством перетворює незадоволеність зовнішнім виглядом на сором свого тіла: хворобливу соціальну емоцію. Сором виникає в результаті порівняння себе з культурними стандартами та сприйняття себе непривабливим в очах інших. Почуття сорому власного тіла викликає два ефекта: жінки починають дотримуватися жорсткої дієти, викликають у себе блювоту, або вирішують припинити контроль над їжею і почати «розгальмовану» поведінку харчування [49].

За даними The American Journal of Clinical Nutrition, у період з 2000 по 2018 роки поширеність розладів, пов'язаних з харчуванням зросла від 3,4% до 7,8%. Достовірний рівень захворюваності на РХП невідомий серед населення. За даними Національної асоціації розладів харчової поведінки у світі

нараховується близько 70 мільйонів хворих на різні форми РХП (National Foodservice Association). Таку тенденцію можна пов'язати з активним розвитком інтернет-мережі. Усі верстви населення мають вільний доступ до будь-яких джерел інформації і зазвичай менша частина з користувачів інтернету здатна перевіряти цю інформацію та аналізувати її. Безкоштовна можливість публікувати думки та поради не завжди компетентних людей вводить в оману неосвічені у темі харчування молодь та старше покоління. У пошуках легких способів досягнення ідеального тіла, люди експериментують зі своїм харчуванням, способом та режимом життя. У більшості випадків це веде до порушень харчової поведінки і пізнє виявлення проблеми може стати основною причиною для виникнення розладу харчової поведінки вже як повноцінного психічного захворювання.

Знання та наявність інформації. Люди можуть використовувати власні знання для формування когнітивних зв'язків між харчуванням та здоров'ям, змінюючи таким чином власну поведінку, але саме по собі знання не є завжди ефективним. В сучасному світі інформація щодо здорового способу життя є вільно доступною, однак багато людей або не знають, як застосовувати цю інформацію у повсякденному житті, або недостатньо мотивовані до реальних змін власної харчової поведінки.

ЗМІ та соціальні мережі. Важко переоцінити вплив соціальних мереж на харчову поведінку людей. Якщо говорити про сьгоднішні соціальні мережі, то майже в кожній з них можна знайти псевдо експертів з харчування, які не завжди стежать за інформацією, що транслюють. Візьмемо, для прикладу, інстаграм - дівчатка, які змогли схуднути, позбутися недоліків фігури, починають вести марафони, не маючи ні відповідної освіти, ні повноцінного розуміння та поглиблених знань, як влаштований організм і до чого можуть призвести дієти та суворі обмеження. Найчастіше відео, які потрапляються – пов'язані з підрахунком калорій, прикладами тих чи інших продуктів, що мають однакову калорійність та харчову цінність. Дівчата показують, що вони їдять на 500-600 калорій на день, тим самим нав'язуючи своєї аудиторії деструктивні

моделі харчування. За цим слідують проблеми зі здоров'ям, в подальшому дефіцит або надлишок ваги та можливі розлади харчової поведінки. Як це впливає на користувачів соціальних мереж? Порушення адекватного сприйняття себе та свого тіла; комплекси, пов'язані із зовнішнім виглядом та індивідуальними особливостями, постійне зважування їжі, підрахунок калорій, моніторинг власної ваги щодня; проблеми зі здоров'ям - виключення життєво необхідних продуктів, що є джерелом макро- і мікронутриєнтів, нездорова втрата ваги – у дуже короткий термін (особливо дівчата) внаслідок чого може з'явитися такі серйозні захворювання, як булімія та анорексія. Звичайно, що розлади харчової поведінки стали поширюватися ще до того, як з'явилися соціальні медіа, але соціальні медіа сприяють гостроті сприйняття проблеми за допомогою націленої реклами та відповідними сайтами, які рекламують нереалістичні ідеали тіла та способу життя.

Отже сприйняття, переконання, установки та цінності сформовані на основі культурних цінностей та психосоціальних факторів формують харчові вибори і поведінку людини. Доступність та різноманіття їжі, відповідність її харчовим вподобанням, наявність різноманітної, часто недостовірної інформації, вплив соціальних мереж, реклами та ЗМІ з їх формуванням та нав'язуванням стереотипів краси є основними зовнішніми чинниками порушень харчової поведінки людини.

1.1.2. Психологічні особливості та чинники порушення харчової поведінки

Харчова поведінка визначається не лише соціальними чинниками, культурною, етнічною та релігійною приналежністю, вона відтворює психологічний портрет індивіда, несе приховану інформацію про індивідуальні характеристики, вподобання, схильності, цінності, установки особистості.

Розлади харчової поведінки визначають внутрішні конфлікти, образи, протести страху, комплекси та глибинні переконання.

Аналіз літературних джерел дає право стверджувати, що жінки з порушеннями харчової поведінки мають низку певних особистісних особливостей. Однак у літературі немає єдиної думки про те, яким є взаємозв'язок між особистісними особливостями та розладами харчової поведінки. Частина дослідників вважає, що особистісні особливості виступають прямим етіологічним чинником у виникненні хвороби, інші розглядають ці особливості як несприятливий ґрунт, що сприяє виникненню розладів поряд з іншими чинниками. Треті вважають, що певні особистісні особливості - наслідок розвитку розладу. Таким чином, на даний момент немає однозначного погляду на взаємозв'язок психологічних характеристик і розладів харчової поведінки.

Харчова поведінка – це сукупність переваг та звичок людини, пов'язаних із прийомом їжі. "Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, типові харчові звички у повсякденному житті та під час стресу, поведінку, спрямовану на створення образу власного тіла, а також дії щодо формування цього образу", - Л. М. Абсалямова. Це включає смакові переваги, час і режим прийому їжі, дотримання певних дієт та обмежень. [2].

Харчова поведінка людини, згідно з ієрархічною пірамідою А. Маслоу, насамперед спрямована на забезпечення життєдіяльності організму та задоволення основної потреби в їжі. Водночас вона включає в себе установки, моделі поведінки, звички та емоції, пов'язані з харчуванням, і є унікальною для кожної людини, оскільки в процес споживання їжі людина вкладає особистий сенс, настрій та зміст.

Сьогодні існують різні підходи до визначення сутності та структури харчової поведінки. За В. Д. Менделевичем, харчова поведінка є складним явищем, що включає ціннісне ставлення до їжі та пов'язаних з нею ритуалів, а також представляє собою певну когнітивну модель поведінки, яка реалізується в різних умовах і орієнтована на образ власного тіла [3]. Дослідники

зазначають, що харчова поведінка виступає як поведінкова реакція на різні зовнішні та внутрішні фактори, що підтримують внутрішнє середовище організму, і впливає на функціонування психіки [6]. Структура харчової поведінки зазвичай включає установки, форми поведінки, звички та емоції, пов'язані з їжею або її прийомом [2].

Порушення самоусвідомлення є ключовим, хоч і не завжди очевидним, діагностичним критерієм багатьох розладів харчової поведінки (РХП). Відомо, що як анорексія, так і булімія завжди супроводжуються значним впливом зовнішніх характеристик, зокрема маси тіла, на самооцінку людини. За даними DSM-5 та МКХ-11, анорексія характеризується психопатологічними порушеннями у сприйнятті власної фігури і ваги, спотворенням образу свого тіла; запереченням очевидних фактів, таких як ненормально низька вага або необхідність медичного чи психотерапевтичного втручання; страх зайвої ваги лишається нав'язливою або надцінною ідеєю.

Порушення самоусвідомлення є ключовим, хоч і не завжди очевидним, діагностичним критерієм багатьох розладів харчової поведінки (РХП). Відомо, що як анорексія, так і булімія завжди супроводжуються значним впливом зовнішніх характеристик, зокрема маси тіла, на самооцінку людини. За даними DSM-5 та МКХ-11, анорексія характеризується психопатологічними порушеннями у сприйнятті власної фігури і ваги, спотворенням образу свого тіла; запереченням очевидних фактів, таких як ненормально низька вага або необхідність медичного чи психотерапевтичного втручання; страх зайвої ваги лишається нав'язливою або надцінною ідеєю.

З іншого боку, переїдання також пов'язане з низьким рівнем самосприйняття, яке виражається у відчуженні від власного тіла, неприйнятті своєї фізичності, відсутності контакту з тілом, що можна трактувати як "усічену самосвідомість" (В. Шебанова, Л. Онуфрієва, 2019) [40]. Це включає ступінь задоволеності чи незадоволеності власним тілом, яка є невід'ємною частиною самооцінки (Leon, 1995) [61]. Дослідники вказують на те, що саме незадоволеність своїм тілом і тривале дотримання дієт вважаються

предикторами розвитку РХП та є факторами ризику (Rosenvinge, Pettersen, 2014) [71]. Цікаво, що жінки з анорексією та булімією малюють себе інакше, ніж ті, хто не має розладів харчової поведінки та підтримує нормальну вагу.

Вчені Fairburn і Cooper (2011), а також Treasure і Schmidt (2013) висунули перелік психологічних факторів, що сприяють розвитку розладів харчової поведінки (РХП). Вони ідентифікували тривожність, obsесивно-компульсивні риси, уникнення міжособистісних стосунків, низьку самооцінку та високий рівень перфекціонізму як основні чинники, що ведуть до виникнення та прогресування РХП. Ці фактори, у поєднанні з тригерними обставинами, зокрема соціальним порівнянням і стресовими подіями, можуть спричинити розвиток розладу [50].

Науковці зазначають, що пацієнти з розладами харчової поведінки часто розповідають про: глибокий розрив зі своїми емоціями та тілесними відчуттями. Була висловлена думка, що емоційний дистрес посилює використання переїдання як способу регулювання негативного афекту або його уникнення (Levitan and Davis, 2010) [62]. Схильність до компульсивного переїдання може бути відповіддю на негативні емоції. Такий процес визначається, як емоційне харчування (Arnold et al., 1995) [45].

Дослідження також показують, що особи з РХП часто зазнають глибокого роз'єднання зі своїми емоціями та тілесними відчуттями. Вони схильні до переїдання як засобу керування емоційним дискомфортом або уникнення негативних почуттів (Levitan і Davis, 2010). Компульсивне переїдання часто є реакцією на негативні емоції, процес, який описується як емоційне харчування (Arnold та ін., 1995)

Емпіричні дослідження підкреслюють взаємозв'язок між емоціями та харчовою поведінкою, особливо у випадках компульсивного переїдання. Виявлено, що проблеми з переживанням та контролем емоцій тісно пов'язані з компульсивним переїданням (Gianini et al., 2013). Через систематичний огляд наукових робіт було зроблено висновок, що особи з компульсивним

переїданням часто мають труднощі з використанням ефективних стратегій емоційного регулювання [54].

Емоційна нестабільність та тривога, які виникають під час дотримання будь-яких обмежень у їжі, особливо строгих дієт, може спричиняти відмову від подальшого дотримання дієти, покарання у вигляді ще більшого обмеження, відсутність системності у дотримуванні дієти, часту зміну періодів обмежувальної харчової поведінки з періодами неконтрольованого вживання продуктів харчування. Це також у подальшому призводить до порушення та можливих розладів харчової поведінки. Запропонована модель кордонів, де основною причиною повторного зриву переїдання називають «емоційну» суворість дієти у вигляді контррегуляції: ті, хто дотримується дієт, свідомо регулюють споживання їжі і схильні до переїдання, коли самоконтроль слабшає і з'являється стрес [51].

Постійний пошук в інтернеті інформації про зменшення ваги, самоконтроль та ведення щоденників харчування може бути пов'язаний із загостреною потребою в особистому контролі та прагненні до перфекціонізму, яке часто призводить до анорексії та булімії. Перфекціонізм і харчова поведінка йдуть рука об руку: в одному дослідженні були розглянуті типи перфекціонізму та їх зв'язок із сприйняттям власного тіла. Адаптивний перфекціонізм спонукає людей до досягнення мети, формує прагнення до кращого. Він може бути мотивуючим, якщо людина насправді отримують задоволення від своїх зусиль, а не доводять себе до виснаження. Деадаптивний перфекціонізм - це жорстка, непохитна потреба у досягненні цілей, навіть якщо вони нереалістичні. Особи з деадаптивним перфекціонізмом схильні до затяжних депресій та інших ментальних порушень. Дослідники виявили, що серед майже 2000 учасників, які мають найвищий ризик розвитку харчових розладів, отримали показники адаптаційного та деадаптивного перфекціонізму. Адаптивний перфекціонізм відрізняється високими стандартами досягнення ідеального образу власного тіла. Деадаптивний перфекціонізм проявляється як занепокоєння почути критичне судження від оточуючих, та страх наробити помилки. Чим далі

учасники були від індексу здорової маси тіла (ІМТ), тим більший був розрив між їх поточною вагою та вагою, яку вони поставили собі за мету. Зв'язок перфекціонізму та порушеннями харчування є складним. По суті, адаптаційний перфекціонізм учасників може перейти в дезадаптивний перфекціонізм в майбутньому і перенестися на інші сфери життя. Найпоширеніший і впливовий чинник перфекціонізму – це сімейні очікування: деякі сім'ї, зосереджують свою увагу виключно на здобутках дитини та її оцінках. Отримати не ідеальний результат означає розчарувати членів родини та не виправдати їх очікувань. Саме тому вони не просто тримаються за надзвичайно високі стандарти в різних сферах життя, а почуваються змушеними постійно доводити, що вони найкращі у всьому. Надалі порушення харчування може бути формою самопокарання. Страждаючи на булімію - карають себе переїданням, очищаючись від їжі. Ті, хто страждає на анорексію - карають себе створенням дефіциту калорій, а також за допомогою таких методів, як виснажливі фізичні вправи.

У виникненні розладів харчової поведінки важливу роль відіграє вік. За даними зарубіжних досліджень, після 40 років ризик розвитку таких порушень знижується до мінімуму. Основною ризиковою групою є дівчата та молоді жінки віком від 15 до 25 років [11]. Цей віковий період, характерний для ранньої зрілості та кризи ідентичності, може спричинити зростання тривоги та невпевненості у собі, а також прагнення до ідентифікації з ідеалами [7]. Анорексія зазвичай розпочинається у підлітковому віці, а середній вік хворих на анорексію становить від 14 до 19 років. Вона є третім за поширеністю захворюванням серед підліткових дівчат. Булімія має невелике вікове зсування, з піком від 15 до 21 року. У підлітковому віці важлива потреба в самоідентифікації та спілкуванні з однолітками. Складності у взаєминах з однолітками можуть штовхнути до шукання компенсаторних стратегій, таких як корекція фігури. Однак і більш старші люди схильні до харчових розладів: за оцінками, 13% жінок старше 50 років страждають від розладів харчової поведінки [20].

Таким чином, розлади харчової поведінки можна розглядати як поведінковий синдром, що включає біологічні та психологічні фактори, що спричиняють погіршення функціонального стану організму і викликають соціальну дезадаптацію.

1.2.1. Поняття та основні види розладу харчової поведінки

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, яка використовується як офіційна клінічно-діагностична система в нашій країні, розлади харчової поведінки (РХП) класифікуються в категорію F50-F59, що охоплює поведінкові синдроми, асоційовані з фізіологічними розладами та фізичними факторами:

F50 – РХП;

F50.0 – нервова анорексія;

F50.1 – атипова нервова анорексія;

F50.2 – нервова булімія;

F50.3 – атипова нервова булімія;

F50.4 – переїдання, пов'язане з іншими психогенними порушеннями;

F50.5 – блювання, асоційоване з іншими психогенними розладами;

F50.8 – інші РХП;

F50.9 – РХП не уточнені.

Діагностичний та статистичний довідник психічних розладів, випущений Американською психіатричною асоціацією (DSM-IV), розрізняє три основні види розладів харчової поведінки: анорексію нервову, булімію нервову та не уточнені розлади харчової поведінки, включно з регулярним безконтрольним переїданням. Щодо біологічних аспектів розвитку цих розладів, дослідження (Lee Y, Lin P.Y., 2010) показують, що існують збої в регуляції деяких нейрохімічних речовин, зокрема тих, що беруть участь у переносі серотоніну [60]. Також вчені виявили мутації у двох генах, які можуть збільшувати ризик

розвитку РХП (Moore J, et al, 2013) [65]. Виявлено, що раннє статеве дозрівання може сприяти порушенням харчової поведінки, ймовірно через зміни в рівні або діяльності статевих гормонів, зокрема естрогенів [76].

Розлади харчової поведінки описуються як комплекс поведінкових взаємодій, пов'язаних із процесом харчування, які перешкоджають збалансованому функціонуванню людини через надмірне або недостатнє споживання їжі та призводять до фізичного та психологічного дисбалансу, створюючи складні медичні та психологічні проблеми.

Для нервової анорексії характерні такі прояви

- бажання знижувати масу тіла, незалежно від ваги, відмова підтримувати її на рівні хоча б мінімальної норми для своєї вікової категорії;
- страх щодо збільшення ваги чи можливості погладшати (навіть якщо вона менше норми). Це відчуття тільки посилюється за мірою схуднення;
- порушення сприйняття власного тіла та форм тіла, надмірний вплив на самооцінку (дисморфоманія/дисморфофобія);
- нервова анорексія може спричинити пізню появу менструального циклу. Якщо хвороба з'являється вже на стадії статевої зрілості, в разі значної втрати маси тіла одним з її симптомів є аменорея (відсутність місячних протягом декількох менструальних циклів).

Булїмії притаманні такі ознаки:

- напади некерованого підвищеного апетиту, відчуття браку контролю над цим процесом (більше двох раз на тиждень за останні три місяці);
- після компульсивного переїдання спостерігаються спроби позбутися з'їденого, через різні форми очисної поведінки (штучно викликаного блювання, надмірного використання проносних або сечогінних засобів). Щоб знизити масу тіла часто додаються суворі дієти з важким фізичним навантаженням;
- напади компульсивного переїдання можуть супроводжуватись гострим відчуттям провини та сорому, хоча маса тіла при цьому може бути в межах норми чи навіть недостатньою.

Нервова анорексія - психічний розлад, що характеризується неприйняттям пацієнтом свого тілесного образу і вираженим прагненням до його корекції за допомогою обмежень в їжі, створення перешкод для її засвоєння чи стимулювання метаболізму.

Поширеність і медико-соціальна значущість нервової анорексії істотно залежить від культурних і економічних зрушень, що відбуваються у світі. Частота цього розладу принаймні в країнах Європи залишається відносно стабільною [72] і серед жінок у віці від 15 до 40 років складає приблизно 0,52%. Нервову анорексію реєструють у пацієнтів як жіночої так і чоловічої статі різного віку. Проте найуразливішою групою є жінки у віці від 15 до 20 років, на долю яких припадає біля 40% всіх хворих [72, 48]. Нервова анорексія - серйозне захворювання. Від 5 до 17% таких хворих помирають [69], причому біля 20% з них здійснюють суїцид [44].

Нервова анорексія нерідко поєднується з іншими формами розладів прийому їжі або трансформується в них, передусім - в нервову булімію. При цьому можлива і зворотна трансформація. В результаті загальна поширеність розладів цього спектру досягає у жінок 5%

Диагностические критерії.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду виділені наступні діагностичні критерії нервової анорексії :

1. Маса тіла дорівнює очікуваному значенню або менше його на 15%, індекс маси тіла складає 17,5 або нижче. Для хворих в підлітковому віці необхідно зробити корекцію на те, що в період зростання пацієнт не в змозі набрати необхідну вагу.
2. Втрата маси тіла викликається самим пацієнтом за рахунок обмеження їжі, індукції блювоти, прийому послаблювальних засобів, препаратів, що пригнічують апетит, і/або діуретиків, а також надмірних фізичних вправ.
3. Спотворення образу свого тіла приймає специфічне психопатологічне забарвлення, при якому зберігається сильний страх перед надмірною вагою.

4. Наявність ендокринних порушень, що проявляються у жінок аменореєю (виключення: вагінальні кровотечі на тлі замісної гормональної терапії), у чоловіків - втратою статевого потягу і потенції. Можуть відзначатися підвищення рівнів соматотропного гормону і кортизолу, зміна периферичного метаболізму тиреоїдних гормонів, а також аномалії секреції інсуліну.

5. У пубертатному віці можлива затримка статевого дозрівання (припинення зростання тіла, недорозвинення грудних залоз і первинна аменорея у дівчаток).

Психопатологічна структура.

Приведені діагностичні критерії відображають тільки найзагальніші і зовнішні прояви нервової анорексії. Її клінічну суть не слід зводити до порушень харчової поведінки, як це нерідко відбувається. Більше того, патологічне зниження маси тіла при нервовій анорексії не можна ототожнювати із спробами звичайної косметичної корекції зовнішності. Ключова проблема пацієнта з нервовою анорексією - хворобливе порушення сприйняття власного тіла, а точніше, тілесного образу "Я". Корені цього розладу знаходяться в структурі особи і психологічних механізмах оцінки реальності. Походження психічних порушень при нервовій анорексії пов'язане як із спадковими чинниками, так і з особливостями індивідуального розвитку і обумовлено сильним впливом довкілля. Нервова анорексія характеризується широким спектром порушень і симптомів, які проявляються в поведінці, мисленні, сприйнятті, а також у сфері афектів.

