

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

На правах рукопису

СТОЛЯР ВЛАДИСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ

**РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДОРΟΣЛИХ
ТА ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЇХ ВИНИКНЕННЮ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри
практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол № 4
засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики
від 23 жовтня 2024 р.
Завідувач кафедри
_____ Людмила Магдисюк

ЛУЦЬК – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Освітній ступінь «Магістр»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____» _____ 2023 року

ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЕКТ)
СТУДЕНТУ

Столяр Владислав Васильович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи (проекту): **Розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню.**

Керівник роботи (проекту): Грицюк Ірина Михайлівна, кандидат психологічних наук, доцент.

Строк подання студентом роботи (проекту): 10.11.2024.

Мета та завдання випускної кваліфікаційної роботи (проекту) полягає у дослідженні факторів, що спричиняють розлади харчової поведінки у дорослих та розробку ефективних стратегій корекції цих розладів.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття харчової поведінки, чинників, що спричиняють її порушення; проаналізувати розлади харчової поведінки; обґрунтувати роль перфекціонізму, як фактору виникнення розладів харчової поведінки.

2. Підібрати методологічний матеріал для дослідження розладів харчової поведінки у дорослих.
3. Провести емпіричне дослідження та здійснити аналіз отриманих результатів.
4. Здійснити кореляційний аналіз для виявлення зв'язку порушень харчової поведінки та параметрів перфекціонізму.
5. Розробити корекційну програму формування конструктивного перфекціонізму у дорослих.

Дата видачі завдання: 01.12.2023

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи (проекту)	Примітка
1.	На <i>першому етапі</i> дослідження на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації	18.12-30.12.2023	
2.	<i>Другий етап</i> дослідження був присвячений вивченню наукових підходів до вивчення розладів харчової поведінки та факторів, що спричинюють її виникнення у дорослих	01.02-20.02.2024	
3.	Протягом <i>третього етапу</i> дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. На основі розробленої процедури та методики дослідження вивчити розлади харчової поведінки у дорослих, виявити зв'язку її порушення з параметрами перфекціонізму. Отримані при цьому результати стали підставою провести відповідні організаційні заходи щодо подальшого планування магістерської роботи (визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів та завдань дослідження,	21.02-01.05.2024	

	кількісного та якісного аналізу отриманих даних тощо)		
4.	<i>На четвертому етапі</i> здійснювався емпіричний аналіз розладів харчової поведінки у дорослих та факторів, що її спричиняють.	01.05-01.06.2024	
5.	<i>П'ятий етап</i> дослідження передбачав розробку корекційної програми формування конструктивного перфекціонізму, як одного з важливих факторів виникнення харчових розладів у дорослих.	01.06-30.09.2024	
6.	На основі теоретичного опрацювання наукових джерел, проведеного емпіричного дослідження та аналізу результатів окреслення висновків та узагальнення	01.10-25.10.2024	
7.	Остаточне оформлення роботи	25.10-15.11.2024	

Студент

(підпис)

**Керівник роботи
(проекту)**

(підпис)

Столяр В.В.
(прізвище та ініціали)

Грицюк І.М.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Столяр Владислав Васильович. Розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел та додатків. У роботі було досліджено порушення харчової поведінки, фактори, що сприяють її розвитку та здійснено емпіричне дослідження на проаналізовано перфекціонізм, як фактор ризику розвитку порушення харчової поведінки.

Об'єктом дослідження виступає харчова поведінка особистості. Предмет дослідження є розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню. Метою дослідження є дослідження факторів, що спричиняють розлади харчової поведінки у дорослих та розробка ефективних стратегій корекції цих розладів.

Здійснено теоретичний аналіз поняття харчової поведінки, чинників, що спричиняють її порушенню; проаналізовано характеристики розладів харчової поведінки та їх проявів; досліджено роль перфекціонізму, як фактору виникнення розладів харчової поведінки.

Проведено емпіричне дослідження на визначення рівню прояву перфекціонізму, перфекціоністської самопрезентації та визначення ставлення до їжі, проявів порушень харчової поведінки. Аналіз отриманих даних підтвердив наявність кореляції між показниками перфекціонізму та порушеннями харчової поведінки.

Згідно до проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, розроблено корекційний тренінг на 16 годин. Метою тренінгу є формування здорового і конструктивного підходу до перфекціонізму, запобігання розвитку харчових розладів через зміну негативних мисленневих патернів та стереотипів; підвищення рівня самоповаги і зниження рівня стресу, пов'язаного з тілесним образом.

Результати дослідження можуть бути використані при складанні профілактичних програм, спрямованих на підвищення психологічної стійкості та формування здорової харчової поведінки, а також для розробки індивідуальних підходів до роботи з дорослими, які мають схильність до перфекціоністичних установок.

Ключові слова: *харчова поведінка дорослих, порушення харчової поведінки, перфекціонізм, корекційний тренінг, перфекціонізм у харчовій поведінці, нервова булемія, компульсивне переїдання, нервова анорексія.*

SUMMARY

Stoliar Vladyslav Vasylyovych. Eating disorders in adults and factors contributing to their occurrence - Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Final qualification work for the Master's Degree in Psychology, speciality 053 'Psychology' - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The master's thesis consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a list of references and appendices. The work investigates eating disorders, factors contributing to their development and conducts an empirical study to analyse perfectionism as a risk factor for the development of eating disorders.

The object of the study is the eating behaviour of an individual. The subject of the study is eating disorders in adults and factors contributing to their occurrence. The purpose of the study is to investigate the factors that cause eating disorders in adults and to develop effective strategies for the correction of these disorders.

A theoretical analysis of the concept of eating behaviour and the factors that cause its violation is carried out; the characteristics of eating disorders and their manifestations are analysed; the role of perfectionism as a factor in the emergence of eating disorders is investigated.

An empirical study was carried out to determine the level of perfectionism, perfectionist self-presentation and determination of attitudes towards food, manifestations of eating disorders. The analysis of the data obtained confirmed the existence of a correlation between the indicators of perfectionism and eating disorders.

Based on the theoretical analysis and empirical research, a 16-hour correctional training was developed. The purpose of the training is to develop a healthy and constructive approach to perfectionism, prevent the development of eating disorders by changing negative thought patterns and stereotypes; increase self-esteem and reduce stress related to body image.

The results of the study can be used to develop prevention programmes aimed at increasing psychological resilience and forming healthy eating behaviour, as well as to develop individual approaches to work with adults who are prone to perfectionist attitudes.

Keywords: *adult eating behaviour, eating disorders, perfectionism, correctional training, perfectionism in eating behaviour, bulimia nervosa, compulsive overeating, anorexia nervosa.*

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛИХ	15
1.1. Поняття харчової поведінки та чинників, що сприяють її розладам.....	15
1.2. Характеристика розладів харчової поведінки.....	20
1.3. Перфекціонізм як фактор виникнення харчових розладів особистості	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛИХ ТА ФАКТОРІВ, ЩО ЇХ СПРИЧИНЮЮТЬ	29
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	29
2.1. Аналіз результатів дослідження.	32
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ДОРΟΣЛИХ	43
3.1. Пояснювальна записка до програми формування конструктивного перфекціонізму у дорослих з порушеннями харчової поведінки	43
3.2. Структура та зміст програми програми формування конструктивного перфекціонізму у дорослих з порушеннями харчової поведінки	45
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади харчової поведінки стали серйозною проблемою сучасного суспільства, яка охоплює все більше людей незалежно від віку, статі або соціального статусу. Рівень захворюваності на такі розлади, як нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання та інші форми розладів харчової поведінки, неухильно зростає, що викликає занепокоєння серед медичних фахівців, психологів і дослідників. Особливо небезпечними факторами розвитку розладів харчової поведінки є соціокультурні чинники, такі як поширення нереалістичних ідеалів тіла через засоби масової інформації та соціальні мережі, що суттєво впливає на молодь і сприяє формуванню негативних уявлень про власне тіло та спотвореної харчової поведінки.

Важливість дослідження розладів харчової поведінки та факторів, що сприяють їй розладам у дорослих, полягає в тому, що харчова поведінка є однією з основних компонент життя людини, тісно пов'язана не лише з фізичним здоров'ям, але й із психологічним благополуччям. На сьогодні дослідження показують, що крім фізіологічних факторів (наприклад, генетики або метаболізму), на формування харчової поведінки суттєво впливають соціальні, культурні та психологічні чинники. Саме психологічні аспекти відіграють ключову роль у розвитку харчових розладів, оскільки вони часто є результатом глибоких внутрішніх конфліктів, незадоволеності собою, почуття неповноцінності або надмірного прагнення до самоконтролю.

Розлади харчової поведінки характеризуються не тільки фізичними симптомами, такими як значне зниження або збільшення ваги, але й психічними порушеннями, що включають негативне сприйняття свого тіла, страх перед набором ваги, нав'язливе бажання контролювати своє харчування та інші симптоми. Це робить розлади харчової поведінки мультифакторними захворюваннями, що потребують комплексного підходу в їхньому розумінні та лікуванні, включаючи психотерапевтичну роботу з особистісними чинниками.

Одним з таких особистісних чинників є перфекціонізм – психологічна особливість, що характеризується прагненням до досягнення високих стандартів

у всіх сферах життя. Однак у контексті харчової поведінки перфекціонізм має деструктивний характер. Патологічний перфекціонізм, коли людина постійно ставить перед собою надмірно високі вимоги, може провокувати виникнення розладів харчової поведінки. Люди, які схильні до перфекціонізму, часто прагнуть до ідеального тіла, яке, як правило, є недосяжним через соціокультурні стандарти. Вони схильні до жорстких дієт, постійних обмежень і суворого контролю над власною вагою та раціоном. У випадку, коли їхні очікування не досягаються, це призводить до почуття провини, самокритики, депресії, що посилює симптоми розладів харчової поведінки.

Крім того, перфекціонізм сприяє формуванню негативних когнітивних схем, які зосереджуються на зовнішності та тілі як головних показниках цінності людини. Такі когнітивні викривлення можуть призводити до розвитку низької самооцінки, тривожності та депресії, що, у свою чергу, сприяє посиленню патологічної харчової поведінки. У такому контексті перфекціонізм стає ключовим фактором ризику для розвитку розладів харчової поведінки, що робить його вивчення важливим для розробки ефективних профілактичних і лікувальних стратегій.