У структурі психопатологічних порушень при нервовій анорексії передусім слід виділити рівень поведінки. Найбільш яскравими і очевидними симптомами розладів поведінки виступають свідомі обмеження в їжі і рідині (надмірна прихильність яким-небудь дієтам, обмеження за об'ємом або складу їжі, скорочення частоти прийомів їжі) або повна відмова від їжі. Іноді пацієнти для зменшення відчуття голоду прибігають до прийому хімічних сполук, що пригнічують апетит. Оскільки до цієї категорії в першу чергу відносяться психостимулятори, включаючи тонізуючі суміші, міцний чай і каву, то нерідко

в результаті їх прийому у хворих розвиваються своєрідні форми адиктивної поведінки.

Обмеження їжі - обов'язкова ознака нервової анорексії. Він виявляється в усіх хворих, незважаючи на нерідкі спроби його приховати або замаскувати. Так, багато пацієнтів намагаються обґрунтувати свою відмову від їжі поганим самопочуттям після їжі, слабким травленням або відсутністю відчуття голоду. Вони зв'язують строгу дієту з підозрою на наявність діабету, нібито наявною у них схильністю до запорів, підвищеному газоутворенню або харчовою алергією. Проте усі ці декларовані причини не є головними. Тут йдеться про незадоволення своїм зовнішнім виглядом і спробах хворих протидіяти набору ваги.

З інших порушень поведінки при нервовій анорексії назвемо спроби хворих прискорити метаболізм і збільшити енергетичні витрати організму. З цією метою вони прибігають до виснажуючих фізичних вправ, бігу, стояння після їжі, а також використання деяких гормональних і стимулюючих препаратів.

Ще одним поширеним симптомом нервової анорексії є штучно викликана блювота. Пацієнти провокують блювотний акт відразу після їжі або через деякий час, як тільки їм вдається усамітнитися. Така форма поведінки нерідко відзначається в соціальних ситуаціях, коли через ті або інші обставини пацієнти вимушені приймати їжу спільно з іншими людьми.

До важливих проявів поведінкових порушень при нервовій анорексії слід віднести так звані харчові ексцеси або нападоподібне (компульсивні) переїдання. Вони характеризуються споживанням великих кількостей їжі за відносно короткий проміжок часу, в ході яких хворі не в змозі довільно контролювати їжу, обирати продукти. Вони поїдають їх надзвичайно швидко, як правило, наодинці, намагаючись приховати свою поведінку від інших людей. Виникнення і підтримка харчових ексцесів не зв'язані з природним відчуттям голоду. Пацієнти описують своє бажання приймати їжу як спосіб заспокоїтися, зняти напругу, відволіктися, "заїсти" тривогу або невдоволення. У деяких

початок провокується бажанням винагородити себе або відпочити. Часто причиною виступає психологічна фіксація на питаннях, пов'язаних з їжею, а також нездатність впоратися з бажанням поїсти, постійна нудьга [68]. Нападоподібне переїдання, як правило, супроводжуються важкими емоційними станами, воно не є обов'язковим компонентом нервової анорексії. В той же час цей поведінковий синдром вказує на спільність патогенезу нервової анорексії і булімії і відбиває порушення важливих психофізіологічних механізмів, що забезпечують взаємодію метаболічних процесів і поведінки. Підтвердженням тому служить виникнення компульсивних переїдань у початково здорових осіб, що піддавалися голодуванню [59]. Наявність харчових ексцесів при нервовій анорексії може свідчити про несприятливий перебіг захворювання або про його трансформацію в булімію

Порушення мислення і сприйняття

Найважливішим компонентом психопатологічного стану хворих нервовою анорексією є когнітивні розлади, центральним з яких вважається синдром дисморфофобії або дисморфоманії. Цей синдром є поєднанням спотвореного сприйняття власного тіла з ідеаторною продукцією у вигляді надцінних або нав'язливих ідей потворності. У ряду таких осіб відзначаються серйозні порушення здатності до емпатії, у багатьох випадках спостерігається знижена здатність до розпізнавання почуттів. Перераховані симптоми часто супроводжуються тривогою або психологічним напруженням. *Дисморфофобія* дуже схожа на анорексію. Підлітки бояться збільшення маси тіла, тому посилено намагаються схуднути, оскільки незадоволені власним виглядом і формами.

1.2.2. Методи лікування розладів харчової поведінки

Лікування розладів харчової поведінки (РХП) залежить від багатьох факторів, включаючи спадкові, психологічні та соціальні аспекти, які

визначають етіологію захворювання. Ефективний терапевтичний підхід має базуватися на міждисциплінарному взаємодії, щоб ефективно адресувати численні симптоми та пов'язані з ними стани, а також забезпечити тривалість позитивних результатів. Враховуючи складність та багатofакторність причин РХП, від особистісних до соціокультурних, важливо використовувати комплексний підхід у лікуванні, який об'єднує фармакологічне лікування, дієтотерапію та психотерапевтичні втручання.

Не існує способу запобігти розладу харчової поведінки, але можна суттєво зменшити ризик його розвитку за рахунок виключення фактора ризику захворювання.

Профілактика РХП у дітей та підлітків:

- уникайте дотримання суворих обмежувальних дієт;
- регулярно розмовляйте з дитиною, щоб сформувати у нього прийняття свого тіла та зовнішнього вигляду;
- допоможіть дитині сформувати здорові харчові звички;
- складіть збалансований і корисний раціон харчування;
- не критикуйте зовнішній вигляд своєї дитини, її вагу.

Дорослим для профілактики розладів харчової поведінки необхідно збалансоване харчування, додавання до раціону цільнозернових продуктів, фруктів та овочів. Рекомендується зовсім відмовитися від трансжирів, фастфуду, насичених жирів, звести до мінімуму цукор і сіль.

Потрібно відмовитися від харчових добавок, проносних, рослинних продуктів, спрямованих на зниження ваги чи придушення апетиту. Дуже важливо займатися фізичною активністю мінімум 150 хвилин на тиждень

Методи лікування розладу харчової поведінки:

- консультації з харчування. Дієтолог повинен надати інформацію про корисне та збалансоване харчування. Він допоможе в правильному розмежуванні здорових та нездорових звичок.

- групова терапія. Допомагає створити безпечний простір, де люди з розладами харчової поведінки можуть ділитися своїм досвідом і почуттями,

отримувати підтримку від інших учасників. Терапія допоможе сформувати правильні харчові звички, побачити приклади та засвоїти здорові стратегії подолання труднощів.

-особистісна терапія дозволить виявити причини проблем з харчовою поведінкою (це може бути низька самооцінка, проблеми з прийняттям себе чи травматичні події або досвід);

Когнітивно-поведінкова терапія ефективна при лікуванні всіх типів розладів харчової поведінки, більш ефективна, ніж інші види психотерапії (Linardon J, et al., 2017) [63]. Крім класичного підходу когнітивно-поведінкової терапії, існують інші доказові методи психотерапії, що використовуються при лікуванні РХП. До них можна віднести: експозиційна терапія, діалектична поведінкова терапія, розширена когнітивно-поведінкова терапія (Е-СВТ), емоційно-орієнтована терапія. Наприклад експозиційна терапія може використовуватися для усунення зв'язку між стимулом, подразником (їжа), який викликає страх і очікуваним результатом (зміна ваги або форми тіла). Альтернативна концепція РХП передбачає, що збільшення ваги може бути стимулом, якого бояться (CS), у поєднанні з (US) небезпечними наслідками (збентеження, неприйняття, втрата контролю або зовнішній вигляд/відчуття огиди (Murray et al., 2016). Використовуючи вплив щоб зруйнувати асоціації CS-US, пов'язані із самооцінкою, можна довгостроково змінити ситуацію з розладом харчової поведінки. Експозиційна терапія може також допомогти людям з РХП розвинути нові асоціації на їжу та харчування. Люди можуть дізнатися, що страх втрати контролю не виправдовується або що почуття, пов'язані зі збільшенням ваги є терпимі [66].

Когнітивно-поведінкова модель є найбільш вивченою і клінічно ефективним методом лікування РХП. Однак, вона має деякі обмеження щодо застосування. Багато пацієнтів повідомляють про хронічне протікання розладів, не реагують на лікування та формують структуру особистості, що базується на патологічній харчовій поведінці, оскільки анорексія чи булімія стає новою

ідентичністю людини. Вибір КПТ ґрунтується на численних дослідженнях, які демонструють ефективність його у зменшенні як когнітивних, так і поведінкових симптомів РХП.

- Когнітивно-поведінкова терапія, призначена для розладів харчової поведінки (СВТ-ED), зазвичай включає до 40 сесій протягом 40 тижнів, з частотою один раз на тиждень, але на початковому етапі можливі дві сесії на тиждень протягом перших 2-3 тижнів. Така терапія спрямована на корекцію некоректних уявлень та думок стосовно їжі, ваги, і тілесної форми, включає зміну харчових звичок, розвиток соціальних навичок, когнітивне реструктурування, регуляцію настрою, переосмислення ставлення до власного тіла та самооцінки, а також профілактику рецидивів. Терапевти працюють на розвиток емоційної регуляції, навичок управління стресом і прийняття рішень, що є ключовими для ефективного подолання РХП.

- Психотерапія Маудслі (MANTRA) зазвичай складається із двадцяти сесій. Перші десять тижнів сесії проводяться один раз на тиждень, наступні вже за гнучким графіком (точніше за необхідності). Важливою є мотивація пацієнта, а також заохочення його щодо психотерапевтичної роботи. Коли людина готова змінюватись, додається робота з харчуванням та іншими симптомами, терапевт працює також зі зміною моделей харчової поведінки. Психотерапевт заохочує до вироблення «неанорексичної ідентичності». До роботи обов'язково долучаються члени родини, щоб допомогти в зміні поведінки. Психологічну освіту слід проводити для всіх членів родини.

- Терапія Маудслі (MANTRA) містить близько двадцяти сесій. Перші десять тижнів сесії відбуваються щотижня, далі — за гнучким графіком, залежно від потреб пацієнта. Важливим є підтримання мотивації та спонукання до психотерапевтичної роботи. Терапія включає роботу з харчуванням і зміну харчових моделей, а також формування «неанорексичної ідентичності». Члени родини залучаються до процесу для підтримки змін у поведінці.

- Для дітей та підлітків ефективна сімейна терапія, яка сфокусована на лікуванні анорексії (FT-AN). Вона передбачає двадцять сесій, які проводяться протягом року. Цей метод використовує насамперед ресурси сім'ї і застосовується для допомоги пацієнтам шкільного віку.

- Спеціалісти Національного інституту здоров'я та клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE) не рекомендують використовувати спеціальні препарати для лікування нервової анорексії (застосування медикаментів тільки для лікування коморбідних станів). Вони рекомендують використовувати психологічне лікування, як терапію першої лінії лікування нервової булімії. Спочатку рекомендовано застосовувати керовану терапевтом самодопомогу, сфокусовану на булімію, яка передбачає використання матеріалів для самодопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу; нетривалі підтримувальні сесії з терапевтом від чотирьох до дев'яти сесій тривалістю 20 хвилин. Якщо самодопомога не влаштовує пацієнта чи якщо протягом чотирьох тижнів не продемонструвала свою ефективність, рекомендується пройти курс повноцінної КПТ СВТ-ED. Для дітей та підлітків ефективна також сімейна терапія, яка фокусована на лікуванні булімії (FT-BN).

Для лікування анорексії можуть призначатися антидепресанти, для терапії булімії та компульсивного переїдання назначають засоби для контролю апетиту та почуття насичення. За підозри на порушення функції внутрішніх органів пацієнт направляється на консультації до інших лікарів (невролога, гінеколога, кардіолога, гастроентеролога).

Важливо дотримуватися рекомендацій психотерапевта для досягнення стійкої ремісії РХП, приймати лікарські препарати та обов'язково дотримуватися здорового раціону. Правила дієти при РХП:

- збалансоване здорове харчування. Важливо споживати різноманітні продукти, обов'язково включно з білками, фруктами, овочами, вуглеводами та жирами;

- регулярні прийоми їжі. Найкраще витримувати п'ять прийомів їжі: три основні прийоми та два перекуси;

- уникнення суворих дієт та обмежень. Передбачає повну відмову від дієт і голодування.

За анорексії важливо поступово збільшувати обсяг споживаної їжі. За компульсивного переїдання та булімії прийоми їжі необхідно вчитися скорочувати.

1.3.1. Перфекціонізм, як чинник вибору харчової поведінки

Прагнення до ідеалу і досконалості – найбільш співзвучне із словниковим визначенням слова «Перфекціонізм». Ідеал завжди пов'язаний із встановленням зовнішніх стандартів. Ці стандарти є жорсткими та виходять із узагальненої думки соціуму. Проте прагнення до кращого, до ідеалу – невід'ємна сторона життя особистості. У невротичному перфекціонізмі не розмежовуються поняття ідеал і «Я», в здоровому перфекціонізмі бажання стати ідеалом не превалює над бажанням зберегти ідентичність. Тому перфекціонізм часто стає причиною булімії та анорексії, адже надмірна потреба відповідати нереальним стандартам обов'язково фруструється, людина не отримує задоволення від життя, а відмежуватись від нездорових прагнень стає чим далі, тим складніше.

Особливості особистості грають значущу роль у розвитку та перебігу розладів харчової поведінки. Вони стають очевидними після початку захворювання і впливають на поведінку пацієнта, його взаємодії з іншими та самовідчуття.

Жінки, які страждають на розлади харчової поведінки, часто виявляють високий рівень перфекціонізму. Вони встановлюють для себе високі стандарти та прагнуть досягнення ідеалу у своїй діяльності, часто відчуваючи тиск нереалістичних очікувань з боку інших. Невдачі сприймаються ними особливо болісно, а самовимогливість проявляється у встановленні недосяжних цілей та глибокому переживанні помилок. Їхній перфекціонізм виражається в педантичності, надмірній акуратності, любові до порядку та пунктуальності.

Люди з розладами харчової поведінки часто описуються як дуже сумлінні та дисципліновані.

Теоретичні основи дослідження перфекціонізму в психології пов'язані з роботами Альфреда Адлера та Карен Хорні. Адлер вважав прагнення до досконалості здоровим проявом людської активності, який має коріння в еволюційному потребі постійно адаптуватися до оточення і який діє як рушійна сила поведінки, допомагаючи людям подолати вроджене почуття неповноцінності. Карен Хорні використала термін "перфекціонізм" для опису невротичного стану, який характеризується прагненням до невротично ідеалізованого образу себе та потребою здаватися бездоганим іншим. Зигмунд Фройд розглядав прагнення до досконалості як невротичний прояв, маскування фобії, яке він пояснював теорією витіснених потреб. Карл Юнг вважав це прагнення вродженою рисою особистості, яка відображає наявність у свідомості символу Самості.

Своїм впровадженням в науковий обіг термін «перфекціонізм» (лат. Perfectio - досконалість) зобов'язаний американському психологу М. Холлендер. В 1965 році в журналі «Comprehensive Psychiatry» він опублікував статтю «Перфекціонізм» [58].

В 1983 р Д.М. Гарнером був розроблений опитувальник харчових розладів (Eating Disorder Inventory, EDI), який містив субшкалу «Перфекціонізм» і став одним з перших інструментів для діагностики перфекціонізму в психологічній науці і практиці [53].

У сучасному підході виділяють наступні компоненти перфекціонізму:

1. Завищені претензії і вимоги до себе - людина ставить перед собою надскладні цілі і вимоги щодо власної поведінки, її думки «повиннісного» типу (Бек)
2. «Поляризоване мислення». У моделі депресії Бека вона має назву «Чорнобіле мислення», яке працює за принципом «все або нічого».

3. «Селектування інформації про власні помилки» У моделі Бека це «Фокус на негативному або тунельне бачення». Оцінюючи свій життєвий досвід, людина акцентує увагу тільки на невдачах чи помилках.

4. «Постійне порівняння себе з іншими з орієнтацією на полюс «найуспішніших». Це порівняння викликає відчуття незадоволеності собою, сорому, знецінення.

5. «Контроль над почуттями» - надвисокі вимоги до себе, що проявляються у спробах контролювати почуття.

6. «Сприйняття інших людей, як таких, які делегують високі очікування» .

Сучасні дослідники розглядають перфекціонізм як трансдіагностичний процес — явище, коли такий спосіб мислення людини може зробити внесок у підкріплення психічних розладів. Відомо, що перфекціонізм сприяє розвитку депресії, тривожних розладів, порушень харчової поведінки, почуттю провини, obsесивно-компульсивного розладу, вигорання, складнощів в адаптації тощо. А також підкріплює умовну самооцінку, яка залежить від певної умови, заданої людиною або оточенням.

Перфекціонізм корелює з депресією, прокрастинацією, несуйцидальним самоушкодженням та розладами харчування, проте теоретики не можуть з'ясувати джерела цього взаємозв'язку і тому не можна стверджувати, що наявність перфекціонізму викликає появу цих явищ.

Є моделі перфекціонізму, які розглядають його як дисфункціональний феномен, що лежить в основі психічних розладів та/або супроводжує їх.

Р.Шафран та С.Райлі подають таке визначення перфекціонізму: це «надзалежність самооцінки від обов'язкового досягнення встановлених для себе стандартів, які вимагають великих зусиль, незважаючи на негативні наслідки» [70].

Підтримуючими факторами клінічного перфекціонізму виступають дихотомічне мислення, селективна увага до невдач, надмірний самоконтроль, тенденція до знецінення успіху і критична оцінка власних досягнень.

Дихотомічне мислення призводить до того, що перфекціоністи розглядають свою цінність виключно з позиції досягнення – недосягнення стандартів. Зіштовхуючись з ситуацією неуспіху перфекціоністи фокусує увагу на минулих помилках і можливих майбутніх невдачах. Коли їм вдається відповідати вимогам, ці стандарти вважаються недостатньо високими, переоцінюються і встановлюються ще більш високі стандарти. В рамках цієї моделі перфекціонізм розглядають як трансдіагностичний феномен, як аспект когнітивних уявлень чи поведінки, який може бути додатковим фактором виникнення психічного розладу, часто проявляється при різних клінічних розладах, і є фактором ризику або підтримуючим механізмом цих розладів. Перфекціонізм як утворюючий фактор може пояснити коморбідність різних розладів. Таким чином, потрібно лікувати перфекціонізм, що позитивно вплине на лікування розладів.

Модель Р.Хілла [57] розглядає перфекціонізм як потребу у вдосконаленні

Модель включає наступні фактори і потреби:

1. Прагнення до досконалості, результатів і високих стандартів.
2. Стурбованість помилками (високий рівень дистресу).
3. Високі стандарти до інших.
4. Пошук визнання оточуючих, потреба в схваленні, чутливість до критики.
5. Організованість.
6. Батьківський тиск(бездоганність як засіб отримання батьківського схвалення).
7. Румінація: нав'язливі думки з приводу помилок або неідеального результату)
8. Планування (схильність ретельно планувати і обдумувати).

Модель включає два фактора вищого порядку: адаптивний та дезадаптивний перфекціонізм. Адаптивний включає організованість, прагнення до досконалості, високі стандарти для інших. Другий: стурбованість помилками, потреба в схваленні, румінація і батьківський тиск

Біхевіоральна модель позитивного і негативного перфекціонізму А.Хааса, на відміну від когнітивних, намагається знайти пояснення «механізму»

перфекціонізму [56]. Вона розроблялась для вивчення розладів харчування та психології спортсменів і заснована на біхевіоральних принципах позитивного і негативного підкріплення. Перфекціонізм розглядається в контексті очікуваних наслідків. Автори складові моделі розділилися на позитивний і негативний перфекціонізм. Позитивний виникає в результаті зв'язку позитивного підкріплення з попередньою поведінкою. Негативний пов'язаний з негативними підкріпленнями.

1.3.2. Локус контролю, як чинник вибору харчової поведінки

Поняття локус-контроль було запропоновано наприкінці 1960-х років. Д. Роттером і надалі описувалося у концепції самоефективності А. Бандури. Локус контролю — це характеристика особистості, що визначає, чи приписує людина свої успіхи та невдачі внутрішнім чинникам або зовнішнім обставинам. Розвиваючи концепцію Джуліана Роттера про локуси контролю, Альберт Бандура зазначає, що особи з високим рівнем особистісної ефективності відчувають впевненість у своїх здібностях. Вони переконані, що здатні подолати перешкоди та контролювати несприятливі життєві обставини. Ця впевненість сприяє налаштуванню на успіх, збільшує наполегливість у досягненні поставлених цілей, що в свою чергу підвищує шанси на успіх і посилює віру в себе при виконанні складних завдань, зміцнюючи їхню особисту ефективність. Локус контролю є необхідною умовою для самоврядування і представляє собою міцний ступінь переконання в самоконтролі процесу та результатів власного життя. Внутрішній локус означає, що віра у вибір та поведінка мають значний вплив на особисті результати людей. З іншого боку, ті, хто має зовнішній локус контролю, вважають, що вони менше впливають на середовище, і що їх особисті результати значною мірою визначені фактором, який перебуває за межами їх контролю.

За визначенням Роттера, існують два актуальних судження щодо контролю над подіями, які розділяють людей на екстернальний і інтернальний типи. В екстернальному типі людина розглядає події у своєму житті як результат впливу зовнішніх сил, випадку або дії інших осіб. У інтернальному типі людина сприймає важливі події як наслідок власних дій. Кожна людина знаходиться на певній позиції на континіумі між екстернальним і інтернальним типами. Локус контролю, який є характерним для конкретної особи, універсальний для будь-яких видів подій і ситуацій, з якими вона стикається. Однаковий тип контролю визначає поведінку особи як у випадку невдач, так і в сфері досягнень, і це має однаковий вплив на різні аспекти соціального життя.

Тілесний локус контролю представляє собою усвідомлене або неусвідомлене спрямування уваги особи на інтерпретацію стану свого тілесного "Я" та тілесних відчуттів, що мотивуються зовнішніми (екстернальним типом), внутрішніми причинно-наслідковими зв'язками (внутрішнім типом). З психосоматичної точки зору для нормального функціонування та психосоматичної компетентності ефективним локусом тілесного контролю є внутрішній, тоді як психосоматична особистість виникає у зв'язку із зовнішнім локусом контролю.

Треба пам'ятати про важливість смислових аспектів тілесного досвіду у випадку хронічних соматичних захворювань. Перше виникнення факту захворювання виявляється у тілесних відчуттях, які сприяють розвитку захворювання та слугують сигналами для людини про його появу. Це включає механізми когнітивної переробки, а саме визначення тілесних відчуттів, з яких формується симптом хвороби.

Рефлексивність грає ключову роль у самоконтролі поведінки людини в умовах захворювання. Особливу вагу приділяється вираженості інтернальності чи екстернальності локусу контролю у процесі осмислення та управління власним становищем.

Орієнтація у ставленні до власної тілесності може впливати на виникнення чи зменшення психосоматичних розладів. З існуючих уявлень про

взаємозв'язок локусу контролю із патернами психологічних рис, поведінкою та фізичним станом особистості можна зробити висновок про важливу роль рівня інтернальності тілесного в структурі локусу контролю особистості. Це особливо стосується психосоматичних розладів та проявів нормального функціонування організму.

Враховуючи значення цього аспекту для здоров'я та якості життя людини, дослідники та психологи мають більше зосередитися на психодіагностиці тілесних явищ та корекції явищ тілесності. Це допоможе краще зрозуміти взаємодію між фізичним і психічним людиною, а також розвинути стан більш ефективних методів діагностики та психокорекції проблем, пов'язаних із феноменами тілесності.

У психодіагностиці тілесних явищ можна досліджувати такі аспекти, як сприйняття власного тіла, вплив фізичного здоров'я на психічний стан, вияви стресу та травми на тілесному рівні, а також багато інших психосоматичних аспектів. Враховуючи зростання інтересу до цих питань у сучасному світі, дослідники мають великий потенціал для розвитку та поглиблення психологічних знань про тілесну природу людини та її вплив на психіку та емоції.

Тілесний локус контролю описується як свідоме або несвідоме сфокусування уваги особистості на тлумачення стану її фізичного "Я" та відчуттів, що визначаються або зовнішніми (екстернальним типом), або внутрішніми (інтернальним типом) причинними зв'язками. З психосоматичної точки зору, інтернальний тип локусу тілесного контролю вважається ефективним для нормального функціонування та психосоматичної компетентності, тоді як екстернальний тип асоціюється з розвитком психосоматичних розладів. Оскільки тілесний локус контролю може існувати на рівнях свідомого чи несвідомого сприйняття, розвиток інтернального тілесного контролю є бажаним для психотерапевтичної роботи та особистісного розвитку. При виявленні екстернального типу тілесного контролю необхідно застосування корекційних та профілактичних заходів. Несвідомий інтернальний

тип може становити особливий ризик, оскільки часто функціонує скоріше як механізм захисту, а не як свідомою стратегія. Тому головна мета корекційно-розвивальної роботи полягає у досягненні свідомої тілесної саморегуляції, розвитку свідомих стратегій саморегуляції для ефективного подолання негативних стресових впливів, що часто призводять до соматизації.

Оскільки тілесний локус контролю може оперативіно працювати на свідомому чи несвідомому рівнях, розвиток особистості з внутрішнім локусом тілесного контролю, або тілесним внутрішнім типом, є доцільним для психотерапевтичної роботи. У випадку, якщо виявиться розвиток особистості з тілесним екстернальним типом, може бути виправлення такого локусу через корекційні втручання та профілактичні заходи.

Висновки по розділу I

Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, соціокультурних та психологічних факторів. Харчова поведінка — це складна діяльність, яка є важливою для розвитку та виживання. Харчові звички формуються і розвиваються з дитинства до початку дорослого віку, і простежуються протягом всього життя. На формування харчової поведінки впливає взаємодія між нейронними системами винагород; гомеостатичними механізмами; руховими, сенсорними та соціально-емоційними факторами. Виховання, соціальний вплив та харчова культура відіграють ключову роль у формуванні харчової поведінки. Процес набуття такої поведінки триває протягом усього життя людини, тому зміни в харчових звичках вимагають створення і підтримки довготривалих звичок.

Харчова поведінка жінок тісно пов'язана з особливостями їхнього самосприйняття, особливо з образом «Я-тілесне». Важливо аналізувати роль і значення тілесного Я в контексті соціокультурного середовища, враховуючи соціально-психологічний розвиток та соціальну адаптацію особистості.

Структурні та динамічні особливості харчової поведінки жінок часто виявляються у їхньому власному сприйнятті свого тіла або у специфіці їхніх харчових виборів, які можуть залежати від ситуаційних чинників.

Уявлення про розлади харчової поведінки за останній час істотно збагатилися. Були виділені різні варіанти і форми цього розладу, а також продемонстрована тенденція до їх взаємного переходу і висока коморбідність з іншими психічними розладами. Було показано, що у виникненні нервової анорексії велику роль грають спадкові чинники і що цей розлад тісно зв'язаний з порушеннями індивідуального психічного розвитку. При цьому підвищена психопатологічна уразливість створює умови для загостреного реагування схильних осіб на відхилення в характері виховання. Результатом цього є формування специфічної структури особи, що суперечливо поєднує порушення образу "Я", ідентичності, перфекціонізм, імпульсивність, потребу в автономії і визнанні. Розлади особи і поведінки, що виражаються в патологічному контролі над вагою, відбивають глибокі когнітивні зрушення, пов'язані з аномаліями психосоціального розвитку. Жінки з розладами харчової поведінки характеризуються підвищеним перфекціонізмом. Вони мають завищені домагання, бажають досягти ідеалу в тому, що роблять, прагнуть досконалості. Намагаються відповідати нереалістичним очікуванням інших людей і болісно сприймають невдачі. При цьому хворі самі схильні встановлювати для себе нереалістичні цілі та довго переживають скоєні помилки. Перфекціонізм знаходить вираження в старанності, зайвій акуратності, любові до порядку, пунктуальності, педантичності. Хворих на розлади харчової поведінки описують як сумлінних і слухняних.

Тілесний локус контролю може працювати на свідомому чи несвідомому рівнях, розвиток особистості з внутрішнім локусом тілесного контролю, або тілесним внутрішнім типом, є доцільним для психотерапевтичної роботи. У випадку, якщо виявиться розвиток особистості з тілесним екстернальним типом, може бути виправлення такого локусу через корекційні втручання та профілактичні заходи.

РОЗДІЛ II.
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ВПЛИВУ
ТІЛЕСНОГО ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ НА ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ ЖІНОК.

2.1. Методологічні підходи до організації емпіричних досліджень порушень харчової поведінки, схильності до перфекціонізму, діагностика типів перфекціонізму особистості та методики виявлення локус-контролю.

Для діагностики та виявлення порушень харчової поведінки використовують різноманітні опитувальники. Серед них найбільш популярними є:

- EDI-3. Опитувальник, який пов'язаний з розладами харчової поведінки (у третьому перегляді). Один з найпопулярніших інструментів самооцінки психологічних конструкцій, що пов'язані із розладами харчової поведінки. Забезпечує стандартизовану клінічну оцінку симптомів РХП і призначений для використання особами віком від 13 років.

- EDE-Q. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки.

- Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ). Опитувальник застосовується для діагностики вже наявних порушень харчової поведінки, а саме для виявлення її обмежувального типу, емоціогенного типу та екстернального типу.

- Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI).

Дозволяє діагностувати конкретні розлади, такі як нервова анорексія та нервова булімія, а також психологічні особливості людей, які хворіють або які пов'язані з терапією лікування.

- Опитувальник SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food). Він використовується для швидкої оцінки на наявність певних харчових розладів.

До цього опитувальника входять лише п'ять запитань, що стосуються безпосередньо особливостей поведінки людини, у якої наявна нервова анорексія та (або) нервова булімія.

- «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE). Включає до свого складу 4 шкали, за допомогою яких можливо діагностувати цілеспрямованість харчової поведінки (обмежувальна), наявність психологічної стурбованості їжею, наявність стурбованості масою власного тіла та наявність стурбованості з приводу власної фігури.

Для визначення локусу контролю найчастіше використовують:

- Методика "Опитувальник локус контролю за О. Ксенофонтовою" розрізняє особистості на основі їхньої переконаності у джерелах контролю над своїм життям. Індивіди, які вірять, що основні чинники, що впливають на їхнє життя, є внутрішніми (наприклад, особисті зусилля, здібності), називаються інтерналами або особами з внутрішнім локусом контролю. Ті, хто переконані, що їхнє життя визначається зовнішніми факторами, такими як інші люди або випадкові обставини, називаються екстерналами або особами з зовнішнім локусом контролю.

- Методика діагностики тілесного локусу контролю (ТЛК) Т. Б. Хомуленко, В.О. Крамченкова та ін. має на меті визначення спрямованості ставлення особистості до власного тіла (інтернальне або екстернальне).

Найбільш поширеними методами дослідження перфекціонізму є опитувальники. На даний момент існує достатньо велика кількість методик для оцінки рівня вираженості різних показників перфекціонізму

Розподілили методики можна на кілька груп, залежно від їх орієнтації на вивчення таких важливих феноменів:

- 1) аналізу основних структурних компонентів перфекціонізму та схильності особистості до перфекціонізму;
- 2) вивчення типів перфекціонізму особистості (залежно від його спрямованості на активність різних суб'єктів соціальної взаємодії);

3) дослідження різних типів та спрямованостей перфекціонізму особистості (залежно від особливостей впливу перфекціонізму на різні аспекти життєдіяльності особистості);

Методики для діагностики схильності особистості до перфекціонізму та основних структурних компонентів перфекціонізму

- Шкала перфекціонізму В. Шауфелі
- Багатовимірна шкала перфекціонізму

Методики діагностики типів перфекціонізму, залежно від спрямованості особистості на активність різних суб'єктів соціальної взаємодії

- Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г.Флетта
- Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі)

Методики дослідження типів перфекціонізму особистості

- Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені
- Шкала перфекціонізму Р.Дженкінс-Фрідмана та Р.Бренскі, Д.Мерфі

2.2. Емпірична модель дослідження

У відповідності з метою дослідження було поставлено наступні цілі дослідження:

- Визначити наявність та особливості порушень харчової поведінки у людей з різним локус-контролем.
- Визначити психологічні чинники розладу харчової поведінки особистості.
- Визначити кореляційні зв'язки між розладами харчової поведінки, перфекціонізмом, інтуїцією у питаннях харчування та локус контролем.
- Визначити кореляційні зв'язки між розладами харчової поведінки, схильністю до перфекціонізму та типом перфекціонізму особистості.

На першому етапі емпіричного дослідження було визначено об'єкт дослідження, предмет дослідження, завдання дослідження та було здійснено підбір досліджуваних.

Для досягнення мети дослідження були використані емпіричні методи, а саме:

- *Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)*; який дозволяє діагностувати не лише наявність чи відсутність розладу харчової поведінки, а й допомагає визначити тип розладу: обмежувальний тип, емоціогенний тип та екстернальний тип.

Голландський дослідник був розроблений голландськими психологами в 1986 році на основі спільних зусиль факультету харчування людини та факультету соціальної психології Аграрного університету в Нідерландах. Основна мета створення цього досвіду полягала в ідентифікації трьох типів харчової поведінки: емоційного, ретроспективного, та зовнішнього. Інструмент був спроектований для отримання простого та надійного результату та якісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданнями та його наслідками у вигляді ожиріння. Крім того, він був спрямований на розробку різноманітних стратегій для клінічної роботи з пацієнтами цієї групи людей.

Опитувальник був адаптований у 2012 році Українським Інститутом Когнітивно-поведінкової терапії.

Теоретичною основою тесту стали теорії про розлади харчової поведінки, які можуть пояснити переїдання як емоціогенний тип харчової поведінки, зовнішній тип харчової поведінки або обмежувальний тип харчової поведінки

До обмежувальної харчової поведінки людини відносять безсистемні харчові обмеження, які людина коригує та контролює самостійно, без допомоги та призначень спеціалістів. Ці обмеження можуть бути досить тривалі за часом. В результаті вони призводять до декомпенсації в психічній і вегетативній сферах. В результаті жорстких дієт і суворих обмежень виникає емоційна нестабільність, яка може призводити як до повернення до нормального режиму харчування так і до епізодів переїдання.

В *екстернальному* типі розладу харчової поведінки відчуття голоду актуально головним чином як реакція на зовнішні стимули. До таких стимулів відносяться: смачна їжа, спостереження за іншими людьми, зображення їжі, її аромат. Вид того, як інші люди насолоджуються їжею, також може викликати відчуття голоду у тих, хто має зовнішній тип розладу харчової поведінки.

Емоційна харчова поведінка є розладом, при якому основним стимулом до прийому їжі є не відчуття голоду, а негативні емоції. У цьому випадку людина переїдає не через фізіологічне відчуття голоду, а через емоційне хвилювання, напруження, дратівливість, стрес та психологічний дискомфорт. Зазвичай, при наявності цього розладу харчової поведінки, особа страждає до переїдання, переважно обираючи велику кількість солодощів, кондитерських або борошняних виробів. Головною метою цього процесу є отримання задоволення та відновлення стану спокою та впевненості.

Методика містить 33 твердження, що стосуються харчової поведінки.

Досліджуваний повинен оцінити усі твердження за шкалою від 1 балу до 5 балів, відповідно де 1 бал = ніколи, 2 бали = рідко, 3 бали = іноді, 4 бали = часто і 5 балів = дуже часто. Тридцять перше питання враховується зі зворотнім значенням.

-Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, T.TYLKA) в адаптації Ящишиної Ю., Фатєєвої М. Шкала інтуїтивного харчування-2 (Intuitive Eating Scale-2) , яка була запропонована дослідницями Т. L. Tyłka та А. М. Kroon Van Diest (2013) для оцінки харчової поведінки і пов'язаної з нею харчової інтуїції, так званої схильності людей слідувати власним фізичним ознакам голоду та ситості при визначенні того, коли і що їм з'їсти. Опитувальник складається з 23 питань, відповіді на які респонденти дають за допомогою 5-бальної шкали Лікерта, що варіюється від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Для аналізу результатів, крім обчислення загального середнього балу, відповіді також аналізуються за чотирма субшкалами, які відображають різні аспекти інтуїтивного харчування: безумовний дозвіл на прийом їжі; споживання їжі за фізіологічними потребами, а не під впливом зовнішніх чи емоційних факторів;

відчуття сигналів голоду та ситості; здатність вибирати їжу, яка відповідає потребам тіла та сприяє його гармонії. Шкали відображають оцінки у «5»-бальній шкалі, яка відповідає різним рівням інтуїтивного харчування.

В Україні адаптація Шкали інтуїтивного харчування-2 розпочата Ю. М. Ящишиною та М.С. Фатєєвою (за схваленням авторів).

1. За пунктами 1, 2, 4, 5, 9, 10 та 11 бали розраховуються у зворотній послідовності (повністю незгоден 5, незгоден 4 бали, нейтрально 3 бали і т. ін.)

2. Підсумковий бал за Шкалою інтуїтивності харчування: підсумуйте разом всі пункти і розділіть на 23, щоб визначити середній бал.

3. Підшкала «Безумовний дозвіл на їжу»: підсумуйте разом пункти 1, 3, 4, 9, 16 та 17; розділіть на 6, щоб визначити середній бал.

4. Підшкала «Їжа з огляду на фізичний голод, неемоційний»: підсумуйте разом

пункти 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 та 15; розділіть на 8, щоб визначити середній бал.

5. Підшкала «Покладаюся на сигнали голоду та ситості»: підсумуйте разом пункти 6, 7, 8, 21, 22 та 23; розділіть на 6, щоб визначити середній бал.

6. Підшкала «Гармонія їжі та тіла» (я обираю продукти, які вважаю корисними і які дозволяють моєму тілу ефективно функціонувати): підсумуйте разом пункти 18, 19 та 20; розділіть на 3, щоб визначити середній бал.

Високий рівень інтуїтивного харчування 4,7 -5 балов

Вище за середній 3,71-4,6 бала

Середній рівень 3,14-3,7 бала

Низький рівень (зона ризику)

-Методика діагностики тілесного локусу контролю Авторська методика

Т. Б . Хомуленко діагностики тілесного локусу контролю (ТЛК) переслідує мету визначити спрямованість ставлення особистості до власного тіла (інтернальне / екстернальне). Опитувальник складається з 23 питань, відповіді на які респонденти дають за допомогою 5-бальної шкали Лікерта, що варіюється від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Для аналізу

результатів, крім обчислення загального середнього балу, відповіді також аналізуються за чотирма субшкалами, які відображають різні аспекти інтуїтивного харчування: безумовний дозвіл на прийом їжі; споживання їжі за фізіологічними потребами, а не під впливом зовнішніх чи емоційних факторів; відчуття сигналів голоду та ситості; здатність вибирати їжу, яка відповідає потребам тіла та сприяє його гармонії.

- Шкала перфекціонізму В. Шауфелі

Опитувальник складається з 23 питань, відповіді на які респонденти дають за допомогою 5-бальної шкали Лікерта, що варіюється від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Для аналізу результатів, крім обчислення загального середнього балу, відповіді також аналізуються за чотирма субшкалами, які відображають різні аспекти інтуїтивного харчування: безумовний дозвіл на прийом їжі; споживання їжі за фізіологічними потребами, а не під впливом зовнішніх чи емоційних факторів; відчуття сигналів голоду та ситості; здатність вибирати їжу, яка відповідає потребам тіла та сприяє його гармонії.

Перфекціонізм розглядається в цій моделі як бажання в усьому бути першим, прагнення до неодмінного успіху та досконалості, це призводить до занурення в роботу, нестачу часу для відпочинку, надмірна відповідальність, кар'єрне зростання; дуже високі вимоги до професійного саморозвитку та постійне підвищення професійної компетентності.

- Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі)

У 2016 році було опубліковано опитувальник «Велика тривимірна шкала перфекціонізму», створений М. Сміттом, Д. Саклофскі, Й. Стоєбером та С. Шеррі (The Big Three Perfectionism Scale). Цей інструмент було розроблено з урахуванням недоліків наявних методик дослідження перфекціонізму. Початкова версія опитувальника складалася з 45 тверджень.

Під час адаптації та стандартизації англomовного опитувальника для української вибірки викладачів закладів вищої освіти, факторний аналіз

показав, що 44 з 45 тверджень мали високу факторну вагу та достатню концептуальну взаємозалежність зі шкалами. Одне з тверджень виявилось недостатньо значущим, тому було вилучено, і остаточна версія україномовного опитувальника складається з 44 тверджень.

Перфекціонізм розглядається як багатовимірний конструкт, що включає три типи: «жорсткий», «самокритичний» та «нарцисичний» перфекціонізм. Кожен з цих типів складається з кількох шкал, які включені до опитувальника для підвищення надійності та точності оцінки.

Шкали опитувальника

- Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе» трактується як прагнення до досконалості та переконання, що все повинно бути досконалим та є досить важливим.

- Шкала «Проблеми з самооцінкою» це самоцінність і встановлення стандартів.

- Шкала «Стурбованість помилками» це тенденція до перебільшених негативних реакцій на передбачувані невдачі та помилки.

- Шкала «Сумніви у власних діях» відображає невизначеність щодо власної продуктивності.

- Шкала «Самокритика» вимірює тенденцію до суворої самокритики, коли виконання певної діяльності не є досконалим.

- Шкала «Соціально-приписаний перфекціонізм» позначає тенденцію сприймати оточуючих, як таких, що вимагають досконалості.

- Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на інших» це тенденція до нереалістичних та високих очікувань щодо інших.

- Шкала «Гіперкритика» передбачає різке знецінення дій оточуючих, прискіпливість до їх недосконалості.

- Шкала «Упевненість, що мені всі щось винні» це захоплення оточуючих Вашою досконалістю та неперевершеністю.

- Шкала «Претензійність» позначає стійке уявлення індивіда про себе як ідеального, значно кращого за інших.

Крім того, для визначення переважного типу перфекціонізму за кожним типом знаходимо сумарний бал за вказаними шкалами

- «Жорсткий перфекціонізм». Автори опитувальника запозичили назву з «Діагностичного та статистичного керівництва по психічним розладам» (DSM-5), для підкреслення жорсткої вимогливості до себе, своєчасне бездоганне та безпомилкове виконання діяльності. «Жорсткий перфекціонізм» включає дві шкали: «перфекціонізм, який орієнтований на себе» та «проблеми з самооцінкою».