Отже, актуальність даного дослідження полягає у необхідності глибшого розуміння того, як перфекціонізм як особистісний чинник сприяє розвитку харчових розладів, а також у розробці науково обґрунтованих програм, спрямованих на корекцію цих патологічних процесів та профілактику розладів харчової поведінки.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка особистості.

Предмет дослідження: розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню.

Метою дослідження є дослідження факторів, що спричинюють розлади харчової поведінки у дорослих та розробка ефективних стратегій корекції цих розладів.

Виходячи з поставленої мети, можна виділити наступні **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття харчової поведінки, чинників, що спричиняють її порушення; проаналізувати розлади харчової поведінки; обґрунтувати роль перфекціонізму, як фактору виникнення розладів харчової поведінки.
2. Підібрати методологічний матеріал для дослідження розладів харчової поведінки у дорослих.
3. Провести емпіричне дослідження та здійснити аналіз отриманих результатів.
4. Здійснити кореляційний аналіз для виявлення зв'язку порушень харчової поведінки та параметрів перфекціонізму.
5. Розробити корекційну програму формування конструктивного перфекціонізму у дорослих.

Теоретико-методологічною базою дослідження стали дослідження. L. Gibson і С. Vögele, С.М. Bulik, В. Devlin, S. Bacanu, F. Connan, I.C. Campbell, M. Katzman, С. Exner, J. Hebebrand, Н. Remschmidt, які вказували на роль поведінкових факторів в розвитку харчових розладів, технічного прогресу (М. Selassie та А. С. Sinha), безпосередніх та опосередкованих фактори (Р. Winkielman та група дослідників), біологічних (або генетичних), психологічних та соціокультурних фактори (Culbert, Racine, Klump), фактору незадоволеності тілом (Van den Berg et al.), перфекціонізму (P.L. Hewitt та G.L. Flett).

Методи дослідження: теоретичний аналіз, синтез, порівняння; емпіричні стандартизовані методики дослідження особистості: Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), Тест відношення до прийому їжі (EAT-26) (адаптація О.А. Скугаревського та С.В. Сивухи), «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Х'юїтта та Г. Флетта (адаптація І.І. Грачової), «Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Х'юїтта, Шкала самоповаги Розенберга; кореляційний, кількісний та якісний математичні аналізи.

База дослідження. Дослідження проводилось у мережі Internet, В дослідженні взяло участь 60 осіб (30 хлопців, 30 дівчат) віком від 18 до 42 років з різним ставленням до їжі з них. Пошук вибірки проводився у соціальних

мережах та здебільшого у спільнотах, основна тематика яких, була зосереджена на спорті, здоровому харчуванню, нутриціології та дієтах. Внаслідок чого в нас сформувалась випадкова вибірка дослідження.

Новизна дослідження. Вперше на основі емпіричного дослідження було виявлено специфічні аспекти перфекціонізму, які сприяють виникненню розладів харчової поведінки у дорослих. Це дозволяє глибше зрозуміти зв'язок між психологічними характеристиками перфекціонізму і розвитком патологічної харчової поведінки. Розроблена і запропонована програма формування конструктивного перфекціонізму, яка спрямована на зменшення негативного впливу перфекціоністичних тенденцій та корекцію мисленнєвих патернів, пов'язаних із харчовою поведінкою. Програма є новим інструментом у психокорекційній роботі з дорослими, які мають схильність до розладів харчової поведінки.

Практичне значення. Результати дослідження можуть бути використані при складанні профілактичних програм, спрямованих на підвищення психологічної стійкості та формування здорової харчової поведінки, а також для розробки індивідуальних підходів до роботи з дорослими, які мають схильність до перфекціоністичних установок. Розроблена корекційна програма формування конструктивного перфекціонізму може бути використана психологами, психотерапевтами та консультантами для корекції перфекціоністичних установок, що сприяють виникненню розладів харчової поведінки у дорослих. Це надає можливість ефективно працювати з клієнтами, схильними до перфекціонізму, з метою запобігання розвитку харчових розладів. Загалом отримані дані можуть бути корисними для підвищення обізнаності суспільства та фахівців у сфері охорони здоров'я щодо впливу перфекціонізму на розвиток розладів харчової поведінки. Це сприяє більш цілеспрямованій роботі зі зміною негативних мисленнєвих патернів, що пов'язані з нездоровими харчовими звичками.

Апробація результатів дослідження. Проведене дослідження було апробовано на XVIII міжнародному науково-практичному семінарі

«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ У ВОЛИНСЬКОМУ РЕГІОНІ» 18-25 жовтня 2024 року.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів та 5 додатків. Містить 7 рисунків та 5 таблиць. Список рекомендованих джерел налічує 50 найменувань.

Публікації:

1. Столяр В.В., Грицюк І.М. Аналіз розладів харчової поведінки у дорослих. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні* : матеріали XVIII науково-практичного семінару (Луцьк, 18–25 жовтня 2024 р.) / ВНУ імені Лесі Українки ; кафедра практичної психології та психодіагностики ; за заг. ред. Л. І. Магдисюк Луцьк : Вежа-Друк, 2024. С. 158-162.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛИХ

1.1. Поняття харчової поведінки та чинників, що сприяють її розладам

У сучасному світі кількість нервово-психічних розладів продовжує стрімко зростати, ставлячи під загрозу не лише індивідуальне благополуччя, але й загальне суспільне здоров'я. Статистичні дані говорять про погіршення стану особистості у зв'язку зі зростанням адиктивних форм поведінки, які передбачають певне уникнення особистістю дійсності шляхом зміни своєї психіки, та розвиток інших її форм [13]. Людина в силу тих чи інших причин часто не може досягти стану внутрішнього комфорту та задоволення і звертається до адиктивних форм поведінки. Порушення харчової поведінки також є проявом адикцій і заслуговує на таку ж увагу, як куріння, алкоголізм, наркоманія [7].

Існує декілька підходів до визначення харчової поведінки. В літературі харчова поведінка вивчається цілісно: як відношення до прийому їжі, як певного стереотипу харчування в звичайних умовах і в ситуаціях стресу, що орієнтований на образ тіла і діяльності особистості по формування цього образу [2]. Можна сказати, що це сукупність звичок людини, які пов'язані з прийомом їжі. Харчова поведінка охоплює установки особистості, поведінкові реакції, звички, емоційні переживання, які пов'язані з їжею і які носять індивідуальний характер [30].

Спробуємо пояснити харчову поведінку з точки зору біологічного та психологічного підходів.

До фізіологічних потреб людини відносяться звички, які сформовані в процесі онтогенезу, стереотипні дії з дуже високою ступеню стійкості та автоматизації. Харчові звички в основному залежать від традиції сім'ї і суспільства, релігійних уявлень, життєвого досвіду, моди, а також економічних і особистісних причин. Можна сказати що стиль харчової поведінки відображає емоційні потреби та внутрішні стани індивіда [14]. Харчування – це важлива

біологічна функція, яка виникає з перших хвилин життя людини та відіграє не лише роль в задоволенні або послабленні голоду, але й приносить позбавлення тілесного дискомфорту, як під час грудного вигодовування. Грудне годування, зокрема, виступає тією ланкою зв'язку між матір'ю і дитиною, саме цей зв'язок дає дитині відчуття захищеності, дитина розуміє що її люблять завдяки процесу насичення [5].

Потреба в прийомі їжі є однією з первинних (біологічних) потреб, яка спрямована на підтримку гомеостазу. В першу чергу людина їсть щоб забезпечити надходження необхідної енергії, формувати нові клітини та створювати життєво важливі складні хімічні сполуки. Проте дуже часто людині цього недостатньо і вона не обмежується життєво необхідним мінімум калорій.

Поведінка людини пов'язана з вживанням їжі, визначає прийом поживних речовин, що є необхідними для функціонування її організму. В організмі людини існують два види фізіологічних сигналів, що регулюють початок і припинення прийому їжі. Перший набір сигналів активує апетит і контролює рівень жирових запасів в організмі. Другий набір сигналів відповідає за відчуття ситості та припиняє споживання їжі. Ці два механізми забезпечують баланс у харчуванні, який підтримує вагу тіла та певну кількість поживних речовин. Голод, як стан, викликаний недостатнім надходженням поживних речовин, необхідних для підтримки сталості середовища усередині організму, з точки зору психології, виступає суб'єктивним досвідом або відчуттям, яке пов'язане з бажанням споживати їжу. Суб'єктивне відчуття голоду включає фізіологічні прояви, такі як дискомфорт у тілі, головний біль, спазми в шлунку, запаморочення, нудота, або відчуття тиску в горлі [22]. Виділяють чотири категорії, що впливають на припинення прийому їжі:

1. Сенсорно-специфічне насичення: поєднання запахів, смаку, температури та складу їжі, а також її «приємність» та естетичний вигляд.
2. Когнітивні процеси: переконання щодо властивостей їжі та їх впливу на організм.

3. Ефект після вживання їжі: фізіологічний відгук організму після прийому їжі.

4. Ефект після всмоктування речовин: процес насичення, що виникає після засвоєння їжі [6].

Харчова поведінка людини з психологічної точки зору є складним феноменом, що включає взаємодію фізіологічних, психологічних, соціальних і культурних факторів [10]. У наукових дослідженнях часто розглядаються три основні аспекти харчової поведінки: емоційне харчування, когнітивна обмеженість (дієтичне харчування) та зовнішнє харчування [9].

Емоційна складова харчової поведінки передбачає, що людина використовує їжу як засіб для регуляції емоцій [26]. Наприклад, при стресі, тривозі, сумі або радості багато людей звертаються до їжі як до «емоційної опори». За дослідженнями Canetti, Bachar, & Berry, емоційне харчування часто пов'язане з ризиком розвитку розладів харчової поведінки, таких як булімія або переїдання [3].

Аспект когнітивної обмеженості (дієтична поведінка) стосується контролю над споживанням їжі, часто мотивованого бажанням втратити або контролювати вагу. Людина свідомо обмежує кількість і якість їжі, часто через прагнення до ідеалу краси або через страх перед набором ваги. Дослідження Polivy & Herman вказують на те, що надмірний контроль над харчуванням може призводити до емоційних та фізіологічних зривів, коли людина «зривається» на переїдання [32].

Зовнішнє харчування відбувається, коли людина їсть у відповідь на зовнішні сигнали, наприклад, запах або вигляд їжі, навіть якщо вона не відчуває голоду. Дослідження Schachter показали, що люди, які реагують на зовнішні стимули, мають більшу схильність до надмірної ваги, оскільки вони не завжди орієнтуються на внутрішні сигнали голоду або ситості [19].