- «Самокритичний перфекціонізм» запозичен авторами опитувальника у моделі перфекціонізму Dunkley, D.M., Blankstein, K.B. Zuroff, D.C., & (2003). «Самокритичний перфекціонізм» складається з чотирьох шкал: «стурбованість помилками», «сумніви у власних діях», «самокритики» і «соціально-приписаного перфекціонізму».

- «Нарцисичний перфекціонізм» автори опитувальника запозичили з моделі перфекціонізму Nealis, L.J., Sherry, S. B., Stewart, S.H., Sherry, D.L., & Macneil, M. (2015). «Нарцисичний перфекціонізм» складається з чотирьох шкал: «перфекціонізм, що орієнтований на інших», «гіперкритика», «упевненість в тому, що мені усі винні» та «претензійність»

2.3. Характеристика процедури дослідження та опис вибірки дослідження

Дослідження було проведене з лютого по квітень 2024 року. Формат дослідження – заповнення гугл - форми та проходження усіх методик онлайн.

У дослідженні, метою якого було з'ясування впливу перфекціонізму та тілесного локусу контролю на модель харчової поведінки особистості, брало участь 111 жінок

Розподіл за віком групи досліджуваних: середній вік учасників становить 32 роки, при діапазоні від 15 років до 45 років.

Серед досліджуваних є жінки та молоді дівчата, які мають діагностований та затверджений розлад харчової поведінки (26 осіб – 23 %); також присутні респонденти, які мають певні порушення харчової поведінки 38 особа (34 %); решта респондентів на їхню думку не мали та не мають проблем з харчовою поведінкою – 47 жінок (42%)

77 вважають, що мають зайву вагу, вагається 6 осіб, 28 вважають, що не мають зайвої ваги

74 жінки (67%) мріяли би схуднути або набрати вагу, лише 23 жінки (21%) були задоволені своєю вагою, 14 жінок незадоволені факторами не пов'язаними з вагою.

36 жінок регулярно займаються спортом, 52 час від часу.

27 жінок зважується кожного ранку, 61 - намагається контролювати вагу і зважується періодично, 23 жінки не мають

Висновки до розділу II

У ході дослідження особливостей прояву перфекціонізму при розладах харчової поведінки у жінок з різним локус-контролем було сформовано вибірку із жінок з діагностованим розладом харчової поведінки, жінок з наявними симптомами розладу харчової поведінки та жінок без симптомів розладу, які склали контрольну групу

В загальному виконали діагностичні завдання 111 особа від 15 до 45 років

Для діагностики особливостей впливу перфекціонізму на харчову поведінку жінок з різним локус контролем було обрано наступний блок психодіагностичних методик:

1. Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)

2. Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, Т.ТΥΛΚΑ) в адаптації Ящишиної Ю. та Фатєєвої М.
3. Опитувальник тілесного локус-контролю Т. Б. Хомуленко
4. «Перевірка на життєздатність» шкала перфекціонізму В. Шауфелі
5. Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. СМІТТА, Д. САКЛОФСКИ, Й. СТОЄБЕР, С. ШЕРПИ в адаптації Т. Грубі

Статистичний обрахунок результатів емпіричного дослідження проводився в програмі JAMOVI

РОЗДІЛ III.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

3.1. Аналіз результатів дослідження стилю харчової поведінки, типу перфекціонізму та локусу контролю жінок

Надійність займає важливе місце, коли змінні, отримані на основі шкал, використовуються як основа для подальшого дослідження. Змінні можна вважати надійними лише тоді, коли вони забезпечують стійкі та достовірні реакції бажано протягом декількох повторних тестувань.

Для статистичної перевірки достовірності отриманих результатів та оцінки надійності опитування використовували коефіцієнт Альфа Кронбаха - метод оцінки надійності, який порівнює кількість спільної змінної, або коваріацію, між багатьма елементами, що складають інструмент, з кількістю загальної змінної. За результатами статистичної обробки було виявлено, що

Альфа Кронбаха складає:

<i>Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ</i>	<i>0,84</i>
<i>Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, T.TYLKA)</i>	<i>0,895</i>
<i>Велика тривимірна шкала перфекціонізму</i>	<i>0,869</i>
<i>Опитувальник тілесного локусу-контролю</i>	<i>0,854</i>

Таким чином, можемо говорити про внутрішню узгодженість характеристик, що описують один об'єкт. Тобто результати проведеного опитування можна вважати достовірними.

Оцінку харчової поведінки жінок проводили за допомогою голландського опитувальника харчової поведінки Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Він містить 33 запитання, кожне з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «зрідка», «іноді», «часто», «дуже часто», котрі оцінюють за 5-бальною шкалою, за винятком 31 запитання, яке має зворотні значення.

Запитання з 1 до 10 складають шкалу обмежувальної харчової поведінки, запитання з 11 до 23 – шкалу емоціогенної харчової поведінки, запитання з 24 до 33 – шкалу екстернальної харчової поведінки. Середні показники обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки становлять 2,4; 1,8 та 2,7 бала відповідно. Якщо кількість балів перевищує середнє значення, то можна діагностувати порушення харчової поведінки.

Результати дослідження. При дослідженні харчової поведінки виявлено, що у 93 з 111 (83,8 %) респондентів мали місце порушення харчової поведінки, з наступним розподілом у групах: у осіб з діагнозом РХП – 22 з 26 осіб (чотири жінки знаходяться на завершальному етапі лікування в клініці «Редефайн» і вже позбулися симптомів) у 85 %, у тих, хто припускав порушення харчової поведінки – 100%, у осіб, які не допускали порушень -70%.

У осіб з діагнозом РХП переважали порушення харчової поведінки переважно змішаного типу, в групі осіб, які припускали порушення також змішаного, обмежувального типу лише на 1 респондента більше, у осіб які не помічали в себе порушень харчової поведінки – обмежувальний та екстернальний типи порушень харчової поведінки без чіткої статистичної різниці. Поєднання декількох типів порушень харчової поведінки мало місце серед 67 % всіх респондентів.

Таблиця 3.1.

Розподіл результатів за шкалами порушення харчової поведінки

Тип порушення харчової поведінки	Особи з діагностованим РХП (26)	Припускали порушення харч. поведінки (38)	Особи, які не допускали в себе порушень (47)	Всього (111)
Обмежувальний	19	27	21	67
Емоціогенний	21	31	28	80
Екстернальний	21	28	24	73
Змішаний	22	38	33	93

Найчастіше у наших респондентів виявляються емоціогенний та екстернальний типи харчової поведінки, причому у переважної більшості випадків має місце поєднання декількох типів харчової поведінки. Жінки частіше виявляються "обережними" їдоками, чий підхід до їжі дуже віддалений від гармонійного. Вони можуть чергувати строгі дієти з періодами відмови від обмежень, часто компенсуючи та винагороджуючи себе за попередні обмеження та заборони. Або вони можуть бути "безвідмовними" їдоками, яким складно відмовити собі у смачній їжі. Для них важко припинити прийом поживних речовин, розпочавши споживання смачної страви, навіть якщо порція велика. Вони також мають труднощі у володінні собою, коли йдеться про додаткове харчування, особливо коли страви виглядають апетитно, і часто переїдають у компанії, ресторанах і кафе.

Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, Т.ТΥΛΚΑ) в адаптації Ящишиної Ю., Фатєєвої М. була надана асоціацією РПП України.

Високий рівень інтуїтивного харчування 4,7 -5 балів – 2 особи (1 - контрольна група, 1 - вилікувана)

Вище за середній 3,71-4,6 бала – 29 особи (4 - вилікувані, 20 осіб, 69% контрольна група)

Середній рівень 3,14-3,7 бала – 34 осіб (22 осіб 64,7 % контрольна група, одна особа з діагностованим РХП і 11 осіб, що припускають у себе РХП)

Низький рівень (зона ризику) 46 осіб (20 осіб 43%) з діагнозом, 22 – які припускають і 4 жінки з контрольної групи)

Бали за шкалами розподілилися наступним чином:

Таблиця 3.2.

Розподіл результатів за шкалами інтуїтивного харчування

рівень інтуїтивного харчування	Безумовний дозвіл на їжу		Їжа з огляду на фізичний голод,		Покладаюся на сигнали голоду		Гармонія їжі та тіла	
	Дослід	Контр.	Дослід.	Контр.	Дослід.	Контр.	Дослід	Контр
<i>Високий</i>	1	6	3	3	1	5	3	6
<i>Вище середн.</i>	3	13	12	25	11	21	15	20
<i>Середній</i>	5	24	17	11	9	11	16	12
<i>Низький</i>	65	4	32	8	43	10	30	9

Отже кожна шкала демонструє низький рівень інтуїтивного харчування досліджуваних, особливо яскрава це помітно порівняно з контрольною групою.

Задля діагностики тілесного локусу контролю була використана методика Т. Б . Хомуленко, яка переслідує мету визначити спрямованість ставлення особистості до власного тіла (інтернальне / екстернальне).

За результатами даного опитувальника представлено наступні результатами . Для значення в межах:

- 20-57 балів характеризують низький рівень інтернальності тілесного локусу контролю,
- 58-115 балів – середній рівень,
- 116-140 балів – високий рівень інтернальності

Високий рівень інтернальності тілесного локусу контролю продемонстрували 29 осіб з них 17 з контрольної групи та 12 осіб з досліджуваної групи жінок, 3 особи з діагнозом РХП Даний результат характеризує стабільну тенденцію бачити причини того, що відбувається з тілом у власній активності і схильність до прийняття відповідальності за стан і особливості функціонування власного тіла у більшості ситуацій життєдіяльності.

19 осіб з низьким рівнем інтернальності (з них у 18 з досліджуваної групи у 12 є діагноз РХП)

63 особи з середнім рівнем інтернальності з них 29 особи контрольна група і 11 з розладами і 23 з симптомами розладів.

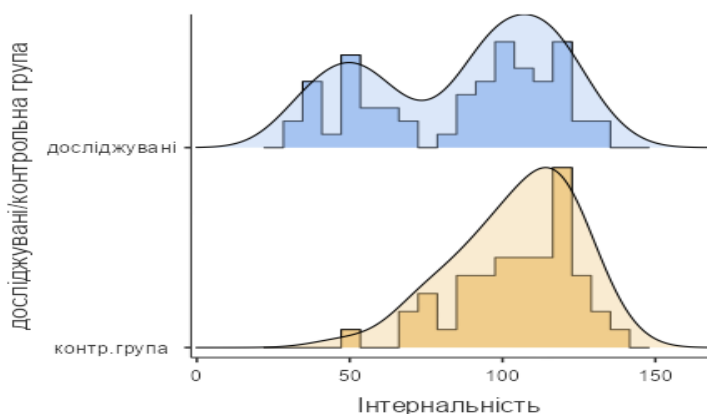


Рис.3.1 Графік інтернальності у досліджуваних жінок та контрольної групи

На графіках (рис 3.1.2) ми бачимо, що досліджувана група з діагнозом РХП або наявністю симптомів більш схильна до екстернального ставлення до свого тіла. Також ми бачимо два типи досліджуваних з високою та низькою інтернальністю.

- Шкала перфекціонізму В. Шауфелі «Перевірка на життєздатність» передбачає перевірку стійкості людини до проблем і труднощів, які виникають упродовж її діяльності.

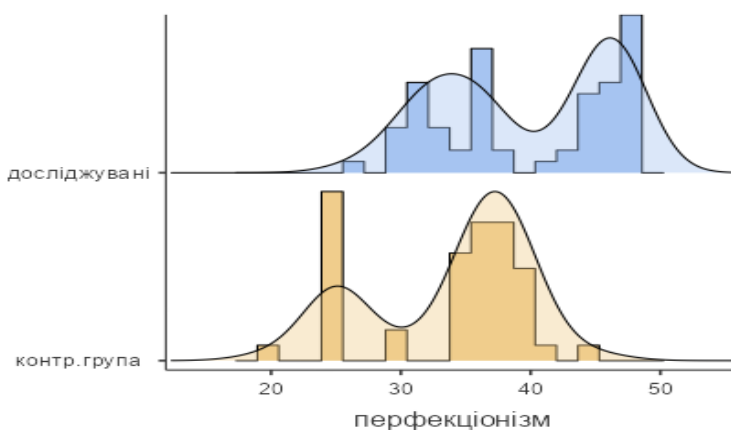


Рис.3.2 Графік перфекціонізму у досліджуваних жінок та контрольної групи

На графіках бачимо, що контрольна група менше схильна до перфекціонізму, досліджувана група більше прагне до неодмінного успіху та досконалості, має надмірну відповідальність, має бажання в усьому бути кращим, високі вимоги до саморозвитку.

- Велика тривимірний шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі

Перфекціонізм розглядається як багатовимірний конструкт, що поєднує три типи перфекціонізму – «жорсткий», «самокритичний» та «нарцисичний перфекціонізм».

Кожен з зазначених типів перфекціонізму складається з декількох шкал. Ці шкали включені в опитувальник з метою збільшення надійності та точності в оцінці

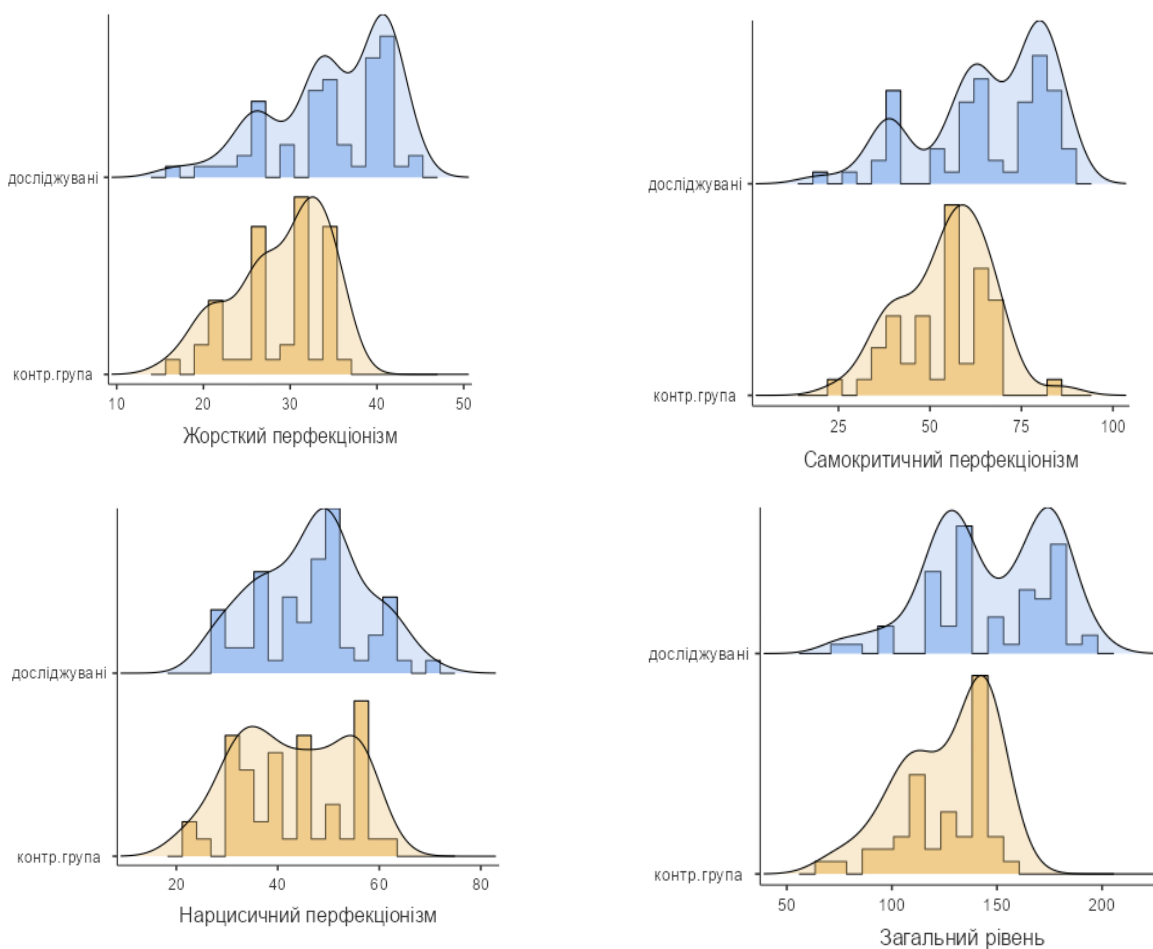


Рис.3.3 Графіки типів перфекціонізму у досліджуваних жінок та контрольної групи

На графіках наочно бачимо відмінність поведінки контрольної та досліджуваної групи. Жінки з РХП мають суттєво вищий рівень загального перфекціонізму, та по шкалам: «жорсткий перфекціонізм», «самокритичний перфекціонізм», і трохи менший за шкалою «нарцисичний перфекціонізм». Вже на даному етапі можемо стверджувати, що жінки з розладами харчової поведінки більш схильні до перфекціонізму

3.2. Аналіз кореляційних зв'язків стилю харчової поведінки та перфекціонізму та локусу контролю жінок.

Отже мета нашого дослідження – підтвердження або спростування гіпотези про те, що особи, в нашому дослідженні жінки з високим рівнем перфекціонізму та з екстернальним локусом контролю більш схильні до порушень харчової поведінки ніж жінки з інтернальним тілесним локусом та меншою схильністю до перфекціонізму.

Також ми будемо відслідковувати кореляційні зв'язки між різними аспектами порушень харчової поведінки.

Як ми вже бачили на графіку, що досліджувана група з діагнозом РХП або наявністю симптомів РХП більш схильна до екстернального ставлення до свого тіла. Спробуємо підтвердити або спростувати цю гіпотезу.

t-критерій Стьюдента — метод статистичної перевірки гіпотези, заснован на порівнянні з розподілом Стьюдента. Найчастіші випадки застосування t-критерію пов'язані з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках.

В нашому випадку будемо використовувати інтернальність та екстернальність, як критерій розподілу вибірки.

Гіпотеза, яку ми перевіряли: тип тілесного локусу контролю впливає на харчову поведінку жінок та їх схильність до перфекціонізму.

Таблиця 3.3.

Т-тесту незалежний вибірок

шкали		Ст юдент t	df (ступенів свободи)	p
Обмежувальна поведінка	Стьюдент t	6,97	109	< .001
Емоціогенна харчова поведінка	Стьюдент t	3,50	109	< .001
Екстернальна харчова поведінка	Стьюдент t	4,15	109	< .001
Інтуїтивне харчування (середній бал)	Стьюдент t	-6,22	109	< .001
Безумовний дозвіл на їжу	Стьюдент t	-7,33	109	< .001
Їжа з огляду на фізичний голод,	Стьюдент t	-4,13	109	< .001
Покладаюся на сигнали голоду	Стьюдент t	-5,57	109	< .001
Гармонія їжі та тіла	Стьюдент t	-2,00	109	0,048
Стурбованість помилками	Стьюдент t	3,83	109	< .001
Жорсткий перфекціонізм	Стьюдент t	2,82	109	0,006
Самокритичний перфекціонізм	Стьюдент t	3,39	109	< .001
Нарцисичний перфекціонізм	Стьюдент t	2,84	109	0,005
Загальний рівень	Стьюдент t	3,76	109	< .001

t-критерій Стьюдента має високе значення для всіх шкал, p (probably) - коефіцієнт ймовірності, що може бути вірною нульова гіпотеза (про те, що немає зв'язку між тілесним локусом контролю, перфекціонізмом та харчовою поведінкою жінок) у всіх випадках, крім декількох шкал менше або дорівнює однієї тисячної. Трохи менше від екстернальності залежить шкала гармонія тіла та їжі, жорсткий та нарцисичний перфекціонізм.

Також можемо казати про вплив локусу контролю на загальний рівень перфекціонізму, і на самокритичний тип перфекціонізму.

Таблиця 3.4.

Описові статистики групи

	Група	Середн	Медиана	SD	SE
Обмежувальна поведінка	ІНТЕРНАЛЬН	2,38	2,3	0.798	0.097
	ЕКСТЕРНАЛЬН	3,66	3,8	1,142	0.172
Емоціогенна харчова поведінка	ІНТЕРНАЛЬН	2.26	2.08	1.066	0.1302
	ЕКСТЕРНАЛЬН	3.03	3,46	1.242	0.187
Екстернальна харчова поведінка	ІНТЕРНАЛЬН	2.89	2.90	0.668	0.0816
	ЕКСТЕРНАЛЬН	3.54	3,60	0.986	0.149
Інтуїтивне харчування	ІНТЕРНАЛЬН	3.54	3.61	0.628	0.0767
	ЕКСТЕРНАЛЬН	2,61	2,7	0.954	0.144
Безумовний дозвіл на їжу	ІНТЕРНАЛЬН	3,72	3.67	0.693	0.0847
	ЕКСТЕРНАЛЬН	2,48	2,5	1,101	0.166
Їжа з огляду на фізичний голод,	ІНТЕРНАЛЬН	3.42	3.50	0.935	0.1142
	ЕКСТЕРНАЛЬН	2,62	2,69	1,093	0.165
Жорсткий перфекціонізм	ІНТЕРНАЛЬН	30,9	32,0	6,52	0.796
	ЕКСТЕРНАЛЬН	34,5	35,0	6,77	1,021
Самокритичний перфекціонізм	ІНТЕРНАЛЬН	56,9	57,0	16,4	2,002
	ЕКСТЕРНАЛЬН	67,1	67,5	13,59	2,05
Загальний рівень перфекціонізму	ІНТЕРНАЛЬН	130	131,0	28,04	3,426
	ЕКСТЕРНАЛЬН	150	149,5	24,29	3,662

Результати можуть бути пояснені тим, що люди, які прагнуть відповідати своїм уявленням про досконале тіло, можуть накладати певні обмеження на вживану їжу і в результаті не помічають розвитку розладу харчової поведінки. Крім того, у ситуаціях, коли людина висуває високі вимоги стосовно інших, вона може прагнути сама відповідати висунутим вимогам. У результаті прагнення стати еталоном фізичної краси тіла людина не помічає розвитку розладу харчової поведінки. Причому, ці прагнення реалізуються за допомогою внесення обмежень у прийоми їжі. Також отримані результати можуть бути пояснені тим, що людина, якій вимоги оточуючих видаються завищеними, нездатна використовувати оптимальні засоби для досягнення цих вимог. У результаті людина вносить обмеження в прийоми їжі. Результати, які свідчать про те, що чим вищі вимоги людина пред'являє стосовно себе, тим більше вона схильна до використання продуктів харчування як заспокоєння, можуть бути пояснені тим, що людина з високими вимогами щодо себе може прагнути зовні не проявляти переживання. У зв'язку з цим прийом їжі стає способом переживання важкої ситуації, який залишається непомітним для оточуючих.

Основні статистичні показники, які використовуються для опису набору даних — це міри центральної тенденції та міри мінливості. До мір центральної тенденції включають середнє значення та медіану, а до мір мінливості — стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення змінної та її розмах.

Дві вертикальні лінії представляють різні групи, для яких зазначені:

- Середнє значення (позначене колом), що демонструє середнє значення змінної.
- Медіана (позначена квадратом), що вказує на серединне значення даних.
- 95% інтервали довіри (сині лінії), які показують, де очікується знаходити справжнє середнє значення з вірогідністю 95%.

Цей графік використовується для візуалізації розподілу і статистичної значущості відмінностей між групами, допомагаючи зрозуміти, наскільки значущі ці відмінності.

Він візуалізує різницю між групами, яку ми визначаємо за t-критерієм Стьюдента .

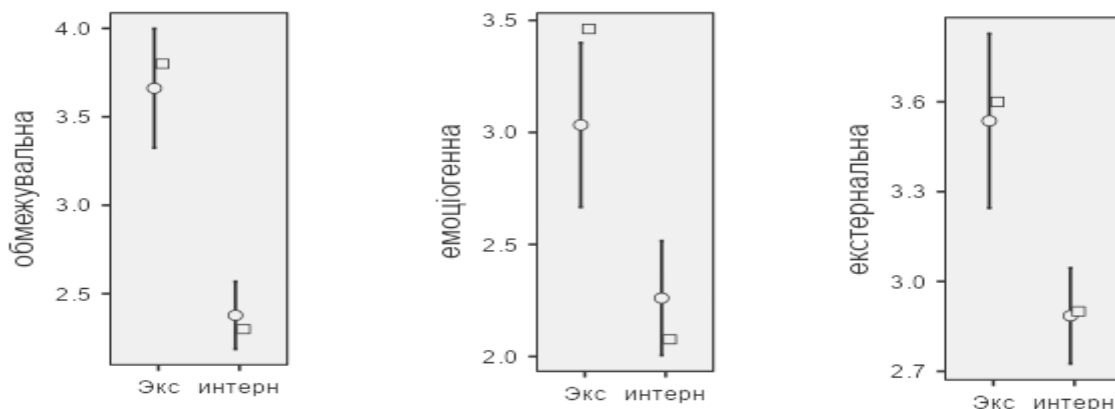


Рис. 3.4 Описові графіки T-тесту незалежних вибірок

Застосування описових графіків для різних типів порушень харчової поведінки пов'язано з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках - екстернальної та інтернальної групи.

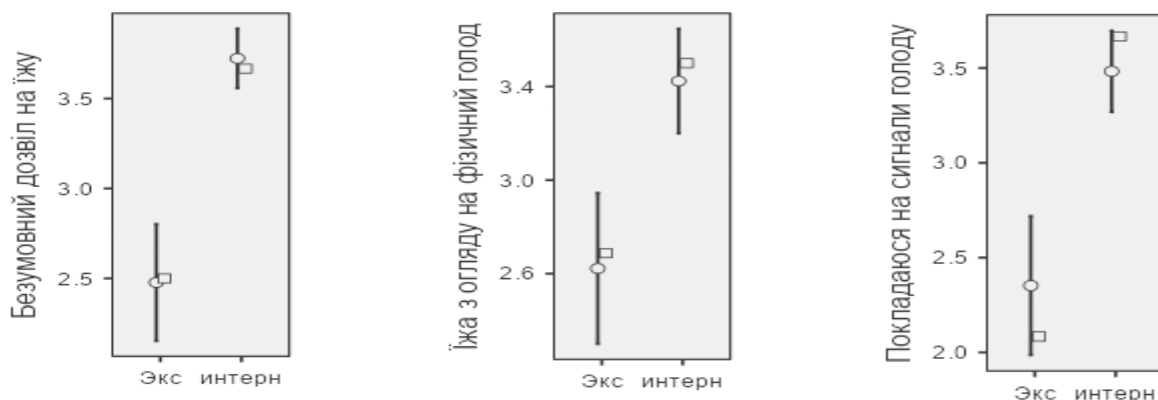


Рис.3.5 Описові графіки T-тесту незалежних вибірок: інтуїтивне харчування в залежності від тілесного локусу контролю

Суттєву різницю поведінки інтерналів та екстерналів ми бачимо для всіх шкал інтуїтивного харчування.

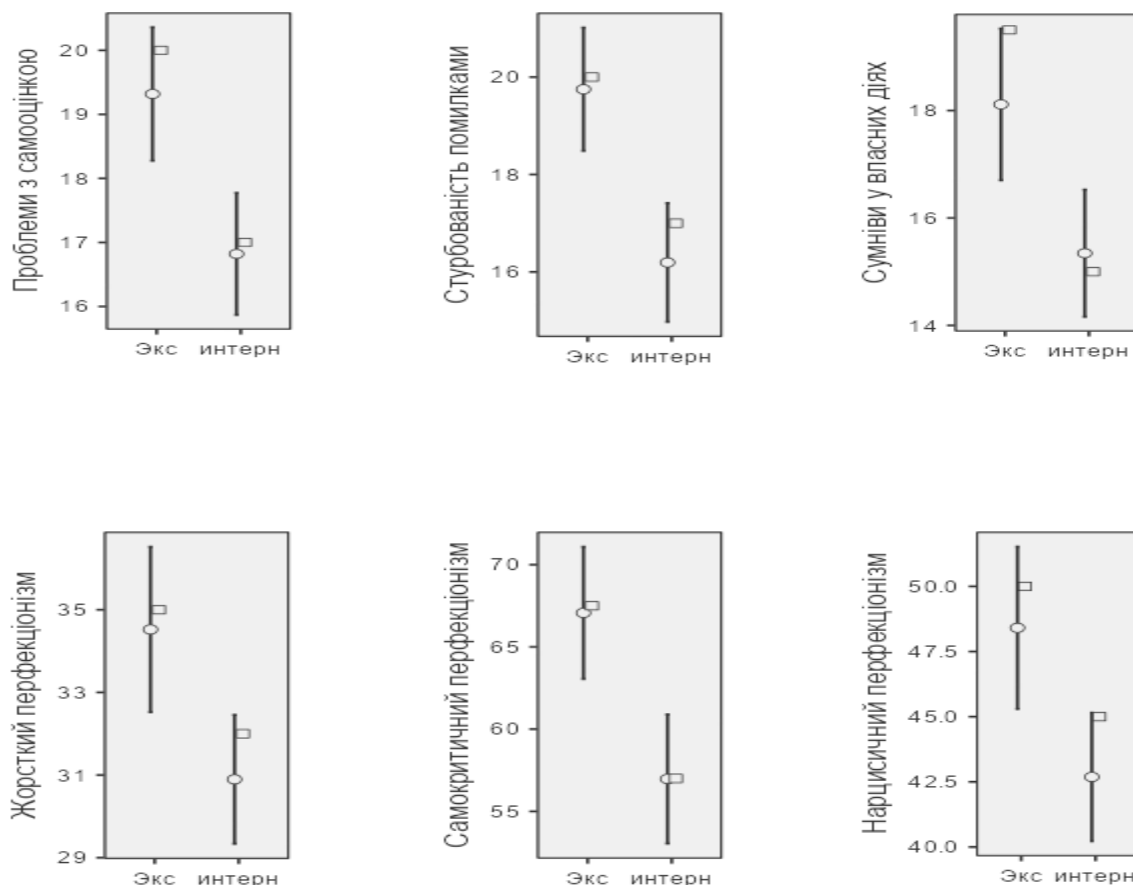


Рис. 3.6 Описові графіки T-тесту незалежних вибірок: шкали перфекціонізму в залежності від локусу контролю

На графіках наочно помітні суттєві відмінності поведінки вибірки в залежності від локусу контролю. Шкали, в якій вибірки можуть перетинатися - претензійність, та шкала впевненості в тому, що мені всі винні, в яких t -критерій Стюдента має найнижчі значення.

Отже можемо припустити, що екстернальний локус контролю характеризується підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів, пов'язаних із споживанням їжі. Особи з таким типом виявляють низький рівень самоконтролю у своїй харчовій поведінці, що виражається в слабкій здатності до саморегулювання та обмеження в споживанні. Вони також виявляють поганий контроль над своїми бажаннями та демонструють високий рівень імпульсивності у відношенні до харчування.

Щоб виявити та простежити кореляційну залежність між показниками порушень харчової поведінки та факторами інтернальності і типів перфекціонізму використовували діаграму розсіювання з лінійною лінією регресії. Вона будується як графік залежності між двома змінними x і y (поле кореляції). Діаграма дозволяє з'ясувати наявність залежності, виявити характер зв'язку і її тісноту. Кореляцію розглядали для можливості порівняння для досліджуваної та контрольної групи окремо.

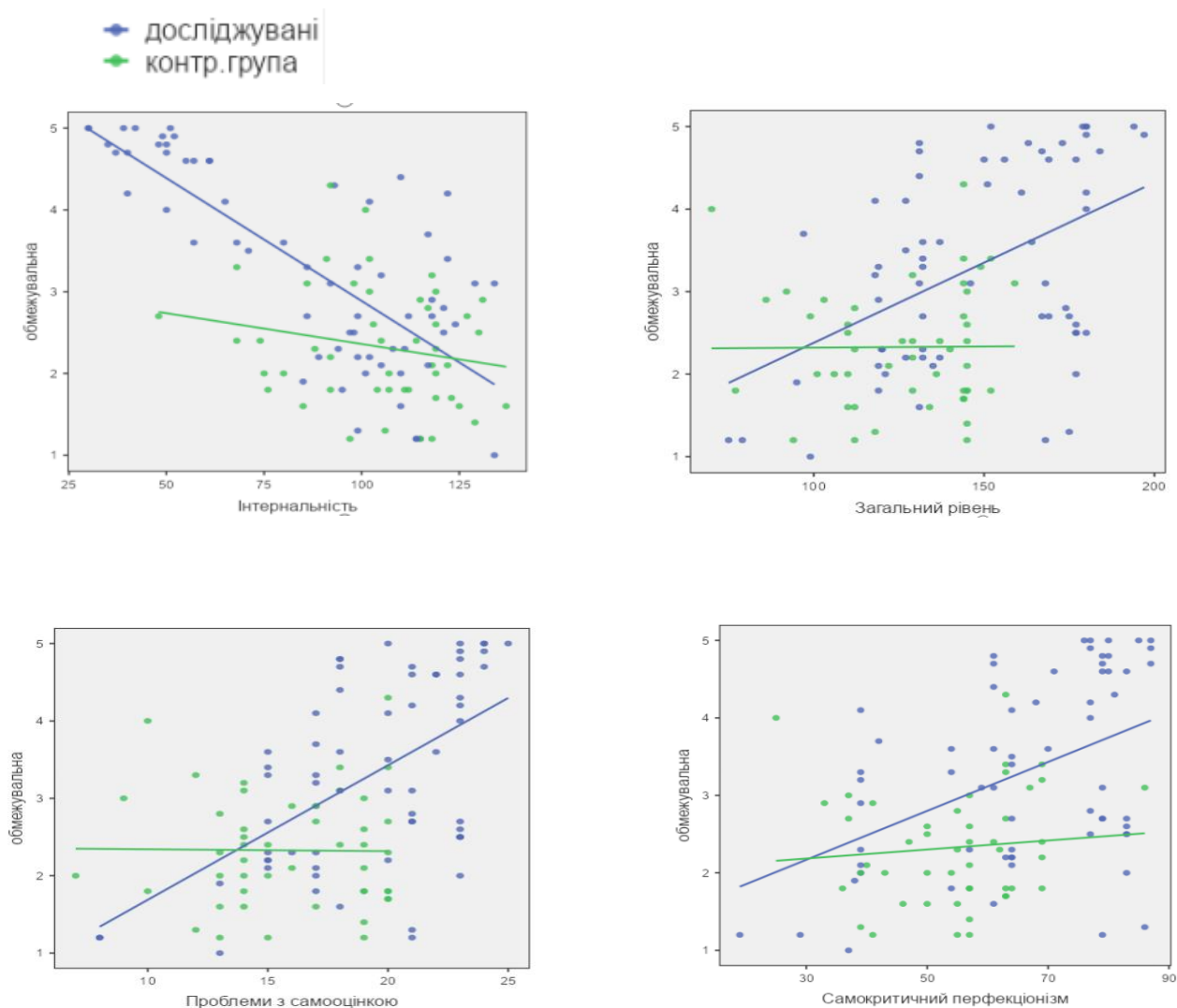


Рис. 3.7 Діаграма розсіювання: кореляційна залежність обмежувального типу порушення харчової поведінки від локусу контролю та перфекціонізму:

Графіки на рис. 3.7 відображають кореляційний зв'язок розглянутих ознак, а саме: з ростом значень фактора інтернальності спостерігається зменшення значень шкал типу розладів харчової поведінки (зворотний зв'язок);

з ростом шкал перфекціонізму зростає обмежувальна поведінка (прямий зв'язок).

Отже можемо припустити, згідно з проведеним дослідженням, що жінкам, які дотримуються дієти або страждають на переїдання, властиві високі особистісні очікування, які зазвичай відносяться до ваги і фігури, бажання прихильно сприйматися іншими і переконання, що інші люди критичні до них і приділяють пильну увагу їх поведінці. Це впливає на самооцінку та спричиняє негативний афект.

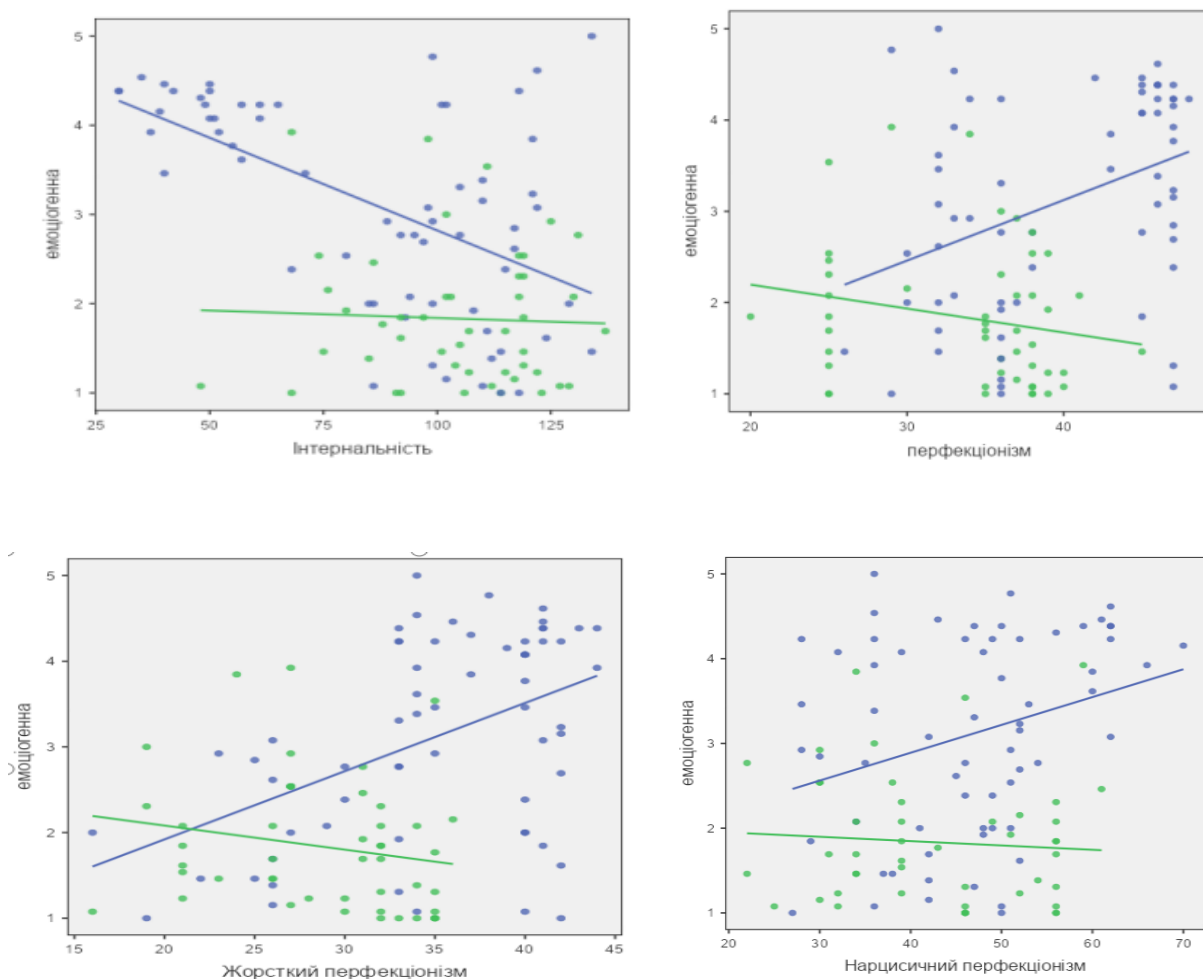


Рис. 3.8 Діаграма розсіювання: кореляційна залежність емоціонного типу порушення харчової поведінки від локусу контролю та перфекціонізму:

Емоційна харчова поведінка є розладом, при якому основним стимулом до прийому їжі є не відчуття голоду, а негативні емоції. У цьому випадку людина переїдає не через фізіологічне відчуття голоду, а через емоційне хвилювання, напруження, дратівливість, стрес та психологічний дискомфорт.

Зазвичай, при наявності цього розладу харчової поведінки, особа страждає від переїдання, переважно обираючи велику кількість солодощів, кондитерських або борошняних виробів. Головною метою цього процесу є отримання задоволення та відновлення стану спокою та впевненості. Екстернальний тип локусу та перфекціонізм суттєво впливають на емоціогенну харчову поведінку.