Психологічні концепції харчової поведінки розглядають харчову поведінку з боку з боку теорії саморегуляції та теорії когнітивного дисонансу. Відповідно теорії саморегуляції [29], харчова поведінка є способом, яким людина регулює свої внутрішні стани. Якщо саморегуляція порушена

(наприклад, через стрес), це може призвести до переїдання або, навпаки, до відмови від їжі [17].

Теорія когнітивного дисонансу полягає в тому, що людина може відчувати когнітивний дисонанс, якщо її харчові звички не відповідають її переконанням. Це призводить до змін у харчовій поведінці, часто через намагання усунути цей дисонанс, що може спричиняти нездорові підходи до харчування [4].

В даний час проведено безліч досліджень, які підтверджують соціальну роль їжі в житті людини [38]. Вся харчова поведінка, тією чи іншою мірою взаємодіє з міжособистісними відносинами. Їжа у нашому світі – невід'ємна складова життя. Крім того, традиції, харчові звички відображають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність.

Науковці L. Gibson і C. Vögele вказували на те що харчова поведінка, включає в себе безліч поведінкових патернів, регулюючи процес прийому їжі: способи її вживання, вибір їжі, вибір дієти та способи її дотримання тощо [47].

Особливості сучасного життя сприяють розвитку енергетичного дисбалансу, коли люди вживають більше енергетичних речовин ніж потребує їхній організм, тобто більше ніж вони використовують. M. Selassie та A. C. Sinha вважали, що цю проблему посилює технічний прогрес, спосіб життя людини, доступ до великої кількості висококалорійної їжі, сидячий спосіб життя та дефіцит часу на фізичні активності, проведення великої кількості часу переглядаючи телевізор або працюючи за комп'ютером [46].

Серед соціальних впливів, які відчуває на собі людина, яка формує власну харчову поведінку P. Winkielman та група дослідників, виділяють безпосередні та опосередковані. Безпосередні соціальні впливи включають в себе кулінарні стереотипи, традиції приготування та вживання їжі, груповий досвід тощо. Опосередковані соціальні впливи, включають в себе в харчову взаємодію з іншими людьми. На думку багатьох науковців саме соціальні чинники значною мірою впливають на формування харчової поведінки особистості через соціальне навчання, дію соціальної фасилітації, сімейних та родинних харчових правил [50].

Науковці з Argosy University виділили наступні компоненти психологічно здорової харчової поведінки:

1. Перегляд відношення до їжі (вважається нездоровим використовувати їжу для отримання комфорту чи задоволення соціальних потреб).

2. Застосування соціальних і емоційних факторів для корекції неналежної харчової поведінки.

3. Емоційна прив'язаність часто сприймається як негативний чинник. Важливо досягти повного усвідомлення, щоб створити новий позитивний емоційний зв'язок із процесом прийому їжі. Наприклад, спробувати асоціювати споживання їжі з позитивними емоціями, як-от впевненість у собі. Чим здоровіше харчується людина, тим краще вона себе почуває, що сприяє зміцненню впевненості.

4. Харчування у компанії людей зі здоровими звичками без осуду, примусу чи контролю.

5. Прийом їжі під час роботи за комп'ютером чи перегляду телевізора перешкоджає мозку усвідомлювати кількість спожитої їжі, що може спричинити переїдання та постійне відчуття голоду [45].

Харчову поведінку людини як психосоматичний феномен можна розглядати з позиції цілісного розуміння нерозривного функціонування психіки та соціуму, базуючись на принципах психології тілесності [30]. Відповідно до цього вона аналізується відповідно концепції тілесності як феноменологічна реальність повсякденного життя людини. Здорова харчова поведінка виступає свого роду досвідом тілесності так званим контактом зі своїм тілом (прийняття харчових потреб свого тіла), а також як позитивний досвід стосунків з їжею. Коли ми говоримо про патологію харчової поведінки в полюсі «переїдання» або «недоїдання» тоді розлади харчової поведінки будуть виступати негативним досвідом тілесного буття, який полягатиме не лише у втраті харчових потреб свого тіла але й викривленого досвіду стосунків з їжею тобто викривленого сприймання тіла що може призвести до безпорадності бездіяльності або надмірної активності особистості у спробі покращення свого тіла [31].

Отже, харчова поведінка людини є багатофакторним явищем, яке поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Біологічна потреба в їжі має глибокі психологічні корені, формуючи звички, установки та емоційні реакції, що відображають індивідуальний досвід. Психологічні дослідження свідчать про наявність різних форм харчової поведінки, таких як емоційне харчування, когнітивна обмеженість та зовнішнє харчування, кожна з яких може призводити до розладів, якщо внутрішні процеси саморегуляції порушені. Здорове харчування, як складова психосоматичного функціонування, є важливою частиною загального психічного та фізичного благополуччя людини.

1.2. Характеристика розладів харчової поведінки

«Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*)» Американської психіатричної асоціації (DSM-V) [34] визначає три види порушень харчової поведінки:

1. Нервову анорексію;
2. Нервову булімію;
3. Неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема, розлади або компульсивне спживання їжі.

В «Міжнародній класифікації психічних хвороб» 10-го перегляду (МКБ-10), розглядає «Розлади прийому їжі» (F50) у розділі F5 «Поведінкові синдроми, які пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами», включає в себе нервову анорексію та нервову булімію.

Нервова анорексія (*anorexia nervosa*) (від грецького префікса *an* – «не» *ta orexis* – «апетит») визначається як «умисне обмеження споживання їжі з метою зниження ваги, що базується на переконанні про наявність уявної або підвищеної повноти» [16]. Даний розлад харчової поведінки відноситься до межових психічних захворювань [44]. Найчастіше це захворювання розвивається у дівчат підліткового та юнацького віку і проявляється у свідомій відмові від їжі з метою зниження ваги, що призводить до поступового розвитку вторинних соматоендокринних порушень, аж до кахексії та аменореї [20]. Відмова від їжі

зазвичай пов'язана з невдоволенням своєю зовнішністю, зокрема, з відчуттям надмірної повноти (дисморфоманія) [27].

Пацієнти з даним розладом свідомо приховують справжні причини свого схуднення протягом тривалого часу. Зазвичай їх виявляють на стадії кахексії під наглядом клінічних психологів і психіатрів, і лікування проводиться в стаціонарних умовах психіатричної лікарні [37]. Синдром нервової анорексії проходить через чотири стадії:

1. Ініційна;
2. Активної корекції;
3. Кахексія;
4. Редукція синдрому [36].

На початковій стадії пацієнти висловлюють невдоволення своєю фігурою, часто вважаючи, що є надмірно повними, або зосереджуються на окремих частинах тіла, таких як «товстий живіт» чи «круглі щоки». Вони не задоволені своїм тілом, оскільки воно не відповідає їхнім ідеалам, іноді прагнуть схуднути, щоб наслідувати своїх кумирів [1]. На стадії активної корекції пацієнти використовують різні методи для зниження ваги, зокрема обмежують споживання їжі, виключають певні продукти, дотримуються суворого дієт, виконують інтенсивні фізичні вправи, вживають великі дози проносних засобів, сплять у холоді, роблять клізми та іноді викликають блювоту, щоб очистити шлунок від нещодавно спожитої їжі. Ці дії можуть супроводжуватися сильним відчуттям голоду і призводять до соматичних проявів, таких як аменорея, яка стає стійкою та вираженою [25].

На стадії кахексії спостерігається клінічна картина дистрофії: зниження маси тіла більше ніж на 50%, відсутність підшкірного жиру, сухість і блідість шкіри, акроціаноз, мерзлякуватість, ламкість нігтів, випадання волосся, руйнування зубів, брадикардія, зниження артеріального тиску та проблеми з шлунково-кишковим трактом. На ранніх стадіях анорексії пацієнти активні та рухливі, тоді як на стадії кахексії спостерігається адинамія та втрата працездатності. Невизнання свого стану призводить до продовження

голодування, незважаючи на небезпечну вагу. У процесі лікування, коли вага тіла починає збільшуватися, знову виникають думки про надмірну повноту і страх перед їжею [26]. Правильне лікування може призвести до відновлення ваги до межі норми за 2-3 місяці, менструації у жінок відновлюються через 12 місяців.

Нервова булімія (від грец. «buc» – бик і «limos» – голод) є синдромом, що проявляється повторними епізодами переїдання та сильним занепокоєнням щодо маси тіла, що викликає такі поведінкові моделі: епізоди обжерливості, які супроводжуються компенсаторними заходами – блювотою, вживанням проносних засобів та надмірною фізичною активністю. Цей розлад має багато спільного з нервовою анорексією, зокрема, надмірну стурбованість фігурою та вагою на фоні дисморфоманічних ідей. Нервова булімія є відносно новим розладом; перший медичний опис з'явився на початку ХХ століття, а термін «нервова булімія» було введено G. Russel у 1979 році для опису варіанту нервової анорексії [24].

Серед пацієнтів жінки страждають на цю патологію в -10 разів частіше за чоловіків. В американських дослідженнях зазначається, що 10% дівчат до 13 років викликають блювоту з метою зниження маси тіла, а у старшому віці цей показник зростає до 25-35%. З психологічної точки зору пацієнти з легкими формами мають надмірну увагу до ваги та фігури, тоді як у пацієнтів з більш вираженими формами ці ідеї стають надцінними [41].

Діагностичні критерії нервової булімії включають:

1. Повторювані епізоди переїдання, що характеризуються споживанням великої кількості їжі за короткий проміжок часу (зазвичай до 2 годин) та відчуттям втрати контролю під час їжі.

2. Регулярні компенсаторні дії для запобігання збільшенню маси тіла, такі як блювота, зловживання проносними, обмеження в їжі та надмірна фізична активність.

3. Повторення епізодів переїдання щонайменше двічі на тиждень протягом 3 місяців (відповідно до DSM-V – щонайменше раз на тиждень).

4. Самооцінка, що значною мірою залежить від форми тіла та ваги.

5. Спотворене сприйняття власного вигляду [25].

Класифікація нервової булімії включає:

1. З очисними процедурами: пацієнт регулярно викликає блювоту або зловживає проносними засобами.

2. Без очисних процедур: пацієнт практикує інші способи компенсації, наприклад, голодування чи надмірну фізичну активність, не вдаючись до блювоти [40].

Компульсивне переїдання є клінічно значущим порушенням харчової поведінки, яке не відповідає критеріям нервової анорексії чи булімії. Binge-Eating Disorder (BED) має схожі прояви з нервовою булімією, але без регулярної компенсаторної поведінки, такої як блювота [15].