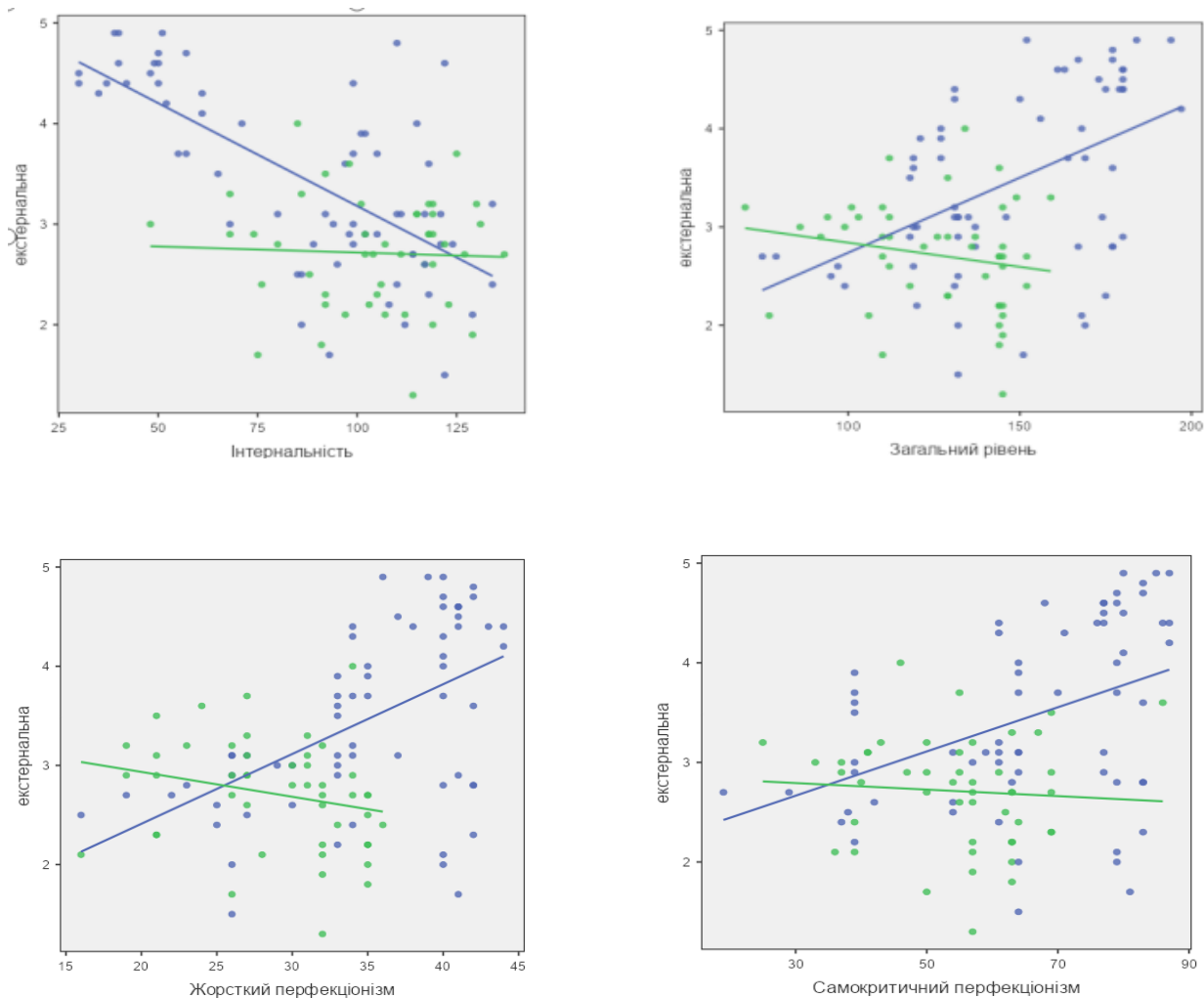


Рис. 3.9 Діаграма розсіювання: кореляційна залежність екстернального типу порушення харчової поведінки від тілесного локусу та перфекціонізму:

На рис. 3.9 показано наявність зв'язку між шкалами екстернального типу розладу зі значенням шкал тілесного локусу та перфекціонізму

В *екстернальному* типі розладу харчової поведінки відчуття голоду актуально головним чином як реакція на зовнішні стимули. До таких стимулів відносяться: смачна їжа, спостереження за іншими людьми, зображення їжі, її аромат. Вид того, як інші люди насолоджуються їжею, також може викликати відчуття голоду у тих, хто має зовнішній тип розладу харчової поведінки.

Для того, щоб коректно представити отримані кількісні результати, потрібно визначити нормальність їхнього розподілу. У статистичних програмах реалізовані процедури перевірки даних на нормальність через критерій Шапіро-Вілка. В результаті виконання тесту отримуємо величину p , яка відображає ймовірність того, що наші дані походять з нормального розподілу. Пороговим рівнем величини p вважається значення 0.05. При $p \leq 0.05$ ми вважаємо наші дані є ненормальними.

Таблиця 3.5.

Критерій Шапіро-Вілка для шкал

	W	p
обмежувальна	0.983	0.160
емоціогенної	0.965	0.006
екстернальної	0.990	0.574
інтуїт харч	0.975	0.037
Безумовний дозвіл на їжу	0.976	0.043
Їжа з огляду на фізичний голод	0.968	0.009
Покладаюся на сигнали голоду	0.976	0.045
Гармонія їжі та тіла	0.974	0.030
Інтернальність (94 ср)	0.981	0.107
перфекц	0.966	0.006
Перфекціонізм, орієнтований на себе 16	0.939	< .001
Проблеми з самооцінкою 19	0.972	0.020
Стурбованість помилками 17	0.971	0.015
Сумніви у власних діях 13	0.956	0.001
Самокритика 15	0.961	0.002
Соціально-приписаний перфекціонізм 13	0.948	< .001
Перфекціонізм, орієнтований на інших 16	0.979	0.085
Гіперкритика 12	0.960	0.002
Упевненість у тому, що мені усі щось винні 11	0.958	0.002
Претензійність 12	0.984	0.198
Жорсткий перфекціонізм	0.976	0.044
Самокритичний перфекціонізм	0.981	0.105
Нарцисичний перфекціонізм	0.975	0.033
Загальний рівень	0.977	0.055

Шапіро-Вілکا W наближається до одиниці по всім шкалам, Шапіро-Вілка r менше 0,05 по більшості шкалах. Оскільки майже всі наші шкали мають нормальний розподіл, (розподіл у якому всі три міри центральної тенденції збігаються – тобто середнє дорівнює медіані і дорівнює моді) кореляційний зв'язок будемо перевіряти через коефіцієнт Пірсона.

Коефіцієнт кореляції Пірсона застосовується для дослідження взаємозв'язку двох змінних, виміряних у метричних шкалах на одній і тій же вибірці. Він дозволяє визначити, наскільки пропорційна мінливість двох змінних. За допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона можна визначити силу лінійної залежності між змінними.

Кореляційна матриця коефіцієнт Пірсона представлена у додатку 1

Коефіцієнт кореляції Пірсона — показник кореляції (лінійної залежності) між двома змінними X та Y , широко використовується для вимірювання ступеня лінійної залежності між двома змінними. Кореляція відсутня при показниках від -0.09 до 0.0 та від 0.0 до 0.09 , низька від -0.3 до -0.1 та від 0.1 до 0.3 , середня від -0.5 до -0.3 та від 0.3 до 0.5 та висока від -0.5 до $-1,0$ та від 0.5 до $1,0$.

Низьку та середню кореляцію можна побачити між шкалами Голландського опитувальника і нарцисичним перфекціонізмом, також підшкалами : «Соціально-приписаний перфекціонізм», «Перфекціонізм, орієнтований на інших», «Гіперкритика». Більшість коефіцієнтів вказують на високу кореляцію між шкалами.

Найбільш важлива для нас кореляція між шкалою інтернальності та іншими шкалами. Шкала інтернальності дає високу кореляцію з шкалами: «Обмежувальна поведінка», «Емоціогенна харчова поведінка», «Екстернальна харчова поведінка» «Інтуїтивне харчування», «Перфекціонізм, орієнтований на себе», «Проблеми з самооцінкою», «Стурбованість помилками», «Сумніви у власних діях», «Самокритика».

Загальний перфекціонізм, а також «жорсткий» та «самокритичний» перфекціонізм корелює зі всіма шкалами. Нарцисичний перфекціонізм менше

пов'язаний з розладами харчової поведінки, інтуїтивним харчуванням, та з тілесним локусом, і має низьку або середню кореляцію зі шкалами

Оскільки в дослідженні присутні шкали з ненормальним розподілом застосуємо також коефіцієнт Спірмана. Коефіцієнт кореляції Спірмана визначається як коефіцієнт кореляції Пірсона між ранжуванням змінних.

Таблиця Кореляційна матриця коеф. Спірмана представлена у додатку 2

Обмежувальна, емоціогенна і інтернальна поведінка мають сильний кореляційний зв'язок зі шкалами:

-інтернальності ($r_{\text{Спірмена}}=0,533, 0,395, 0,354$ відповідно, $p \leq 0,001$),

-інтуїтивного харчування, ($r_{\text{Спірмена}}=0,665, 0,829, 0,676$ відповідно, $p \leq 0,001$)

-загальним рівнем перфекціонізму ($r_{\text{Спірмена}}=0,441, 0,427, 0,360$ відповідно, $p \leq 0,001$),

а також з підшкалами:

-«Перфекціонізм, орієнтований на себе» ($r_{\text{Спірмена}}=0,400, 0,395, 0,393$ відповідно, $p \leq 0,001$),

-«Проблеми з самооцінкою» ($r_{\text{Спірмена}}=0,466, 0,401, 0,350$ відповідно, $p \leq 0,001$),

-«Стурбованість помилками» ($r_{\text{Спірмена}}=0,390, 0,407, 0,377, p \leq 0,001$),

-«Сумніви у власних діях» ($r_{\text{Спірмена}}=0,499, 0,454, 0,379; p \leq 0,001$),

-«Самокритика» ($r_{\text{Спірмена}}=0,413, 0,431, 0,325$ відповідно, $p \leq 0,001$),.

Немає кореляційного зв'язку зі шкалами: «Перфекціонізм, орієнтований на інших», «Упевненість в тому, що мені усі щось винні», «Претензійність»

Шкала інтернальності, яка для нас принципово важлива, дає сильну кореляцію з шкалами обмежувальної, емоціогенної і інтернальної поведінки, «Інтуїтивним харчуванням», а також: «Проблеми з самооцінкою», «Стурбованість помилками», «Сумніви у власних діях», «Самокритика», та помірний зв'язок зі шкалами: «Перфекціонізм, орієнтований на себе», «Соціально-приписаний перфекціонізм»

Шкали «жорсткого» та самокритичного» мають високу кореляцію зі всіма шкалами опитувальників. Нарцисичний перфекціонізм не пов'язаний з розладами харчової поведінки, інтуїтивним харчуванням, і майже не пов'язаний з тілесним локусом.

Дані, подані у додатку 2, дозволяють стверджувати, що існують статистично достовірні взаємозв'язки між ставленням до прийому їжі та складовими перфекціонізму. Так, виявлено статистично достовірний взаємозв'язок між вираженістю перфекціонізму, орієнтованого себе, і ставленням до їжі. Це означає, що вищі вимоги людина пред'являє по відношенню до себе, тим більша ймовірність розвитку харчового розладу поведінки.

Таким чином можемо стверджувати, що у жінок з порушенням харчової поведінки немає тенденції до нереалістичних очікувань щодо інших, знецінення дій оточуючих, прискіпливість до їх недосконалості, їх перфекціонізм направлений виключно на себе і трактується як прагнення до досконалості та переконання, що все повинно бути досконалим та є досить важливим, тенденція до надмірних негативних реакцій на передбачувані невдачі та помилки, та тенденцію до суворої самокритики, коли виконання певної діяльності не є досконалим.

Лінійна регресія

Множинне кореляційне рівняння встановлює зв'язок між досліджуваними ознаками і дає змогу вирахувати очікувані значення результативної ознаки під дією включених в аналіз факторів, категоріальних та неперервних, пов'язаних із рівнянням. Рішення кореляційних моделей охоплює операції по знаходженню числових значень параметрів досліджуваних залежностей. Коефіцієнт множинної кореляції характеризує інтенсивність кореляції, або ступінь тісноти зв'язку, між залежною змінною та кількома незалежними змінними.

Категоріальним предиктором (фактором) для лінійної регресії стала номінальна шкала тілесної інтернальності/екстернальності. Модель на першому етапі формувалась без коваріат, для отстеження .

Таблиця 3.6.

Показники відповідності моделі.

шкала	R	R ²
Обмежувальна поведінка	0.555	0.309
Емоціогенна харчова поведінка	0.318	0.101
Екстернальна харчова поведінка	0.369	0.136
Інтуїтивне харчування (середній бал)	0.512	0.262
Безумовний дозвіл на їжу	0.574	0.330
Їжа з огляду на фізичний голод	0.368	0.135
Покладаюся на сигнали голоду та ситості	0.471	0.222

Множинний коефіцієнт кореляції R (залежності від інтернальної чи екстернальної тілесності) має максимальне значення по шкалах: «Безумовний дозвіл на їжу» (0,574) , «Обмежувальна поведінка» (0,555), «Інтуїтивне харчування» (0,512) . Це означає, що між предиктором (тілесним локусом) та залежною змінною є середній рівень лінійної кореляції.

При використанні тільки предиктора "тілесний локус", R² становить 30,9% за шкалою обмежувальна поведінка. Це означає, що локус-контролю самостійно може пояснити 30,9% варіативності залежної змінної- обмежувальної поведінки. Це свідчить про досить значний вплив цього предиктора. Аналогічна ситуація з безумовним дозволом на їжу: 33 % варіативності залежної змінної. Суттєвий вплив 26% і 22% тілесний локус оказує на інтуїтивне харчування та на відчуття сигналів ситості та голоду.

Таким чином можемо стверджувати, що жінки з екстернальним локусом контролю більш схильні до порушень харчової поведінки по обмежувальному типу, і шкала з інтуїтивного харчування : «Безумовний дозвіл на їжу» додатково підтверджує нам це.

Якщо інтернальність розглядати як коваріату, використовуючи неперервну шкалу інтернальності, а фактором обрати вибірку: досліджувані чи контрольна група, то бачимо наступний результат:

Таблиця 3.7.

Кореляційний зв'язок інтернальності зі шкалами

шкала	R	R 2	const	SE	T	p
Обмежувальна поведінка	0,717	0,514	-0,52	0,16	-3,22	< .001
Емоціогенна харчова поведінка	0,641	0,410	-0,01	0,005	-4,9	< .001
Екстернальна харчова поведінка	0,650	0,422	-0,02	0,004	-3,4	< .001
Інтуїтивне харчування (середній бал)	0,774	0,600	0,02	0,004	8,88	< .001
Безумовний дозвіл на їжу	0,764	0,583	0,02	0,004	10,6	< .001
Їжа з огляду на фізичний голод, неемоційний	0,667	0,445	0,01	0,005	2,74	0,009
Покладаюся на сигнали голоду	0,632	0,399	0,022	0,005	4,49	< .001
Гармонія їжі та тіла	0,471	0,222	0,012	0,004	2,82	0,007

Множинний коефіцієнт кореляції R має високе значення по всім шкалам, окрім «Гармонії тіла та їжі». t-критерій Стьюдента має високе значення для всіх шкал, p (probably) - коефіцієнт ймовірності, що може бути вірною нульова гіпотеза (немає зв'язку між шкалою інтернальності тілесного локусу та

харчовою поведінкою жінок) у всіх випадках низький, менше, ніж допустимі 0,05.

Виходячи з цього можемо стверджувати, що жінки з інтернальним тілесним локусом контролю менш схильні до порушень харчової поведінки.

Якщо перфекціонізм розглядати як коваріату, використовуючи неперервну шкалу, а фактором обрати вибірку: досліджувані чи контрольна група, то бачимо наступний результат:

Таблиця 3.8.

Кореляційний зв'язок перфекціонізму зі шкалами

шкала	R	R ²	const	SE	T	p
Обмежувальна поведінка	0,542	0,294	0,603	0,01	4,18	< .001
Емоціогенна харчова поведінка	0,554	0,307	0,03	0,015	2,09	0,003
Екстернальна харчова поведінка	0,521	0,272	-0,04	0,001	3,62	< .001

Множинний коефіцієнт кореляції R (залежності від перфекціонізму) має середній рівень лінійної кореляції по шкалах: «Обмежувальна поведінка» (0,542) , «Емоціогенна харчова поведінка» (0,554), «Екстернальна харчова поведінка» (0,521) .

При використанні тільки предиктора "перфекціонізм", R² становить 29,4% за шкалою обмежувальна поведінка, 30,7% - емоціогенна харчова поведінка, 29,2 % Екстернальна харчова поведінка. Це означає, що перфекціонізм самостійно може пояснити 29,4%, 30,7%, 27,2% варіативності порушень харчової поведінки вказує про значний вплив цього предиктора

Це свідчить, що жінки високим рівнем перфекціонізму більш схильні до порушень харчової поведінки, особливо по обмежувальному типу та емоціональному

Безумовно значущий кореляційний зв'язок було виявлено з наступними коваріатами (категоріальним предиктором залишається номінальна шкала тілесної інтернальності/екстернальності):

Таблиця 3.9.

Значущі кореляційні зв'язки з окремими коваріатами.

Залежна змінна	Коваріата	R	R ²	const	E	t	p
Обмежувальна поведінка	Безумовний дозвіл на їжу	0.878	0.772	-0.89	0.06	-14.8	< .001
Емоціогенна харчова поведінка	Їжа з огляду на фізичний голод	0.915	0.837	-1.03	0.47	-22.1	< .001
Екстернальна	Покладаюся на сигнали голоду	0.774	0.598	-0.59	0.05	-11,14	< .001
Екстернальна	перфекціонізм	0.526	0.277	0.48	0.01	4,58	< .001
Обмежувальна	перфекціонізм	0.666	0.443	0,06	0.01	5,11	< .001

Таким чином маємо можливість оцінити вплив двох різних предикторів на залежну змінну. Ось що можна проінтерпретувати:

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.706	0.499

Коефіцієнти моделі - обмежувальна

Predictor	Оцінити	SE	t	p
Перехват	4.08521	0.60682	6.73	< .001
Загальний рівень	0.00793	0.00304	2.61	0.010
Інтернальність	-0.02443	0.00307	-7.96	< .001

Рис.3.10 вплив двох різних предикторів: тілесного локусу контролю та перфекціонізму на залежну змінну обмежувальну харчову поведінку

Модель:

R (Коефіцієнт кореляції) 0.706 означає, що між предикторами перфекціонізм і тілесний локус та залежною змінною обмежувальна харчова поведінка є високий рівень лінійної кореляції.

R² (Коефіцієнт детермінації) 0.499 вказує, що приблизно 49,9% варіативності залежної змінної, а саме обмежувальної поведінки може бути пояснено за допомогою включених у модель предикторів (перфекцізму та інтернальності).

Коефіцієнти моделі:

- Перехват: 4,085. Це базове значення залежної змінної, коли два предиктори (загальний рівень перфекцізму та інтернальність) дорівнюють нулю.

- Коефіцієнти для кожного предиктора:

- " інтернальність ": коефіцієнт -0.0244 означає, що з кожним збільшенням на одиницю показника " інтернальність ", очікуване значення залежної змінної – обмежувальної поведінки зменшується на 0.0244 одиниць, за умови, що інші змінні залишаються незмінними. р-значення (<0.001) означає статистичну значущість цього коефіцієнта.

- " загальний рівень перфекцізму ": Коефіцієнт 0.0079 означає, що з кожним збільшенням на одиницю показника " загальний рівень перфекцізму ", очікувана значення залежної змінної зростає на 0.0079 одиниці, за умови, що інші змінні залишаються незмінними. р-значення (0.01) менше 0.05, також підтверджує статистичну значущість.

Аналіз взаємодії між предикторами "перфекціонізм" та " тілесний локус контролю " та їх вплив на залежну змінну - обмежувальну харчову поведінку дає можливість зробити такі висновки:

Коли використовується лише "інтернальність", R² становить 0,467. Це означає, що цей предиктор самостійно пояснює 46,7% варіативності залежної змінної, Це свідчить про значний вплив цього предиктора.

Коли використовується тільки предиктор "загальний рівень перфекцізму", R² становить 0,205. Це означає, що перфекціонізм самостійно може пояснити

20,5% варіативності залежної змінної. що є значним, але меншим, ніж вплив "інтернальності".

Робимо висновок про взаємодію предикторів: коли обидва предиктори включені в модель разом, R^2 зростає до 49,9%. Це збільшення на 3,2% у порівнянні з найсильнішим індивідуальним предиктором "інтернальність", і на 29,4% більше, ніж коли б було використано лише "перфекціонізм". Це свідчить про те, що хоча обидва предиктори важливі, вони також частково взаємодоповнюють один одного, що призводить до більш точного пояснення варіативності залежної змінної.

Що стосується до впливу цих двох предикторів на інші шкали розладів харчової поведінки вони вказують на суттєвий, але менший вплив

Показники відповідності моделі			Показники відповідності моделі		
Модель	R	R ²	Модель	R	R ²
1	0.627	0.393	1	0.573	0.329

Коефіцієнти моделі - Екстернальна					Коефіцієнти моделі - Емоційна				
предиктор	Оцінити	SE	t	p	Predictor	Оцінити	SE	t	p
Перехват	3.78952	0.50932	7.44	<.001	Перехват	2.4759	0.73923	3.35	0.001
Загальний рівень	0.00618	0.00255	2.43	0.017	Загальний рівень	0.0121	0.00370	3.26	0.001
Інтернальність	-0.01598	0.00257	-6.21	<.001	Інтернальність	-0.0168	0.00374	-4.49	<.001

Рис.3.11 вплив двох різних предикторів: тілесного локусу контролю та перфекціонізму на залежну змінну екстернальну та емоційну харчову поведінку

У разі використання предикторів до залежної змінної - екстернальної харчової поведінки можемо пояснити 39,3 % випадків, разом з емоціогенною - 32,9 %

Результати дослідження підтверджують, що включення декількох предикторів може забезпечити краще розуміння динаміки залежної змінної, ніж аналіз кожного предиктора окремо. Це також може вказувати на те, що між перфекціонізмом, здатністю харчуватись інтуїтивно та тілесним локусом існує певна взаємозалежність і ці змінні впливають на одні і ті ж аспекти залежної змінної – розладу харчової поведінки.

3.3. Рекомендації до психокорекційної програми.

Метою нашого дослідження стало вивчення взаємозв'язку між параметрами перфекціонізму, тілесним локусом, порушенням задоволеності образом тіла, обмежувальним, емоціогенним і екстернальним типами харчової поведінки у жінок з РХП, а також взаємозв'язки вказаних характеристик з мірою проявленості РХП і успішністю нормалізації ваги в результаті психологічної корекції.