Основні характеристики BED включають повторювані епізоди переїдання, що супроводжуються відчуттям втрати контролю над їжею. Важливо відзначити, що у жінок з діагнозом BED 24% епізодів тривають цілий день.

Крім цих розладів, існують також емоціогенна, екстернальна та обмежувальна харчова поведінка. Екстернальна поведінка пов'язана з чутливістю до зовнішніх стимулів, таких як запах або вигляд їжі. Емоціогенна харчова поведінка проявляється у відповідь на емоційний дискомфорт, а обмежувальна – це надмірне самообмеження у харчуванні, що призводить до стресу та циклів переїдання [21].

Отже, найпоширенішими розладами харчової поведінки вважаються нервова анорексія, нервова булімія, та компульсивне переїдання. Нервова анорексія характеризується навмисним обмеженням споживання їжі з метою зниження ваги, що супроводжується серйозними фізичними та психічними наслідками. Нервова булімія включає епізоди переїдання з подальшими компенсаторними діями для уникнення набору ваги. Компульсивне переїдання відбувається без регулярної компенсаторної поведінки. Усі ці розлади мають спільний аспект – патологічне занепокоєння вагою та зовнішністю, що призводить до серйозних наслідків для здоров'я.

1.3. Перфекціонізм як фактор виникнення харчових розладів особистості

Результати досліджень розладів харчової поведінки, які за рівнем виразності не досягають рівня захворювань, мають мультифакторну природу. Науковцями було виділено три основні групи факторів ризику їх виникнення: біологічні (або генетичні), психологічні та соціокультурні [28].

Проте одним із найважливіших психологічних чинників виникнення розладів харчової поведінки в контексті є незадоволеність тілом. Вона виникає внаслідок інтеріоризації ідеалу худорлявості (*thin-ideal internalization*). Процес інтеріоризації відбувається у відповідь на тиск суспільства щодо ідеалу худорлявості, його зв'язку з успіхом у житті, щастям і соціальним прийняттям [23]. Іншими особистісними особливостями, які властиві особам з харчовими розладами є негативна емоційність та нейротизм та, які виявляються у схильності до переживання негативних емоцій (тривоги, агресії тощо); імпульсивність, яка провокує очисну поведінку та епізоди переїдання; низька самооцінка, перфекціонізм, когнітивна ригідність [39]. Ми ж своїй роботі сконцентруємось на менш досліджуваному факторі, що викликає невдоволеність особистістю свого тіла, що внаслідок цього може призводити до розвитку харчових розладів – перфекціонізму.

На початкових етапах свого вивчення перфекціонізм розглядався з боку схильності людини встановлювати надвисокі особисті стандарти, внаслідок чого згодом виникає нездатність відчувати задоволення від досягнутих результатів [11]. Вже починаючи з 90-х років явище перфекціонізму набуває своєї багатовимірності і ускладнюється за своєю структурою, оскільки в нього включається також деякі когнітивні та інтерперсональні аспекти [12].

Канадські науковці P.L. Hewitt та G.L. Flett визначають перфекціонізм як поняття, що включає в себе три компоненти:

- 1) Я-адресований перфекціонізм – що позначає надмірно високі особистісні стандарти, прагнення до постійної оцінки та цензури своєї поведінки, мотивом якого є прагнення до досконалості.

2) Перфекціонізм, адресований іншим – позначає «переконання і очікування щодо здібностей інших людей»; тенденцію встановлювати нереалістично високі стандарти для інших еталонних людей, очікування досконалості та постійне оцінювання інших. Цей вид перфекціонізму може виступати джерелом ворожості стосовно інших людей, недовіри до них та прагнення їх звинувачувати.

3) Соціально призначений перфекціонізм – виступає потребою відповідати стандартам і очікуванням інших людей. Виражається у сприйнятті інших, як суворих експертів оцінки, які здійснюють тиск із єдиною метою змусити індивіда домогтися досконалості, та переконанні особистості у її нездатності догодити іншим [43].

Перфекціонізм тісно пов'язаний, з одного боку, адаптивною поведінкою, що виражає у прагненні до успіху та досягненні високих результатів, а з іншого з дезадаптацією. У зв'язку з цим науковцями виділяються два види перфекціонізму: «здоровий» (нормальний, адаптивний) та «невротичний» (дисфункціональний) [33]. За «здорового» перфекціонізму людина прагне досягти прекрасного результату, але при цьому не ставить перед собою нереалістичні цілі і не пред'являє до себе надто високі вимоги. Це дає можливість людині отримувати задоволення як від самої діяльності, так і від досягнутого результату, що зміцнює її самооцінку. В підвалинах «невротичного» перфекціонізму лежить прагнення уникнути невдачі, він заважає людині відчувати задоволення від діяльності, оскільки через почуття неповноцінності будь-яке завдання виявляється загрозливим для її самооцінки [8]. Соціально призначений перфекціонізм, зазвичай, виступає як нездоровий, а я-адресований перфекціонізм – як адаптивний.

Перфекціонізм протягом тривалого часу розглядається науковцями як риса особистості, що є властивою хворим із розладами харчової поведінки. Один із перших дослідників порушень харчової поведінки – Н. Bruch – згадував у своїх роботах про те, що пацієнтки з нервовою анорексією прагнуть відповідати уявленням про досконалість їхніх батьків та вчителів. У метааналізі Bardone-

Cone, Wonderlich описуються закономірності, виявлені в численних дослідженнях до цього і підтвержені в пізніших роботах [35]. Зокрема, для хворих на нервову анорексію і для хворих на нервову булімію характерні підвищені показники невротичного, і адаптивного перфекціонізму в порівнянні з групою здорових досліджуваних, так і в порівнянні з групою пацієнтів, які страждають на інші психічні розлади. При цьому, при розладах харчової поведінки в осіб у стані ремісії спостерігаються приблизно такі значення показників перфекціонізму, як і у хворих. Тобто навіть після одужання рівень адаптивного і невротичного перфекціонізму у них залишається вищим, ніж у здорових досліджуваних. Цей факт може бути підтвердженням того, що перфекціонізм є не просто характеристикою, що виявляється в активній фазі захворювання, а є й фактором ризику при розладах харчової поведінки.

У випадках наявності тривожного розладу чи депресії у пацієнтів яскраво проявляється нездоровий перфекціонізм, а при розладах харчової поведінки значення нездорового перфекціонізму, і значення адаптивного перфекціонізму виявляються вищими за норму [49]. У цілому вважається, що перфекціонізм підвищує ризик розладів харчової поведінки, взаємодіючи з іншими важливими чинниками. Так, згідно з моделлю трьох факторів (The Three-factor Model) зв'язок між тим, як людина сприймає свою вагу, перфекціонізмом і симптомами булімії опосередковується відчуттям власної неефективності (відчуття власної неефективності визначається авторами як сумніви з приводу власної здатності досягти мети та відчуття фрустрації на шляху до неї) [48].

Відчуття власної неефективності може бути пов'язане з незадоволеністю життям в цілому, нездатністю справлятися з ним і витримувати сильні негативні переживання, бажанням взяти під контроль життєву ситуацію (зокрема контролювати споживання їжі). Відомо, що нервова анорексія дозволяє долати це почуття та пригнічувати емоції, даючи відчуття безпеки. Відповідно до широко використовуваної «трансдіагностичної теорії розладів харчової поведінки» (The Transdiagnostic Theory of Eating Disorders), існують деякі основні механізми, відповідальні за збереження розладу харчової поведінки (ці

психопатологічні процеси є спільними всім типів розладів харчової поведінки, всім діагнозам, звідси і назва теорії – «трансдіагностична»).

Найбільш важливий з них, дисфункціональна схема самооцінки (dysfunctional system for evaluating self-worth), яка проявляється в тому, що пацієнти при оцінці себе спираються переважно або виключно на свою здатність контролювати харчові звички, свою вагу та фігуру, ігноруючи власні досягнення в інших аспектах життя [42]. Крім того, у деяких пацієнтів спостерігається один або більше з чотирьох можливих додаткових механізмів, які відповідають за стійкість розладу харчової поведінки та перешкоджають успішному лікуванню. Поряд з низькою самооцінкою (core low self-esteem), непереносимістю сильних емоцій (mood intolerance) та проблемами міжособистісних відносин (interpersonal difficulties), клінічний перфекціонізм (clinical perfectionism) відноситься до цих додаткових механізмів, що взаємодіють з основними.

Отже, перфекціонізм є важливим фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки, взаємодіючи з іншими біологічними, психологічними та соціокультурними чинниками. Його прояви включають як адаптивні, так і дезадаптивні риси, що можуть підвищувати схильність до розладів, особливо в поєднанні з низькою самооцінкою, тривожністю та депресією. Особливо небезпечним є клінічний перфекціонізм, який підсилює симптоми розладів харчової поведінки через надмірну концентрацію на контролі ваги та харчових звичках.

Висновок до першого розділу

Харчова поведінка є складним феноменом, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні фактори. Різні форми харчової поведінки, такі як емоційне харчування, когнітивна обмеженість та зовнішнє харчування, можуть призводити до розладів при порушенні внутрішньої саморегуляції. Найпоширенішими розладами є нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, всі з яких мають спільну ознаку — патологічне занепокоєння зовнішністю та вагою. Перфекціонізм, особливо клінічний, є

значущим фактором ризику для цих розладів, посилюючи симптоми через надмірний контроль ваги та харчових звичок.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛИХ ТА ФАКТОРІВ, ЩО ЇХ СПРИЧИНЮЮТЬ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Емпіричне дослідження розладів харчової поведінки у дорослих та факторів їх виникнення проводилось у три етапи.

На першому етапі ми здійснили теоретичний аналіз досліджуваної проблеми в науковій психологічній літературі, внаслідок чого ми визначили поняття харчової поведінки та причини її розладів, види харчових розладів: нервову, булімію, нервову анорексію, компульсивне переїдання. Розглянули перфекціонізм як фактор виникнення розладів харчової поведінки.

Другий етап включав в себе підбір психодіагностичного інструментарію для вивчення розладів харчової поведінки в дорослих та факторів, що спричинюють їх виникнення. Окрім того, на другому етапі здійснювалась підготовка до процедури діагностики, яка включала в себе підготовку Гугл форми з раніше підібраними методиками, серед яких:

1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) (Додаток А).
2. Тест відношення до прийому їжі (EAT-26) (адаптація О.А. Скугаревського та С.В. Сивухи) (Додаток Б).
3. «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Х'юїтта та Г. Флетта (адаптація І.І. Грачової) (Додаток В).
4. «Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Х'юїтта (адаптація А.А. Золотарьової) (Додаток Д).
5. Шкала самоповаги Розенберга (Додаток Е).

1. **Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ)** – є популярною методкою діагностики для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки, а також для якісної та кількісної оцінки розладів,

розроблений в 196 році голландськими психологами Van Strien et al.. Голландський опитувальник харчової поведінки застосовується для діагностики у більшості типових досліджень, спрямованих на вивчення харчової поведінки. DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких респондент повинен оцінити по відношенню себе: «Ніколи» (1 б.), «Рідко» (2 б.), «Іноді» (3 б.), «Часто» (4 б.) та «Дуже часто» (5 б.).

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

Нормальними значеннями обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4, 1. та 2.7 бали відповідно.

2. Тест відношення до прийому їжі (EAT-26) (адаптація О.А. Скугаревського та С.В. Сивухи).

Дана методика є адаптацією Eating Attitudes Test; EAT – метод діагностики, розроблений Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 (Garner et al., 192). Опитувальник EAT-26 є одним із найбільш використовуваних інструментів дослідження розладів харчової поведінки та застосовується як для діагностики нервової анорексії, так і для діагностики нервової булімії. Він дозволяє визначити групу ризику розладів харчової поведінки: якщо сумарний бал перевищує 20 балів, існує висока ймовірність того, що у досліджуваного є розлад харчової поведінки.

3. «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Х'юїтта та Г. Флетта (адаптація І.І. Грачової).

«Багатовимірна шкала перфекціонізму» (МШП) була розроблена канадськими вченими П. Х'юїттом та Г. Флеттом. Вона призначена для виявлення рівня перфекціонізму та характеру співвідношення його складових у досліджуваного. Опитувальник містить три підшкали, які відображають три відповідні компоненти перфекціонізму: перфекціонізм,

орієнтований на себе (self-oriented perfectionism; ПС), перфекціонізм, орієнтований на інших (other oriented perfectionism; ПД); соціально прописаний перфекціонізм (socially prescribed perfectionism; СПП).

4. **«Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Х'юїтта (адаптація А.А. Золотарьової).** Перфекціоністська самопрезентація (perfectionistic self-presentation) визначається як прагнення особистості здаватися досконалою. Цей термін було введено наприкінці ХХ століття А. Бассом та С. Фінном. Пізніше канадський вчений П. Х'юїтт розробив модель перфекціоністської самопрезентації, яка включає наступні три параметри: демонстрація досконалості (прагнення здаватися бездоганим в очах оточуючих, викликати своєю досконалістю захоплення та повагу інших), поведінкове приховування недосконалості (прагнення поводитися таким чином, щоб сховати від інших), вербальне приховування недосконалості (прагнення уникнути визнання власної недосконалості над іншими). П. Х'юїттом був також створений опитувальник, який складається з відповідних трьох підшкал – «Шкала перфекціоністської самопрезентації» (Perfectionistic Self-Presentation Scale, PSPS).

5. **Шкала самоповаги Розенберга.** Шкала самоповаги Розенберга – опитувальник, який широко застосовується дослідниками для діагностики самооцінки. Шкала зручна у використанні (включає всього 10 тверджень), має гарну надійність і конструктивну валідність (Rosenberg, 2015).

У дослідженні взяло участь 60 осіб (30 хлопців, 30 дівчат) віком від 18 до 42 років з різним ставленням до їжі з них. Пошук вибірки проводився у соціальних мережах та здебільшого у спільнотах, основна тематика яких, була зосереджена на спорті, здоровому харчуванню, нутриціології та дієтах. Внаслідок чого в нас сформувалась випадкова вибірка дослідження, процедура якого здійснювалась за допомогою гугл форм.

2.1. Аналіз результатів дослідження.

Насамперед, зазначимо, що з інтерпретації результатів нашого дослідження слід враховувати, що поняття «розлади харчової поведінки» і «порушення харчової поведінки» різняться за своїм значенням. У нашому дослідженні брали участь умовно здорові люди без клінічно встановленого діагнозу розладів, відповідно, у даному випадку мова може йти лише про наявність порушень харчової поведінки і про можливе визначення групи ризику розвитку розладів.

Першою методикою нашого емпіричного дослідження став «Тест відношення до прийому їжі (EAT-26)». Результати якого представлені в Табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Середні значення для вибірки досліджуваних за «Тестом відношення до прийому їжі (EAT-26)»

Група	Середній бал	Ступінь відхилення	Група ризику, %
Жінки	9,33	9,542	10%
Чоловіки	7,33	8,185	10%

Результати порівняння середніх значень за показниками порушеної харчової поведінки показали, що в обох групах частка досліджуваних з підвищеним ризиком розладу харчової поведінки однакова і становить 10% (значення було визначено за кількістю респондентів із сумарним балом методики EAT-26 більше 20). Отримані дані відповідають значенням, встановленим у багатьох інших дослідженнях. Як правило, відсоток жінок, що належать до групи ризику, варіює від 4 до 16% (Solmi, Hatch et al., 2014). Подальше вивчення наявності харчових розладів у жінок і чоловіків проводилось за допомогою критерій узгодженості Пірсона χ^2 , що дав можливість порівняти середні значення у двох групах та виявити чи існує статистично значима різниця між ними. За результатами методики EAT-26 статистично значимих відмінностей між

групами не було знайдено: жінки ($r=9,542$; $p\leq 0,97$) та чоловіки ($r=8,185$; $p\leq 0,99$) відповідно.

Наступною методикою нашого емпіричного дослідження став Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire), результати якого представлені в Табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Середні значення за Голландським опитувальником харчової поведінки для хлопців і дівчат порівняно з тестовою нормою

Група	Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка	Середній бал	Ступінь відхилення
Жінки	2,59	2,49	3,28	2,590	0,885
Чоловіки	2,157	2,59	3,22	2,157	0,918

Перед аналізом результатів відразу варто пригадати, що за Голландським опитувальником харчової поведінки нормальним значенням для людей з нормальною вагою є 2.4.

У жінок відповідно до даного опитувальника показник обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки дорівнює 2,590, що означає перевищення тестової норми, даний показник свідчить про прояв в них тенденції до контролю своєї харчової поведінки, вони здатні частіше встановлювати для себе заборони та обмеження щодо вживання їжі. У чоловіків (2,157) навпаки, середнє значення виявилось нижчим за норму. Тим не менш, статистично значущі відмінності між групами за цим показником були виявлені лише на рівні тенденції ($p\leq 0,068$). Можливо, ця тенденція могла б виявитися помітнішою в дослідженнях на вибірці більшого розміру. Однак, найбільш вірогідним нам видається наступний варіант пояснення отриманого результату: жінки зіштовхуються з більш жорсткими стандартами стосовно зовнішнього вигляду та маси тіла та вони частіше чоловіків, страждають від низької самооцінки, що стосується їхнього тіла, через що можуть частіше обмежувати харчування або реагувати на емоційний стрес через їжу.

Виразність емоціогенної харчової поведінки та екстернальної харчової поведінки у жінок і чоловіків також приблизно однакова (рис. 2.1).

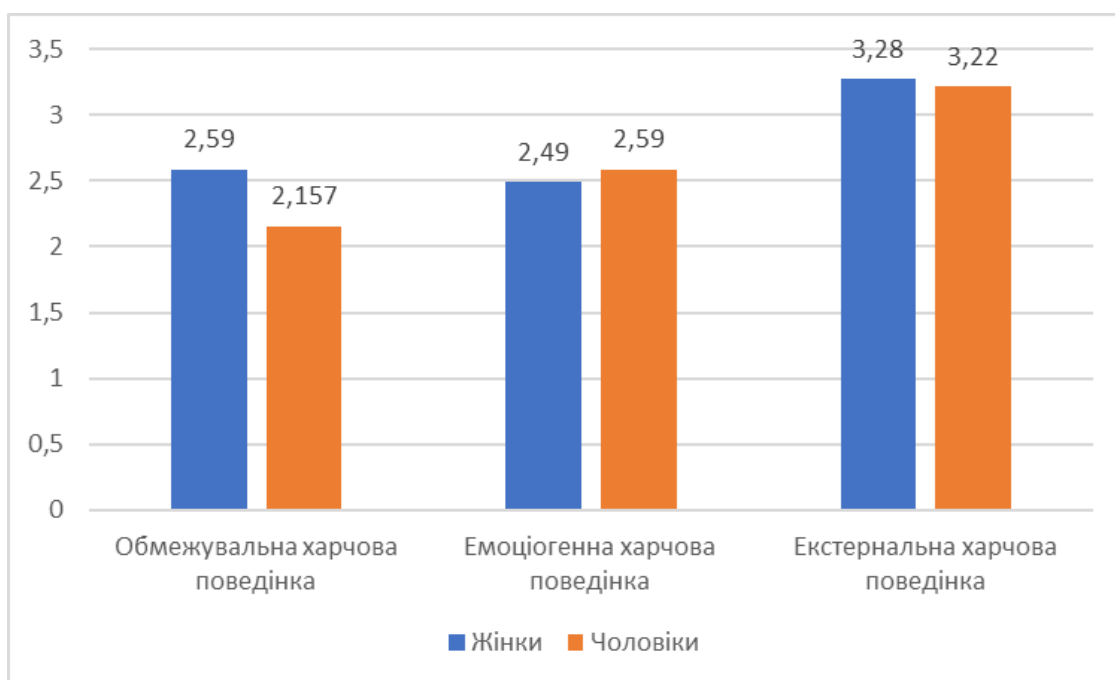


Рис. 2.1. Показники порушень харчової поведінки за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки» у чоловіків і жінок

Наступним кроком дослідження розладів харчової поведінки в дорослих стало вивчення перфекціонізму. Першою методикою, в цьому напрямку, стала Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта результати якої представлені в Табл. 2.3

Таблиця 2.3.

Результати дослідження перфекціонізму за шкалою Хьюїтта та Г. Флетта

Шкали	Жінки			Чоловіки		
	Низький показник	Середній показник	Високий показник	Низький показник	Середній показник	Високий показник
Перфекціонізм орієнтований на себе	13%	37%	50%	18%	47%	35%

Продовження Таблиці 2.3.

Перфекціонізм орієнтований на інших	20%	48%	32%	40%	34%	26%
Соціально приписаний перфекціонізм	6%	36%	58%	12%	31%	57%
Перфекціонізм	13%	38%	49%	19%	43%	38%

Візуально дані представлені в Рисунку 2.2.