Згідно з проведеним дослідженням, жінкам, які дотримуються дієти або страждають на переїдання, властиві високі особистісні очікування, які зазвичай відносяться до ваги і фігури, бажання прихильно сприйматися іншими і переконання, що інші люди критичні до них і приділяють пильну увагу їх поведінці. Це впливає на самооцінку та спричиняє негативний афект. Інтенсивність таких негативних переживань знижується при епізодах переїдання, під час яких фокус уваги звужується до простих дій та відчуттів. Згідно з гіпотезами маскування, комфорту та відволікання, що говорять про те, що люди, які дотримуються дієти, використовують переїдання для того, щоб замаскувати дистрес в інших сферах життя, споживання їжі забезпечує стан комфорту, служить для втіхи, полегшення та відволікання при дистресі, принаймні тимчасово.

Отримані результати дозволяють зробити такі висновки:

1. Успішність нормалізації ваги в результаті психологічної корекції не пов'язана з початковим рівнем ваги, але пов'язана з розглянутими індивідуально-психологічними характеристиками досліджуваних (параметрами перфекціонізму, з тілесним локусом контролю, порушенням задоволеності образом тіла, здатністю харчуватись інтуїтивно), і з типами та рівнем порушень харчової поведінки (обмежувальним, емоціогенним, екстернальним).

2. Можна припустити, що при різних типах порушень харчової поведінки порушення задоволеності образом тіла та тілесний локус можуть розглядатися як проміжна змінна між параметрами перфекціонізмом та різними типами порушень харчової поведінки, насамперед емоціогенними.

3. При розробці психологічної програми нормалізації ваги до неї повинні бути включені не тільки порушення харчової поведінки, а й порушення задоволеності образом тіла, екстернальний тілесний локус і всі параметри перфекціонізму. Саме такий комплексний підхід дозволить отримати максимально ефективний та довгостроковий результат.

Клінічний перфекціонізм є одним із основних механізмів, що можуть підтримувати патологію розладу харчової поведінки, і якби його вдалося знизити, то була б видалена потужна додаткова мережа підтримуючих механізмів, що сприяло б змінам.

Прагнення «бути кращим» апріорі недосяжна висота. Бажання здійснювати контроль над харчуванням - це ще один чинник уявної бездоганності. Це зачіпає не лише успішних у житті: дотримання плану калорій, підрахунок кожного шматочка і одержимість – це ті області, в яких можна «бути ідеалом» та отримувати постійне позитивне підкріплення. Найчастіше аналогічні розлади супутник страху бути недостатньо хорошим, негідним кохання оточуючих і самого себе. Адиктивні порушення поведінки, до яких належать і харчові порушення, так чи інакше зачіпають усі сфери

особистості, адже особистість – це система, в якій всі компоненти взаємопов'язані. Зміни, що стосуються функціонування однієї зі складових структури особистості, призведуть до порушень інших.

Розлади харчової поведінки часто пов'язані як із бажанням бути досконалим, так і з низькою самооцінкою або самоефективністю, що створює коктейль високо оцінюваних цілей, але при цьому призводить також і до відчуття внутрішньої нездатності їх досягти, і до приниження будь-яких досягнень як недостатніх.

Люди з перфекціоністськими тенденціями часто звертаються до сфери життя, яка пропонує їм деякий ступінь досягнення і контролю. Втрата ваги, особливо для жінок є досягненням, яке високо цінується західним суспільством. Початкова втрата ваги часто викликає позитивні відгуки та захоплення інших людей, а також може призвести до зростання популярності та визнання, що призводить до потужного короткострокового зміцнення почуття власної гідності. Хоча довгострокові втрати стають вельми руйнівними, з погляду втрати самооцінки та поваги, соціальної ізоляції, звуження життя та краху надій і цілей, завзятість у вирішенні цієї проблеми (наприклад, втрата контролю) частково підтримується типовим чорно-білим мисленням, яке може супроводжувати перфекціонізм.

Ці риси (жорсткі правила, прагнення до досконалості) можуть сприяти постійному обмеженню раціону та контролю апетиту. Бажання простоти та зосередженості на деталях робить цей тип поведінки задовільним і може призвести до... віри в те, що «нервова анорексія змушує мене почуватися під контролем».

При розладах харчової поведінки ця тенденція призводить до дефіцитарності в області гнучкості мислення або здатності зміни установок (тобто витратити більше часу, щоб змінити власні реакції при зміні правил або обставин), і надмірної зосередженості на деталях (сконцентруватися на деталях,

але не бути в змозі зрозуміти суть всієї картини). Постійна увага до втрати ваги у людей з низькою самооцінкою призводить до того, що вони починають боятися, що, якщо в них більше не буде причини не впоратися з життєвими проблемами, їх визнають другорядними та неповноцінними у спробі впоратися з цими викликами.

Основна сфера досягнень при розладах харчової поведінки стає руйнівною, завдаючи шкоди як фізичному, так і психологічному здоров'ю. здоров'ю, так що це заважає досягненням в інших сферах або перешкоджає їм (наприклад, навчання, робота, спілкування і хобі). Таким чином, єдине досягнення, яке залишається і цінується, знаходиться у сфері харчування.

Існують докази, що підтверджують раніше висловлені припущення про те, що втручання, спрямовані на зниження рівня перфекціонізму, можуть мати вирішальне значення для досягнення повного одужання від розладу харчової поведінки і що відмова від перфекціонізму може сприяти змінам у порушеннях харчування. Лікування людей із розладами харчової поведінки, спрямоване тільки на перфекціонізм, є корисним, але недостатнім, проте лікування перфекціонізму в поєднанні з науково обгрунтованою терапією розладів харчової поведінки може суттєво поліпшити результат. Лікування перфекціонізму може бути ефективним з точки зору зміни когнітивних і поведінкових показників, пов'язаних із розладами харчової поведінки. Для тих клієнтів, у яких виявлено проблеми з перфекціонізмом, додавання лікування перфекціонізму до доказових способів лікування розладів харчової поведінки може призвести до кращого результату для підтримки відновлення від розладу.

Перфекціонізм є трансдіагностичним процесом. Трансдіагностичний процес – це аспект пізнання або поведінки, який може сприяти підтримці психологічного розладу.

Трансдіагностичний процес, який представляє інтерес і актуальність для терапевтів - це процес, який не тільки відбувається при розладах, але також є фактором ризику або підтримувальним фактором розладу. Може бути корисним розгляд можливості зробити цей процес мішенню терапії в спробі послабити низку симптомів різних розладів.

Важливо встановити, чи є перфекціонізм трансдіагностичним процесом у пацієнта з розладом харчової поведінки. Цей аналіз також включатиме в себе важливість визначення того, чи є перфекціонізм сприятливим або підтримувальним фактором психопатології.

Визначити, чи є перфекціонізм причинним, кореляційним або наслідком психопатології дасть змогу прийняти рішення про терапевтичні втручання.

Основні трансдіагностичні процеси слугують для підтримки розладів харчової поведінки, включно з клінічним перфекціонізмом. Трансдіагностична теорія розладів харчової поведінки має також прогностичну цінність. Було встановлено, що КПТ-У (англ. СВТ-Е, посилена КПТ для розладів харчової поведінки), ефективніша для лікування розладів харчової поведінки. Однією з переваг цього підходу є усунення акценту на діагностичних категоріях, і замість цього націленість на розгляд критичних конструкцій, що підтримують розлад харчової поведінки незалежно від діагностичного статусу. Прицільна робота з ключовими, критичними процесами, які підтримують розлади харчової поведінки буде ефективнішою у боротьбі із супутньою патологією, ніж множинні втручання, специфічні для розладу.

Перфекціонізм підвищений за багатьох розладів, особливо посилюється за розладів харчової поведінки, тривоги та пов'язаних із нею розладів, і має відношення до більшості розладів, отже, важливо розглянути його в терапії окремо, тому що його наявність припускає значущість цього фактора в більшості діагнозів. Перфекціонізм є підтримувальним чинником для проблем психічного здоров'я, то втручання, що знижують перфекціонізм, позитивно впливатимуть на стан психічного здоров'я в цілому.

Важливо розуміти, яку роль відіграє перфекціонізм для кожного окремого клієнта і, як наслідок, чи потребує він прямого втручання. У тих випадках, коли перфекціонізм являє собою самостійну клінічну проблему, він, безсумнівно, має бути в центрі уваги. Однак у клієнта може бути скарги лише на розлад харчової поведінки. Щоб вирішити цю ситуацію, необхідно спочатку оцінити роль перфекціонізму в підтримці та етіології РХП.

Трансдіагностична модель перфекціонізму підходить для індивідів, які представляють перфекціонізм як самостійну проблему, коли він перешкоджає лікуванню розладу або коли є безліч співіснуючих проблем, які підтримуються перфекціонізмом, і немає альтернативного, заснованого на фактичних даних втручання для вирішення численних проблем.

Перед початком терапії необхідно провести ретельний аналіз, щоб оцінити, чи є перфекціонізм сприятливим, причинним або підтримувальним чинником у психопатології, чи є корелятом або наслідком. Важливим моментом є отримання індивідуального формулювання ролі перфекціонізму для конкретного клієнта під час розроблення плану терапії.

Успішна терапія перфекціонізму залежить від зрозумілої, доказової оцінки його вираженості.

Оцінка перфекціонізму включає в себе низку центральних особливостей. По-перше, вона повинна включати кілька методів. Не існує єдиного інструменту, придатного для клінічної оцінки перфекціонізму. Принаймні, комплексна оцінка має включати ретельне клінічне інтерв'ю, поведінкові методи (наприклад, поведінкові щоденники, поведінкові спостереження) і заповнення емпірично підтверджених шкал. Крім того, для процесу часто буває корисно включити кілька інформантів (наприклад, інтерв'ю з клієнтом, а також зі значущими іншими). Поведінкова оцінка – це безперервний процес, який починається до початку терапії і триває протягом усього курсу, а іноді й після його закінчення (методи для оцінки збереження результатів)

Процес оцінювання перфекціонізму визначається, частково, його метою. Наприклад, хоча наявні показники самозвіту корисні для оцінювання

вираженості перфекціонізму та його конкретних особливостей (наприклад, переконань, пов'язаних із перфекціонізмом, наявності дезадаптивного або адаптивного перфекціонізму), вони часто менш корисні для встановлення діагнозу, коли більш імовірно буде корисним напівструктуроване діагностичне інтерв'ю. У контексті клінічного перфекціонізму оцінка зазвичай має низку цілей:

- Оцінити наявність, відсутність або вираженість певних симптомів чи поведінки (наприклад, прокрастинація, перфекціоністські переконання).
- Щоб оцінити будь-які пов'язані з цим проблеми, такі як розлади харчової поведінки, тривожні розлади та коморбідні пов'язані розлади, які можуть перешкоджати лікуванню, потрібен одночасний моніторинг у ході терапії або забезпечення втручання щодо перфекціонізму

Клінічне інтерв'ю

Клінічне інтерв'ю може включати структуровані та неструктуровані методи.

Діагностичні особливості

Комплексна діагностична оцінка корисна для виявлення розладів, які часто пов'язані з перфекціонізмом. Напівструктуровані інтерв'ю надають надійний і достовірний метод для оцінки наявності або відсутності супутніх станів. Одним із популярних є структуроване клінічне інтерв'ю для розладів DSM-5.

Можна запропонувати початкову оцінку зосередившись на спільному обговоренні перфекціонізму та його впливу, що дає змогу створити міцний терапевтичний альянс, а потім провести діагностичне інтерв'ю.

Сигнали та тригери перфекціоністських переконань і поведінки

Розуміння контексту, в якому виникають перфекціоністські переконання і поведінка, важливе для вибору відповідних стратегій терапії. Наприклад, клієнта, чий перфекціонізм викликаний соціальними ситуаціями, можна навчити стратегій зміни думок про те, що його оцінюють інші, і можна заохочувати до того, щоб протистояти ситуаціям, яких він уникає. Приклади можливих тригерів перфекціонізму, про які потрібно запитати, включають у

себе міжособистісні сигнали (наприклад, отримання негативного зворотного зв'язку від інших), інші ситуаційні сигнали (наприклад, зважування себе; боротьба за суворе дотримання крайнього терміну), когнітивні сигнали (наприклад, нав'язливі думки про те, що людина неадекватна), емоційні сигнали (наприклад, поганий настрій) та інтероцептивні сигнали (наприклад, пітливість, яка може бути помічена оточуючими). Сигнали та тригери часто виникають природним чином під час початкової оцінки та протягом курсу терапії. Їх можна визначити за допомогою цільових запитань.

Поведінкові особливості

Поведінкові особливості перфекціонізму - це те, що клієнти роблять унаслідок свого перфекціонізму. Можливо, найважливішими поведінковими характеристиками для оцінювання є уникнення (наприклад, уникнення ситуацій вживання забороненої їжі або прокрастинація на роботі або в школі) і контрпродуктивна безпечна поведінка (наприклад, посилена підготовка до презентації або інших міжособистісних викликів, повторна перевірка, щоб переконатися, що всі прилади вимкнуті перед виходом з дому). Терапія повинна охоплювати поступове зниження поведінки, що уникає і поведінки, що прагне безпеки (особливо тієї, що запобігає когнітивним змінам), тому комплексна оцінка цих особливостей є ключовою для розроблення ефективного плану терапії.

Когнітивні особливості

Навчання клієнтів виявленню переконань, припущень, передбачень і упереджень (наприклад, в увазі та пам'яті), які сприяють перфекціонізму і більш гнучкого мислення в ситуаціях, коли перфекціонізм є проблемою. Оцінка відповідних когнітивних функцій зазвичай починається з першої зустрічі з клієнтом і триває протягом курсу терапії. Клієнти можуть повідомляти спонтанно про свої перфекціоністські переконання, хоча зазвичай найкорисніше виявити когнітивні особливості, ставлячи запитання про них.

Області перфекціонізму

Розуміння областей, у яких перфекціонізм є проблемою, може бути корисним для визначення контексту, в якому стратегії терапії будуть, найімовірніше, практикуватися. Области перфекціонізму можуть також дати підказки щодо знань, що лежать в основі перфекціонізму клієнта. Прикладами загальних сфер перфекціонізму є робота, школа, хобі, повсякденна діяльність, стосунки, ухвалення рішень, їжа, спорт та інше

Вираженість і вплив

Клієнта слід розпитати про те, яким чином перфекціонізм негативно впливає на його життя, які проблеми створює, як спричиняє погіршення в різних сферах.

Розвиток, історія проблеми та терапії

Інтерв'ю має включати обговорення того, як і коли виникла проблема. Наприклад, чи був перфекціонізм проблемою все життя? У якому віці клієнт почав помічати, що перфекціонізм став проблемою? Чи знає клієнт про будь-які ранні переживання, які могли призвести до проблеми, як-от зовнішній тиск, щоб бути досконалим, моделювання перфекціоністської поведінки значущими іншими, критика іншими або посилення перфекціоністської поведінки?

Мотивація до змін

Клієнти часто неоднозначно ставляться до зміни свого перфекціонізму через відчутні переваги перфекціонізму. Може бути корисно виявити амбівалентність на ранніх етапах процесу, ставлячи запитання про прихильність клієнта до терапії та передбачувані витрати і переваги зміни.

Поведінкові стратегії оцінювання

- Щоденники самоконтролю можуть використовуватися для оцінювання особливостей перфекціонізму (наприклад, пізнання, поведінки, тригери, наслідки) між сеансами терапії.

Поведінкові стратегії можуть дати більш об'єктивні відомості про те, як перфекціонізм людини впливає на його або її поведінку. Наприклад, заповнення щоденників самоконтролю протягом усього курсу лікування може надати дані про відповідну поведінку в міру її виникнення. Приклади змінних,

які можуть бути записані в щоденниках, включають тригери перфекціонізму, перфекціоністські думки, перфекціоністську поведінку і її наслідки. Треба пам'ятати про випадки, коли дані, записані клієнтами, є надто докладними і ретельними. Те, як клієнти заповнюють свої щоденники, іноді може дати важливі підказки про характер перфекціонізму клієнта, а також про можливі цілі лікування. можливі цілі лікування.

Хоча в багатьох дослідженнях перфекціонізму та розладів харчової поведінки використовували загальні показники перфекціонізму, існує також кілька шкал перфекціонізму, розроблених спеціально для його вимірювання в контексті розладів харчової поведінки та поганого образу тіла. Найкращі з вивчених:

- Опитувальник розладів харчової поведінки - підшкала перфекціонізму (EDI-P; Garner, 1991). Це шкала з шести пунктів, призначена для вимірювання перфекціонізму в контексті розладів харчової поведінки.
- Шкала перфекціонізму щодо зовнішнього вигляду (PAPS; Yang, Stoeber, 2012) - це опитувальник із 12 пунктів із двома підшкалами: занепокоєння про недосконалість

Основні задачі етапу оцінки перфекціонізму:

- Оцінити вплив перфекціонізму на функціонування та якість життя на роботі або в школі, у стосунках та в інших сферах життя.
- Полегшити вибір симптомів або поведінки, на яку потрібно орієнтуватися в терапії.
- Сприяти розробці плану терапії.
- Оцінити ефект втручання як під час терапії, так і після її закінчення.

Якщо перфекціонізм заважає лікуванню розладу харчової поведінки, протокол, що належить до розладу, можна відкласти і використовувати техніки для роботи з перфекціонізмом доти, доки його не буде знижено до рівня, за якого клієнт може повернутися до роботи над самим розладом. Якщо

виявляється, що клієнт описує перфекціонізм як найпомітнішу проблему, що найбільш погіршує якість життя, і він є підтримувальним фактором для психологічного розладу, то буде корисно використовувати терапію перфекціонізму.

Якщо виявляється, що перфекціонізм і розлад харчової поведінки рівною мірою впливають один на одного, краще спочатку лікувати психологічний розлад, а потім переходити до перфекціонізму. Винятком можуть бути люди з розладами харчової поведінки, у яких клінічний перфекціонізм вважається основним підтримувальним фактором. У цих випадках можна використовувати розширену КПТ розладів харчової поведінки

Домашні завдання

Домашні завдання між сесіями є важливим компонентом терапії і одним із найважливіших чинників змін. Деякі принципи формування домашніх завдань включають в себе забезпечення того, що:

- Кількість призначених домашніх завдань не є безумовною.
- Інструкції до завдань однозначні.
- Ідея домашнього завдання зрозуміла клієнту.
- Терапевт і клієнт упевнені, що домашнє завдання можна виконати.
- Терапевт і клієнт узгоджують домашні завдання спільно і відповідно до рекомендацій протоколу терапії.

Обов'язково виділіть достатньо часу (наприклад, десять хвилин) для цього спільного обговорення ближче до кінця кожної сесії.

- Існує чітке очікування того, що узгоджене домашнє завдання буде виконано.
- Наступна сесія розпочнеться з огляду домашньої роботи за попередній тиждень.
- Якщо домашнє завдання не було виконано, пояснення буде активно запитуватиметься без осуду.

- Більша частина домашніх завдань є такими, що впливають одне з одного; іншими словами, завдання, представлені раніше, можуть бути продовжені в якості теми для домашньої роботи протягом усієї терапії

Клієнт, у якого виявлено перфекціонізм, може, найімовірніше, або уникати робити домашні завдання (бо не може виконати їх досить добре), або намагатися робити це ідеально, наприклад, надто детальні сторінки щоденників, читання як домашньої роботи, більше, ніж обумовлено під час сесії. Щодо цієї проблеми можуть бути корисними кілька підходів:

- З гумором подумайте про те, як проявляється перфекціонізм навіть у домашніх завданнях або в мозковому штурмі, як виконувати домашнє завдання менш ідеально, встановлюючи це як поведінковий експеримент. (наприклад, пишіть якомога більш сумбурно, зберігаючи розбірливість, використовуйте олівець для заповнення щоденників, пролийте їжу або сік на одну зі сторінок, робіть хоча б одну помилку в правописі в кожному записі)

- Встановіть чіткі рекомендації щодо виконання домашньої роботи, вкажіть максимальну кількість часу, який можна витратити на це, і рівень необхідної деталізації, і нагадайте клієнту, що обґрунтування домашньої роботи полягає в тому, щоб допомогти йому або їй перевірити переконання про перфекціонізм, а не справити враження на терапевта.

Перфекціонізм є суттєвим чинником у розвитку розладів харчової поведінки і, отже, його необхідно враховувати, проте досі немає чіткої моделі чинників, що підтримують перфекціонізм. Клінічний перфекціонізм передбачає постійне прагнення до досягнення стандартів, що нав'язуються самим собою, незважаючи на негативні наслідки, і ґрунтування самооцінки на тому, наскільки добре люди відчують, що досягають своїх стандартів.

Основоположним для визначення клінічного перфекціонізму є те, що самооцінка заснована на тому, наскільки добре людина думає, що вона справляється з відповідністю важливим стандартам. Проблема полягає не в цілях і стандартах, а у самооцінці на основі відповідності стандартам. Наприклад, якщо хтось думає, що він є невдахою через невідповідність

стандарту (наприклад, отримання меншої оцінки на іспиті), а також вважає, що загалом він невдаха як особистість після отримання цієї оцінки, це вказує на клінічний перфекціонізм. Визначення клінічного перфекціонізму має на увазі людину, яка прагне відповідати суворим стандартам, незважаючи на те, що це має негативні наслідки, і навіть при дотриманні цих стандартів знецінення їх як недостатньо складних. Модель включила в себе низку основних підтримувальних чинників, зокрема жорстку установку стандартів, дихотомічну оцінку стандартів, когнітивні викривлення, самокритику, уникнення та скидання стандартів на вищий рівень, коли людина вважає, що стандарт не було дотримано. По суті, перфекціоністи бачать себе гідними, тільки якщо відчують, що досягають своїх особистих стандартів. Самооцінка, яка залежить від досягнень, змушує людину встановлювати жорсткі стандарти ефективності. Високі, негнучкі стандарти, встановлені людьми з клінічним перфекціонізмом, функціонують як жорсткі правила, які вони встановлюють для себе щодо того, як вони мають діяти.