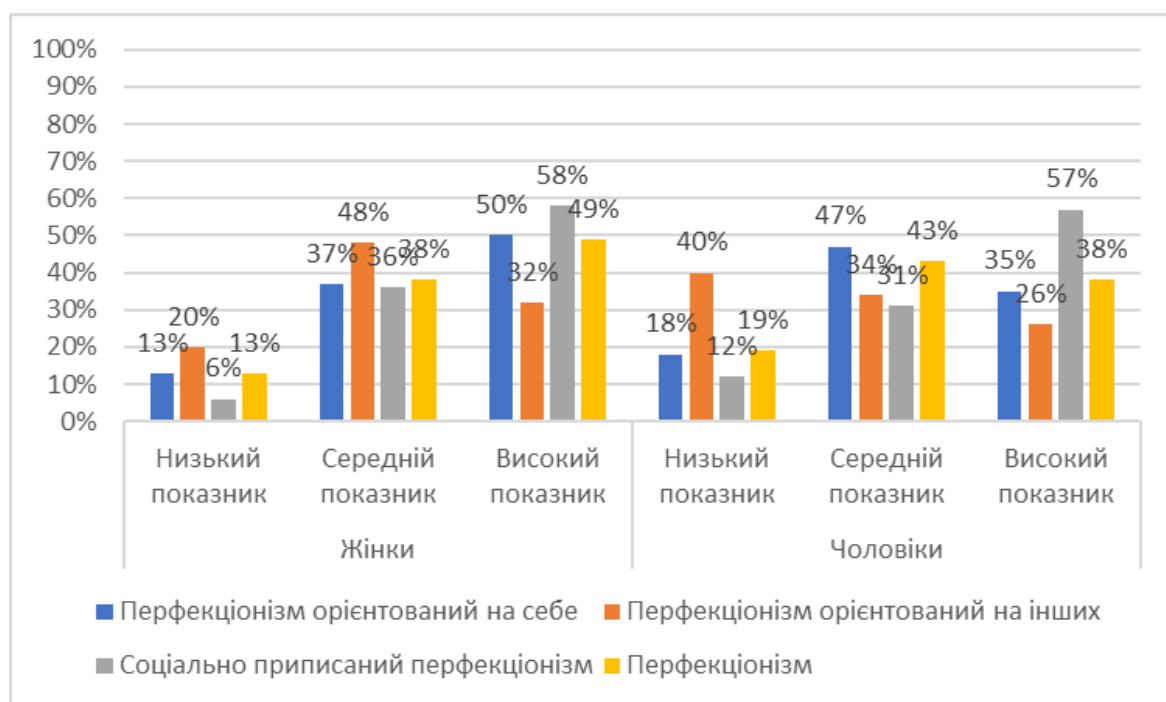


Рис. 2.2. Візуальне представлення результаті дослідження перфекціонізму за шкалою Хьюїтта та Г. Флетта

Отже як ми бачимо з результатів дослідження перфекціонізм орієнтований на себе у 50% жінок має високий показник, що свідчить про сильну внутрішню вимогливість. Лише у 13% досліджуваних жінок виявився низький показник та середній — 37%. За аналогічною ж шкалою у чоловіків високий показника перфекціонізму орієнтованого на себе притаманний лише 35%, що є меншим,

ніж у жінок. Середній показник у чоловіків вищий — 47%, а низький показник мають 18%. Зважаючи на це можна сказати, що жінки більш схильні до високого рівня самовимогливості (перфекціонізм, орієнтований на себе), у той час як у чоловіків це більш збалансовано між середнім і високим рівнями. За наступною шкалою «перфекціонізм орієнтований на інших» жінки показали більш високий рівень перфекціонізму орієнтованого на інших (32%), середній притаманний для 48% досліджуваних жінок. Лише 20% жінок мають низький рівень. Для чоловіків високий показник у цій шкалі характерний для 26% вибірки, що свідчить про те, що вони менше очікують досконалості від інших. Середній рівень перфекціонізму у чоловіків нижчий, ніж у жінок — 34%, а низький — вищий (40%). Зважаючи на це жінки більше схильні до того, щоб вимагати досконалості від інших, ніж чоловіки.

Результати шкали «соціально приписаний перфекціонізм» показали, що 58% жінок мають високий рівень соціально приписаного перфекціонізму, що свідчить про сильний вплив зовнішніх очікувань. Середній показник характерний для 36%, і лише 6% жінок мають низький рівень соціально приписаного перфекціонізму. У чоловіків високий рівень соціально приписаного перфекціонізму мають 57% досліджуваних чоловіків, що майже рівнозначно з показником жінок. Середній показник притаманний 31%, а низький — 12%. Відповідно до цього соціально приписаний перфекціонізм однаково сильний як серед чоловіків, так і серед жінок.

Зважаючи на результати загального показника перфекціонізму, де: 49% жінок мають високий загальний показник перфекціонізму, середній рівень — 38%, низький рівень лише 13% жінок; чоловікам високий загальний показник перфекціонізму притаманний 38%, що є меншим, ніж у жінок. Середній рівень вищий — 43%, а низький рівень становить 19% - можна зробити висновок, що жінки виявляють загалом більший рівень перфекціонізму, ніж чоловіки. Також жінки більше схильні до високого рівня перфекціонізму, як самовимогливого, так і орієнтованого на інших, та підвладні зовнішнім очікуванням. Чоловіки,

навпаки, демонструють більш збалансований розподіл між середнім і високим рівнями перфекціонізму, особливо у категорії орієнтації на інших.

Наступною методикою, що дозволила нам дослідити перфекціоністичні прояви у дорослих стала «Шкала перфекціоністської самопрезентації П. Хьюїтта», результати якої представлені у Табл. 2.4. та рис. 2.3

Таблиця 2.4.

Середні показники перфекціоністської самопрезентації у дорослих

Субшкала	Жінки	Чоловіки
Демонстрація досконалості	57,4	32,4
Поведінкове приховування недосконалості	51,8	35,6
Вербальне приховування недосконалості	32,7	46,2

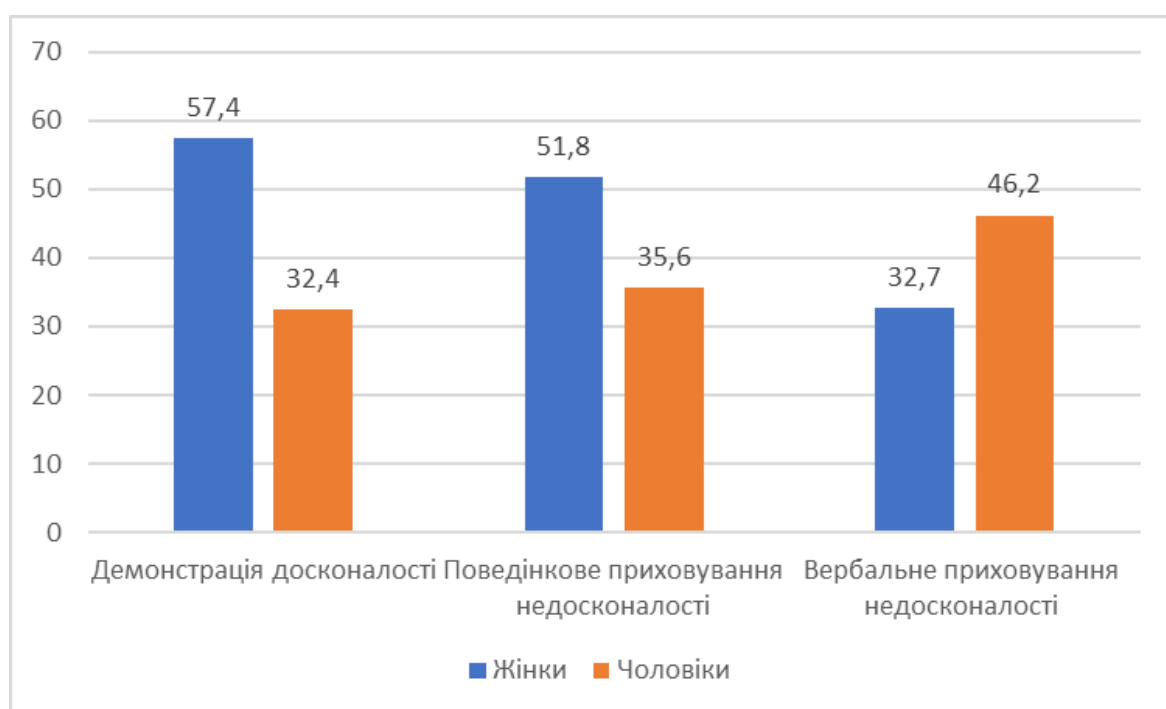


Рис.2.3. Показники перфекціоністської самопрезентації за шкалою П. Хьюїтта

Як ми бачимо з результатів за шкалою демонстрації досконалості жінок показник становить 57,4, що є значно вищим, ніж у чоловіків (32,4). Це свідчить

про те, що жінки частіше прагнуть демонструвати свою досконалість та досягнення. Вони мають більш виражену потребу в демонстрації досконалості, порівняно з чоловіками. Можливо, це пов'язано з бажанням виправдати зовнішні очікування або прагненням до соціального схвалення. Поведінкове приховування недосконалості у жінок має вищий показник — 51,8, ніж у чоловіків — 35,6, тому можна стверджувати, що жінки більш схильні приховувати свої недоліки через поведінкові стратегії, що може свідчити про високий рівень тривожності щодо сприйняття їх іншими або бажання зберегти свій образ досконалості. Значення вербального приховування недосконалості у чоловіків — 46,2 вище, ніж у жінок — 32,7. Це означає, що чоловіки частіше, ніж жінки, вдаються до вербальних стратегій приховування своїх недоліків, наприклад, виправдовуються або намагаються пояснити свої помилки, щоб не виглядати менш компетентними. Загалом за цією методикою можна зробити висновок, що жінки більше схильні до демонстрації досконалості та поведінкового приховування своїх недоліків, що вказує на їхнє бажання здаватися бездоганними з точки зору зовнішнього вигляду та поведінки. Чоловіки, натомість, частіше використовують вербальні стратегії для приховування недоліків, намагаючись виправдатися або пояснити свої слабкості словами.

Останнім інструментом нашого дослідження стала Методика «Шкала самоповаги М. Розенберга» результати якої представлені в Табл. 2.5. та на Рис.2.4.

Таблиця 2.5.

Результати діагностики самоповаги за методикою М.Розенберга

Рівень самоповаги	Жінки	Чоловіки
Низький рівень	20%	12%
Середній рівень	36%	34%
Вище середнього	27%	26%
Високий рівень	17%	28%

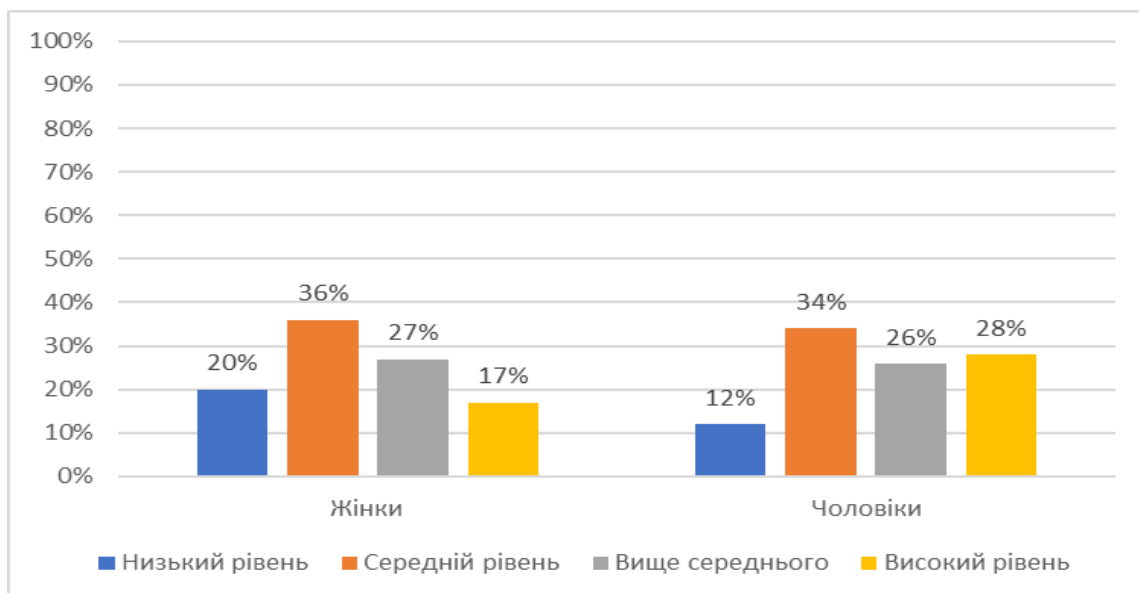


Рис 2.4. Результати діагностики самоповаги у чоловіків і жінок

Отже за методикою діагностики самоповаги 20% жінок мають низький рівень самоповаги, що значно більше, ніж у чоловіків (12%), що свідчить жінки частіше відчувають низьку самоповагу, що може бути пов'язано з соціальними стереотипами, підвищеними очікуваннями або більшим самокритичним ставленням до себе. 36% жінок мають середній рівень самоповаги, що дещо більше, ніж у чоловіків (34%), в результаті чого можна сказати, що у них існує певний баланс у сприйнятті себе. Рівень самоповаги вище середнього майже однаковий серед жінок і чоловіків, що свідчить про подібний рівень впевненості у власних силах і позитивному сприйнятті себе. Варто зауважити, що 28% чоловіків мають високий рівень самоповаги, що суттєво більше, ніж у жінок (17%), що може бути пов'язане із суспільними очікуваннями до чоловіків, які мають підкреслюють свою незалежність, силу та впевненість.

Наступним кроком в нашому емпіричному дослідженні стало проведення кореляційного аналізу для виявлення зв'язку порушень харчової поведінки та параметрів перфекціонізму. За результатами його проведення ми виявили, що за методикою «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Хьюїтта та Г. Флетта: кореляції між сумарним балом за методикою ЕАТ-26 та перфекціонізмом, орієнтованим на себе ($r=0,316$ для $p \leq 0,05$), соціально приписаним

перфекціонізмом ($r=0,301$ для $p \leq 0,05$), а також сумарним балом за методикою Багатовимірної шкали перфекціонізму ($r=0,266$ для $p \leq 0,05$); кореляції між обмежувальною харчовою поведінкою та перфекціонізмом, орієнтованим на себе ($r=0,267$ для $p \leq 0,05$), а також соціально приписаним перфекціонізмом ($r=0,332$ для $p \leq 0,05$).

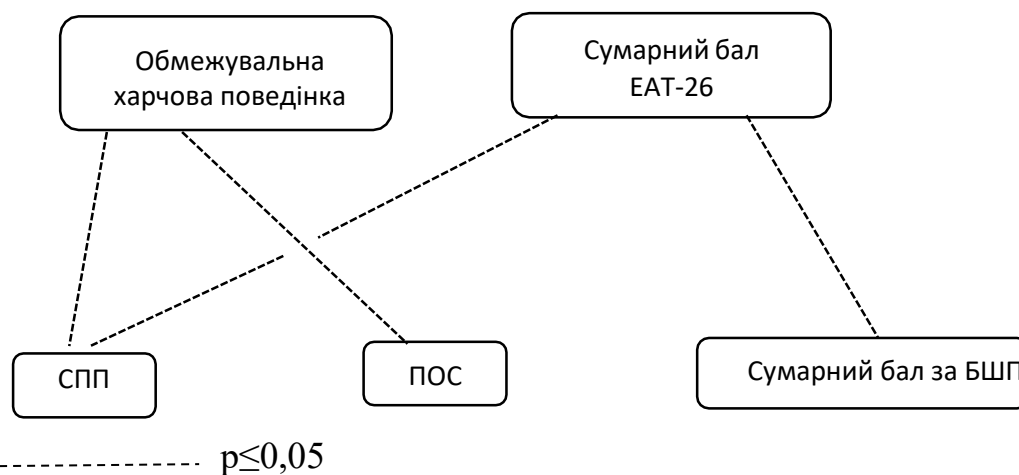


Рис.2.5. Кореляція між порушеннями харчової поведінки та параметрами перфекціонізму

Як і передбачалося, з порушеннями харчової поведінки пов'язані два компоненти перфекціонізму: перфекціонізм, орієнтований на себе (схильність пред'являти надмірно високі вимоги до себе) та соціально приписаний перфекціонізм (схильність розцінювати вимоги, що пред'являються іншими, як завищені). Кореляцій між порушеною харчовою поведінкою та перфекціонізмом, орієнтованим на інших, виявлено не було. Ці дані узгоджуються з результатами інших досліджень на тему: порушення харчової поведінки пов'язані як з адаптивним перфекціонізмом, так і з невротичним перфекціонізмом (Vardone-Cone et al.). Можливо, у разі цих відхилень вид перфекціонізму, який вважається нормальним, перестає бути здоровим за своєю суттю.

Окрім того, було знайдено безліч кореляцій між порушеннями харчової поведінки та параметрами перфекціоністської самопрезентації за методикою «Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Х'юїтта (Рис.2.6.). Отримані

дані свідчать про те, що всі способи перфекціоністської самопрезентації часто співіснують з порушеною харчовою поведінкою. Це означає, що для осіб з порушеною харчовою поведінкою характерне прагнення здаватися досконалими в очах інших, і навіть прагнення приховувати свої недоліки, не показуючи їх у поведінці та у спілкуванні з іншими. Слід зазначити, що ці кореляції загалом більш значущі, ніж кореляції між порушеннями харчової поведінки та перфекцінізмом, тобто, можливо, явище перфекціоністської самопрезентації тісніше пов'язане з порушеннями харчової поведінки, ніж сам перфекцінізм. Можна припустити, що воно опосередковує зв'язок між перфекцінізмом та порушеною харчовою поведінкою.

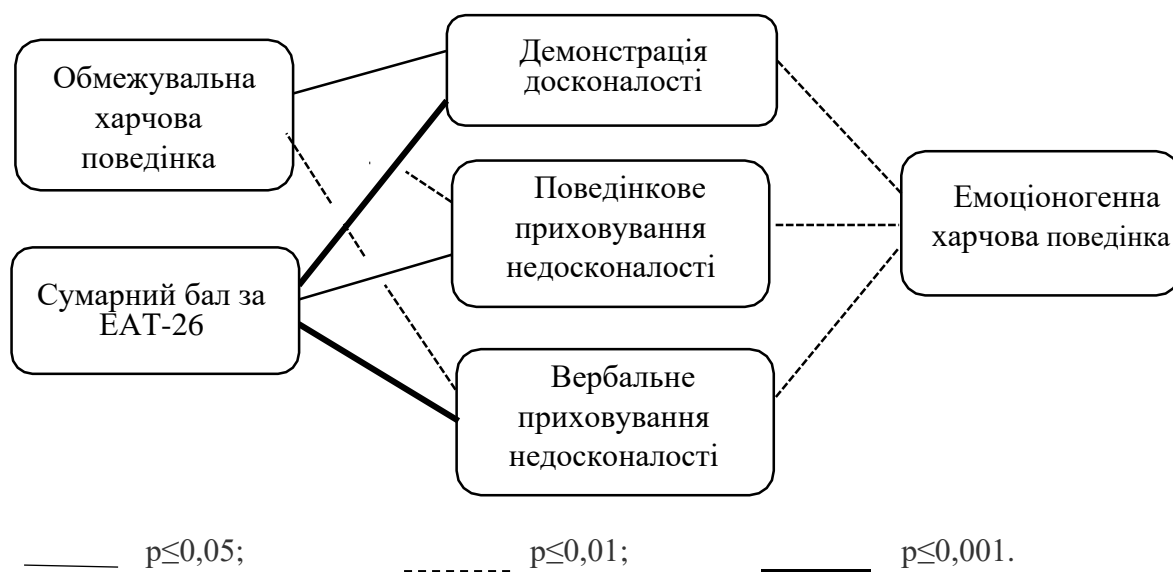


Рис. 2.6. Кореляція між порушеннями харчової поведінки та окремими параметрами перфекціоністської самопрезентації

Крім цього, були виявлені негативні кореляції між показниками порушеної харчової поведінки та самоповагою Рис 2.7.