Люди з клінічним перфекціонізмом постійно оцінюють, наскільки добре вони відповідають своїм правилам дихотомічним чином, наприклад, вважаючи, що людина не відповідає стандартам, якщо вона отримала не саму вищу оцінку на іспиті. Це призводить до інтенсивної самокритики та надмірної генералізації, що ще більше посилює самооцінку, яка залежить від прагнення (наприклад, «я невдаха як людина»). Це призводить до того, що людина закидає свої стандарти ще вище (наприклад, «я повинен наступного разу краще скласти іспит»), що поновлює цикл. Отже, клінічний перфекціонізм підтримується в замкнутому колі «Треба» і «Повинен». Самооцінки, що включають «треба» і «повинен», сприяють підтримці клінічного перфекціонізму. Ці заяви часто є введенням у дію правил і можуть використовуватися для того, щоб підштовхнути людей до дотримання своїх стандартів або критикувати себе, якщо вони відчують, що вони не відповідають стандарту.

Терапевтичний альянс і залученість дуже важливі у випадку розладів, де існує двоїсте ставлення до терапії. Клієнту страшно відмовитися від

сформованої поведінки та стратегій, які, як йому вважається, мають важливі переваги, незважаючи на проблеми, що виникають, щоб експериментувати з новими стратегіями, які мають невідому вигоду і деякі можливі витрати. Терапія перфекціонізму пов'язана з великим ступенем амбівалентності з боку клієнта. Важливо, щоб терапевт не тільки розумів це, але був готовий до цього і діяв на випередження. Є мудрість у тому, щоб відкрито вітати амбівалентність у клієнті, створюючи для нього можливість розглянути можливі витрати, а також переваги терапії і бути в курсі від самого початку важкої роботи, пов'язаної зі змінами. При лікуванні перфекціонізму амбівалентність щодо змін часто є нормою. Якісне дослідження показало, що в клінічній групі з підвищеним перфекціонізмом багато учасників повідомили, що відчують двояке ставлення до змін, і що, з огляду на вибір між зміною або збереженням перфекціонізму, вони вирішили залишитися перфекціоністами (Egan et al., 2013). Причини такої амбівалентності можуть бути різними, і важливо вивчити їх із клієнтом. Деякі побоювання стати менш перфекціоністами, включають: «страх бути посереднім», «страх бути недостатньо хорошим».

Узагальнюючи сказане пропонуємо розглядати перфекціонізм як аспект когнітивних уявлень чи поведінки, який може бути додатковим фактором виникнення розладу харчової поведінки.

Це означає, по-перше, що перфекціонізм проявляється при розладах харчової поведінки, по-друге, є фактором ризику або підтримуючим механізмом цього розладу. Крім того, перфекціонізм як утворюючий фактор пояснює коморбідність РХП з іншими розладами. Таким чином, потрібно лікувати перфекціонізм, що позитивно вплине на лікування РХП. Ця модель описує механізм підтримки негативних аспектів перфекціонізму, але не включає в себе позитивні або нейтральні його форми.

Висновки до розділу III

Підсумовуючи результати емпіричної частини дослідження, в якому брали участь 111 жінок можна зробити наступні висновки:

Факторний аналіз, який використовувався для перевірки достовірності отриманих результатів (коефіцієнт Альфа Кронбаха), показав високу оцінку надійності опитування.

Статистичний аналіз отриманих даних вказує на високі, в цілому, показники розладу харчової поведінки серед досліджуваних. Можна спостерігати різницю між результатами жінок з діагнозом РХП, таких, що його допускають та контрольної групи.

Кореляційний аналіз надав можливість зафіксувати ряд різних взаємозв'язків між змінними, в тому числі між проявами РХП, перфекціонізмом, та шкалою інтернальності: між розладами харчової поведінки високим рівнем перфекціонізму та екстернальним локусом контролю були виявлені значимі показники взаємозв'язку. За допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона та Спірмана визначили силу лінійної залежності між змінними.

Таким чином, можна стверджувати, що однією з важливих характеристик харчової поведінки є тілесний локус контролю, так як у людей з екстернальним локусом контролю спостерігатиметься більша схильність до деструктивних форм харчової поведінки, ніж у людей з інтернальним локусом. Значущий спосіб регуляції харчової поведінки - керуваність емоціями або зовнішніми ситуаціями за участю різноманітних стимулів. Важливо враховувати, що розвиток навичок саморегуляції у харчовій поведінці жінок є важливим фактором змін харчових звичок, так як вищий рівень саморегуляції та самоорганізації корелює з більш гармонійною харчовою поведінкою жінок та меншою схильністю до харчової залежності, і може бути досягнутий за допомогою психокорекційної роботи.

У результаті підрахунку коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена було виявлено статистично достовірні взаємозв'язки між показниками ставлення до прийому їжі та вираженістю перфекціонізму ті його складових. Дані, отримані під час дослідження, дають змогу стверджувати, що існують статистично достовірні взаємозв'язки між ставленням до приймання їжі та складовими перфекціонізму. Так, виявлено статистично достовірний взаємозв'язок між вираженістю перфекціонізму, орієнтованого на себе, і ставленням до вживання їжі. Це означає, що чим вищі вимоги людина висуває по відношенню до себе, тим більша ймовірність розвитку розладу харчової поведінки. Також виявлено статистично достовірний взаємозв'язок між вираженістю соціально-приписаного перфекціонізму, і ставленням до вживання їжі. Це означає, що чим вищі вимоги висуває людина по відношенню до інших, тим імовірнішим є розвиток розладу харчової поведінки. Виявлено статистично достовірний взаємозв'язок між показниками інтегральною шкалою і ставленням до прийому їжі. Це означає, що чим вищим є загальний рівень перфекціонізму, тим вища ймовірність розвитку розладу харчової поведінки.

Крім того, було здійснено кореляційний аналіз між особливостями харчової поведінки та вираженістю складових перфекціонізму, а саме: «Проблеми з самооцінкою», «Стурбованість помилками», «Сумніви у власних діях», «Самокритика».

Результати, отримані в ході емпіричного дослідження, можуть бути пояснені тим, що люди, які прагнуть відповідати своїм уявленням про досконале тіло, можуть накладати певні обмеження на вживану їжу і в результаті не помічають розвитку розладу харчової поведінки. Крім того, у ситуаціях, коли людина висуває високі вимоги стосовно інших, вона може прагнути сама відповідати висунутим вимогам. У результаті прагнення стати еталоном фізичної краси тіла людина не помічає розвитку розладу харчової поведінки. Причому, ці прагнення реалізуються за допомогою внесення обмежень у прийоми їжі. Також отримані результати можуть бути пояснені тим, що людина, якій вимоги оточуючих видаються завищеними, нездатна використовувати оптимальні

засоби для досягнення цих вимог. У результаті людина вносить обмеження в прийоми їжі. Результати, які свідчать про те, що чим вищі вимоги людина пред'являє стосовно себе, тим більше вона схильна до використання продуктів харчування як заспокоєння, можуть бути пояснені тим, що людина з високими вимогами щодо себе може прагнути зовні не проявляти переживання. У зв'язку з цим прийом їжі стає способом переживання важкої ситуації, який залишається непомітним для оточуючих.

Дані, згідно з якими чим вищими людина вважає вимоги, які стосовно неї висувають оточуючі, тим більш вона чутлива до зовнішніх стимулів споживання їжі, можуть бути пояснені тим, що людина має деякі уявлення про правила прийому їжі та про те, як слід проявляти себе під час спільних прийомів їжі. У результаті виявляється, що людина схильна реагувати на зовнішні стимули, які так чи інакше пов'язані з прийомом їжі.

Завданням даного етапу роботи було визначення взаємозв'язку між розладами харчової поведінки та індивідуальними психологічними особливостями, а саме: перфекціонізмом, здатністю харчуватись інтуїтивно та тілесним локусом контролю

Отже головна мета нашого дослідження – підтвердження гіпотези про те, що особи, в нашому дослідженні жінки з високим рівнем перфекціонізму та екстернальним локусом контролю більш схильні до порушень харчової поведінки досягнута. У розділі також представлені редокомедації що до роботи с жінками з розладами харчової поведінки, основним чинником яких є перфекціонізм.

ВИСНОВКИ

Отже, розглянувши теоретичні підходи до вивчення соціокультурних джерел порушень харчової поведінки та впливу індивідуально-психологічних характеристик на особливості харчової поведінки, а також на основі проведеного дослідження розладів харчової поведінки у жінок можна зробити наступні висновки.

Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, які впливають також на розвиток порушень харчової поведінки. Харчова поведінка визначається культурною, етнічною та релігійною приналежністю. Вагома роль у формуванні розладів харчової поведінки відводиться соціуму: виховання, сімейна обстановка, соціальний вплив та оточення. Варто окремо зазначити, що соціальні мережі, інтернет видання та ЗМІ, які акцентують увагу на ідеальному тілі є важливим фактором впливу на самооцінку і далі на харчову поведінку жінок. Серед найбільш впливових психологічних чинників розладу харчової поведінки виділяють перфекціонізм, негативне самоствалення, залежність від схвалення оточуючих, соціальна тривога, тощо. Тілесний локус-контроль також впливає на вибір харчової поведінки. Екстернальний локус контролю характеризується підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів, пов'язаних із споживанням їжі. Аналіз наукових положень дозволив визначити різні види розладів харчової поведінки, які відрізняються своїми проявами та характеристиками.

Організоване та проведене емпіричне дослідження підтвердило зв'язок між розладами харчової поведінки і психологічними чинниками. Зокрема, виявлено, що перфекціонізм, тілесний локус контролю, незадоволеність власним тілом, здатність до інтуїтивного харчування мають значний вплив на розвиток розладу харчової поведінки у жінок.

Проведене дослідження показало: чим вищі вимоги людина висуває стосовно себе, тим більша ймовірність розвитку розладу харчової поведінки і тим більше вона схильна до використання продуктів харчування як

заспокоєння. Чим вищими людині здаються вимоги, що пред'являються стосовно неї оточуючими, тим більше вона схильна обмежувати прийом їжі і тим більше вона чутлива до зовнішніх стимулів споживання їжі. Чим більш високим є загальний рівень перфекціонізму, тим вища ймовірність розвитку розладу харчової поведінки. При цьому вимоги, які висуває людина щодо інших, меншим чином впливають на формування розладу. Особи екстернальним типом тілесного локусу виявляють низький рівень самоконтролю у своїй харчовій поведінці, що виражається в слабкій здатності до саморегулювання та обмеження в споживанні. Вони також виявляють поганий контроль над своїми бажаннями та демонструють високий рівень імпульсивності у відношенні до харчування.

Узагальнюючи сказане пропонуємо розглядати перфекціонізм як аспект когнітивних уявлень чи поведінки, який може бути додатковим фактором виникнення розладу харчової поведінки. Це означає, по-перше, що перфекціонізм проявляється при розладах харчової поведінки, по-друге, є фактором ризику або підтримуючим механізмом цього розладу (ця модель не включає в себе позитивні або нейтральні форми перфекціонізму). Крім того, перфекціонізм як утворюючий фактор пояснює коморбідність РХП з іншими розладами. Клінічний перфекціонізм є одним із основних механізмів, що можуть підтримувати патологію розладу харчової поведінки, і якби його вдалося знизити, то була б видалена потужна додаткова система підтримуючих механізмів, що сприяло б позитивним змінам. Таким чином, через психотерапію перфекціонізму можна впливати на лікування РХП, рекомендації, щодо проведення психотерапії перфекціонізму представлені у третьому розділі роботи.

Клінічний підхід у розумінні перфекціонізму цінний практичною значимістю у сфері психотерапевтичного використання при лікуванні розладу харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічна структура і зміст «Я - тілесного». Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України: Т. VII, вип. 38. Київ, 2015. С. 24–39.
2. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського держ університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2016. Вип. 5. Т. 1. С. 7–12.
3. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості: Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди; Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12
4. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181с.
5. Беляєва, О. Е. (2013). Особливості харчової поведінки та якість життя підлітків із різною масою тіла. Медична психологія, 8-4, 36-38
6. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. Праць Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. Луганськ, 2015. № 3 (38). С. 454–461. 80
7. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.01. КНУ ім. Тараса Шевченка: Київ, 2013. 39 с
8. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб.наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. .№1 С. 53–66.

9. Ваколюк, Л. М., Сокур, С. О., & Секрет, Т. В. (2015). Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету, 19, 1, 197-201
10. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг, 2012. Вип. 1 С. 319–325.
11. Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. Вісник Запорізького національного університету. 2010. №1 С. 65–68.
12. Гряділь, Т. І., Чубірко, К. І., Чопей, І. В., Гечко, М. М., Михалко, Я. О., & Пулик, О. Р. (2015). Діагностика, лікування та профілактика ожиріння. Здоров'я нації, 21, 96-100
13. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія, 2013. № 4 С.31–34.
14. Еколого-психологічне забезпечення якості життя: науково- методичні рекомендації.; за заг. ред. Ю. М. Швалба. Кіровоград : «Імекс- ЛТД», 2013. 98 с.
15. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр Учбової літератури, 2010. 336 с.
16. Зінченко, С. М. (2009). Медична психологія: навчальний посібник. Київ: КІСКЗ, 341.
17. Їжа і філософія: [пер. с англ.]. (2011). / упор. Ф. Олгоф. Київ: Темпора, 346
18. Кузьмінська, О. В., Червона, М. С. (2005). Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 4, 13-22.
19. Лозова, О. М., Фатеева, М. С., & Дробот, О. В. (2017). Парадокси потребоно-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. Лікарська справа. 7, 104-110

20. Мілютіна К. Л. Психологія зміни життєвої стратегії особистості: автореф. дис. д-ра психол. наук: 19.00.01; КНУ ім. Т. Шевченка. Київ, 2013. 36 с.
21. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка. К.-Подільський, 2009. Випуск 6.Ч.2.
22. Міткжов В. О., Князева Н. В., Гребельна Н. В., Закревський О. П., Томашевський М. І., Писаренко П. М., Норейко С. Б., Чернов І. В. Нервова анорексія та булімія у дівчат підлітків: проблеми, комплексне лікування з 83 втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації. Медикосоціальні проблеми сім'ї. 2011. Т. 16. № 2. С. 96–100
23. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136–140
24. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23. С. 113–121.
25. Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: 2014. 42 с.
26. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44. С. 184–191.
27. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 С. 32
28. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. № 3-4 2010. С. 16–25.
29. Смоляр В. І., Петрашенко Г. І., Голохова О. В. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення. Пробл. харчування. 2015. №1. С. 18–22
30. Фатєєва, М. С. (2019) Дослідження порушень харчової поведінки (орторексія) у форматі вивчення сучасних субкультур. Педагогіка і психологія:

актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі: тези Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5-6 квітня 2019 р.), 131-133.

31. Фатєєва, М. С. (2019). Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних і зарубіжних розшукувань. Теорія і практика сучасної психології, 3, 153-157.192

32. Фатєєва, М. С. (2020). Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки. Габітус, 16, 243–250.

33. Фатєєва, М. С. (2015). Проблеми висвітлення явища орторексії у працях сучасних зарубіжних психологів. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка, 9 (7), 336-341.

34. Фатєєва, М. С. (2019). Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією. Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: тези III міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Талком, 198-202.

35. Фатєєва, М. С. (2019). Асоціативне сприйняття поняття «їжа» особами з наявною та відсутньою орторексією. Раціогуманістичні студії: збірник наукових статей, Київ, 233.

36. Фатеева, М.С.(2021). Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. V IX (96) 245, p. 64-7

37. Чепурна, Г. Л. Соціально-психологічні особливості перфекціонізму молоді: дис... на здобуття наук. ступеня канд. психолог. наук : спец. 19.00.05 – «Соціальна психологія, психологія соціальної роботи» психологія» / Чепурна Ганна Леонідівна. – Київ 2012. – 213 с. – С.185.

38. Шибанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе, нав'язливе прагнення зниження ваги. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, за наук. ред. С.Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 25. Кам'янець Подільський : Аксіома, 2014. С. 638–651.

39. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. Дис. доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с
40. Шебанова, В. І. (2014). Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 1). Проблеми сучасної психології : зб. наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 23, 720-731.
41. Шебанова, В., & Онуфрієва, Л. (2019). Самоставлення та самоприйняття у жінок із зайвою вагою. Проблеми сучасної психології 420-440.
42. Шебанова, В. І. (2015). Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки. Проблеми сучасної психології, 27, 655.
43. Шебанова, В. І. (2016). Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма-патологія»: монографія. Херсон: ПП Вишемирський ВС
44. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
45. Arnow, B., Kenardy, J., and Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int. J. Eat. Disord*. 18, 79–90.
46. Berandis D. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. / D. Berandis, A. Carano. // *Eating behaviors*. - 2007. – P. 304.
47. Brown A. Disordered eating, perfectionism, and food rules / A. Brown, K. Parman, D. Rudat, L. Craighead // *Eating Behaviors*. - 2012. - №13.-P. 347-353.
48. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):305–12.
49. Dakanalis, A., Clerici, M., Di Mattei, V. E., Caslini, M. L. F., Bagliacca, E. P., Prunas, A., et al. (2014). Internalization of sociocultural standards of beauty

and eating disordered behaviours: the role of body surveillance, shame and social anxiety. *J. Psychopathology* 20, 33–37

50. Cooper Z, Fairburn C.G. (2011). The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract.* 18(3):394–402.

51. .Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., and Torres, S. (2017). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes. Rev.* 19, 111–120.

52. Fredrickson, B. L., and Roberts Fredrickson, B. L., and Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol. Women Q.* 21, 173–206

53. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878

54. Gianini, L. M., White, M. A., and Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat. Behav.* 14, 309–313.

55. Guardia D, Conversy L, Jardri R, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, Cottencin O, Luyat M. Imagining one's own and someone else's body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PLoS One.* 2012;7(8):e43241.

56. Haase A.M., Prapavessis H. Assessing the factor structure and composition of the positive and negative perfectionism scale in sport. *Personality and Individual Differences.* 2004, 36(7), 1725–1740.

57. Hill R.W., Huelsman T.J., Furr R.M., Kibler J., Vicente B.B., Kennedy C. A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 2004, 82(1), 80–91..

58. Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: A neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384.

59. Laessle RG, Platt P, Schweiger U, Pirke KM. Biological and psychological correlates of intermittent dieting behavior in young women. A model for bulimia nervosa. *Physiol Behav.* 1996;60(1):1–5.
60. Lee Y, Lin PY. (2010). Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: a meta-analytic study. *Int J Eat Disord*, 43:498–504
61. Leon G. R, Fulkerson JA, Perry CL et al. Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology.* 1995;104:140–149
62. Levitan, R. D., and Davis, C. (2010). Emotions and eating behaviour: implications for the current obesity epidemic. *Univ. Toronto Q.* 79, 783–799
63. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080–1094
64. Littleton H. Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented? // H. Littleton, Th. Ollendick // *Clinical Child and Family Psychology Review.* - 2003. - №1. – P. 51 – 56.
65. Moore J, Ashimi SS, Mason BL, Drawbridge JN, Han S, et al. *J Clin Invest.*, 123:4706–13
66. Murray, S. B., Treanor, M., Liao, B., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2016). Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 1–10.
67. Peterson K. Relations of Eating Disorder Symptomology with Perceptions of Pressures from Mothers, Peers, and Media in Adolescent Girls and Boys [Text] / K. Peterson, Sh. Paulson, K. Williams // *Sex roles.* - 2007. - №57. - P. 629-639
68. Polivy J, Zeitlin SB, Herman CP, Beal AL. Food restriction and binge eating: a study of former prisoners of war. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(2):409–11.

69. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russell GF. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry*. 1991;158:495–502.
70. Riley, C., & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 33(3), 369-374
71. Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2014). Epidemiology of Eating Disorders Part II: An Update with a Special Reference to the Dsm-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*(ahead-of-print), 1-23
72. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406–14.
73. Smith, M.M., Saklofske, D.H., Stoeber, J., & Sherry, S.B.(2016). The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 34, 67-687
74. Stein KF, Corte C. The identity impairment model: a longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. *Nurs Res*. 2008;57(3):182–90.
75. Treasure, J., and Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of Anorexia Nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Int. J. Eat. Disord*. 1, 1–13
76. Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 128:825–48
77. Vögele, C., and Gibson, L. «Mood, emotions and eating disorders,» in *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Series: Oxford Library of Psychology, ed. W. S. Agras (New York: Oxford University Press), 2010. 180–205.
78. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry*. 2009;194(2):168–74.
79. Willi J, Giacometti G, Limacher B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry*. 1990;147(11):1514–7.