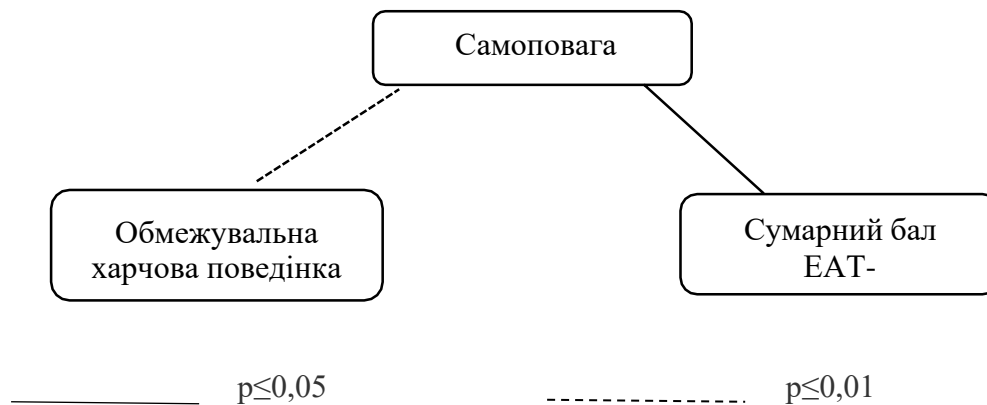


Рис. 2.7. *Негативні кореляції між самоповагою та порушеннями харчової поведінки*

Це підтверджує припущення, що низька самоповага є однією з особистісних рис, характерних для осіб з порушеною харчовою поведінкою.

Висновки до другого розділу

У результаті проведеного нами емпіричного вивчення розладів харчової поведінки та факторів, що приють їх розвитку нам вдалося виявити окремі особливості їх розвитку у респондентів.

Оперуючи одержаними емпіричними показниками дослідження розладів харчової поведінки у дорослих, факторів, що сприяють їх виникненню ми пропонуємо програму формування конструктивного перфекціонізму. Запропонована нами програма матиме психологічно-розвивальний характер і спрямована не лише формування здорового і конструктивного підходу до перфекціонізму, а й запобігання розвитку харчових розладів через зміну негативних мисленнєвих патернів та стереотипів; підвищення рівня самоповаги і зниження рівня стресу, пов'язаного з тілесним образом.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ДОРΟΣЛИХ.

3.1. Пояснювальна записка до програми формування конструктивного перфекціонізму у дорослих з порушеннями харчової поведінки

Корекційна програма формування конструктивного перфекціонізму, складена на основі гіпотези нашого дослідження про вплив перфекціонізму як фактору, що впливає на появу харчових розладів в людини. Дана програма спрямована на недопущення проявів харчових розладів, та фокусується на розвитку здорових моделей поведінки, самоповаги, та критичного ставлення до суспільних ідеалів.

Мета програми: формування здорового і конструктивного підходу до перфекціонізму; запобігання розвитку харчових розладів через зміну негативних мисленневих патернів та стереотипів; підвищення рівня самоповаги і зниження рівня стресу, пов'язаного з тілесним образом.

Виходячи з мети корекційної програми ми виділили деякі її основні завдання:

1. Виявлення та усвідомлення деструктивного перфекціонізму.
2. Формування навичок конструктивного перфекціонізму.
3. Підвищення рівня самоповаги.
4. Розвиток критичного ставлення до суспільних ідеалів зовнішності.
5. Регуляція стресу та емоційної напруги.
6. Формування здорової харчової поведінки.
7. Зміна негативних мисленневих установок щодо тіла і харчування.
8. Профілактика харчових розладів.
9. Закріплення нових моделей поведінки.

Принципи роботи програми:

Принцип індивідуального підходу. Програма враховує індивідуальні особливості кожного учасника — його особистісні характеристики, рівень самоповаги, стосунки з тілом і харчуванням. Завдання і методи корекції адаптуються під індивідуальні потреби, щоб досягти максимальних результатів.

Принцип когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Основою програми є когнітивно-поведінковий підхід, який допомагає учасникам розпізнавати і змінювати негативні мисленнєві патерни та неефективну поведінку.

Принцип поступового набуття навичок. Навчання новим навичкам та зміна мислення відбуваються поступово, з акцентом на засвоєння і закріплення кожного етапу. Це забезпечує стійкість отриманих результатів.

Принцип позитивного підкріплення. Учасники отримують підтримку і схвалення за кожне зусилля і досягнення в процесі змін, що стимулює їх до подальшого саморозвитку.

Принцип групової підтримки. Учасники програми працюють у групі, де можуть підтримувати один одного, обмінюватися досвідом і відчувати спільність у проблемах. Це створює атмосферу довіри і сприяє більш глибокому саморозкриттю.

Принцип активної участі та самовідповідальності. Учасники активно залучаються в процес роботи над собою і беруть на себе відповідальність за зміни. Це допомагає формувати відчуття контролю над ситуацією та власними досягненнями.

Принцип балансу між емоційним і когнітивним компонентами. Програма звертає увагу на емоційні аспекти, пов'язані з перфекціонізмом і харчовими розладами, але також фокусується на зміні когнітивних установок.

Принцип реалістичних очікувань. Програма навчає учасників ставити реалістичні цілі щодо змін у собі, своїй зовнішності та досягненнях. Це допомагає знизити рівень стресу і тривожності.

Принцип запобігання рецидивам. Програма фокусується не тільки на короткострокових результатах, але й на довготривалих змінах, запобігаючи поверненню до старих звичок і моделей поведінки.

Кількісна характеристика групи: 15-17 осіб.

Форма роботи: групова.

Робота в рамках кожної зустрічі організовувалася типово і складалася з трьох частин:

- 1) Вступна частина.
- 2) Змістовна частина.
- 3) Заключна частина [18].

Часові межі реалізації програми: програма розрахована на 16 годин (8 зустрічей по 2 години).

3.2. Структура та зміст програми програми формування конструктивного перфекціонізму у дорослих з порушеннями харчової поведінки

Заняття 1: Знайомство та визначення цілей

Мета: Ознайомити учасників з поняттям перфекціонізму та його впливом на життя, виявити особисті цілі.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: аркуші паперу, ручки для кожного учасника, презентація або наочні матеріали з прикладами конструктивного та деструктивного перфекціонізму, фліпчарт для групових висновків

1. Вступ та знайомство (15 хвилин)

Вступне слово тренера: Тренер коротко представляється, пояснює мету заняття та значення перфекціонізму у сучасному житті.

Вправа «Знайомство через асоціацію»:

Учасникам пропонується по черзі назвати своє ім'я та одну рису, яку вони асоціюють із перфекціонізмом (наприклад, «Я Олена, і для мене перфекціонізм – це завжди прагнення до найкращого»). Це дозволить кожному увійти в тему через особистий досвід.

2. Огляд перфекціонізму: конструктивний vs деструктивний (20 хвилин)

Міні-лекція тренера:

Тренер пояснює ключові поняття: Конструктивний перфекціонізм: прагнення до вдосконалення без втрати контролю над емоціями, зі здатністю приймати помилки. Деструктивний перфекціонізм: незадоволеність собою, страх помилок, тривога, коли не все ідеально. Під час лекції наводяться приклади з реального життя для ілюстрації різниці між цими видами перфекціонізму.

Групова вправа «Перфекціонізм у моєму житті»:

Учасники об'єднуються в міні-групи по 3-4 особи і обговорюють:

- Як вони помічають перфекціонізм у своєму житті?
- Чи є він більше конструктивним чи деструктивним?

По завершенню обговорення кожна група ділиться ключовими висновками.

3. Дискусія щодо впливу ідеалів на самосприйняття (25 хвилин)

Групове обговорення (15 хвилин):

Тренер ставить питання для обговорення:

Як впливають суспільні стандарти та ідеали на ваше самосприйняття?

Які наслідки постійного порівняння себе з іншими?

Учасники обмінюються думками, тренер модерує дискусію, пропонуючи додаткові питання для роздумів.

Індивідуальна вправа «Віддзеркалення ідеалів» (10 хвилин):

Кожен учасник отримує аркуш паперу, де він/вона має написати 3-5 ідеалів або очікувань, які чинять на них найбільший тиск. Учасники аналізують, які з цих ідеалів допомагають їм рухатися вперед, а які є джерелом стресу.

4. Визначення індивідуальних цілей щодо покращення власного перфекціонізму (30 хвилин)

Вправа «Цілі та перфекціонізм» (20 хвилин):

Учасники отримують аркуш, де записують свої відповіді на такі питання:

Що в моєму житті є проявом конструктивного перфекціонізму?

Що з перфекціоністичних рис заважає мені жити більш вільно та радісно?
Які три цілі я ставлю перед собою для роботи над своїм перфекціонізмом?
Тренер допомагає, даючи поради та напрямки для рефлексії.

Поділ цілей у міні-групах (10 хвилин):

Учасники об'єднуються в пари або трійки, щоб коротко поділитися своїми цілями, отримати зворотний зв'язок від колег і додати можливі корективи.

5. Підсумок заняття (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер просить учасників коротко розказати про головний висновок або відкриття, яке вони зробили на занятті.

Домашнє завдання: Тренер пропонує учасникам подумати, як вони можуть інтегрувати свої цілі у повсякденне життя, та підготувати кілька практичних кроків для наступного заняття.

Заняття 2: Пізнання власного мислення

Мета: Навчити учасників розпізнавати деструктивні мисленнєві моделі.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: аркуші паперу, ручки для кожного учасника, презентація з описом типів мисленнєвих пасток, КППТ-таблиці для індивідуальної роботи.

1. Вступ і налаштування на роботу (10 хвилин)

Вступне слово тренера (5 хвилин). Тренер нагадує учасникам про попереднє заняття і пояснює, як розуміння власних мисленнєвих моделей допомагає справлятися з деструктивними формами перфекціонізму.

Вправа «Налаштування на позитивне мислення» (5 хвилин):

Учасники стають у коло і діляться короткими позитивними моментами з останнього тижня, щоб створити доброзичливу атмосферу.

2. Розгляд негативних автоматичних думок (30 хвилин)

Міні-лекція тренера: Мисленнєві пастки (15 хвилин): Тренер розповідає про негативні автоматичні думки та їхній вплив на емоційний стан і поведінку.

Огляд основних типів «мисленневих пасток»:

Чорно-біле мислення: думки на основі крайностей («усе або нічого»).

Катастрофізація: схильність припускати найгірший можливий сценарій.

Генералізація: створення узагальнень на основі однієї події або ситуації.

Мінімалізація позитиву: недооцінювання власних успіхів або досягнень.

Вправа «Знайди пастку» (15 хвилин):

Учасники отримують картки з описами різних ситуацій та повинні визначити, яку мисленнєву пастку вони містять.

Після обговорення в парах, кожна пара ділиться своїми висновками з групою.

3. Практика розпізнавання деструктивних думок (40 хвилин)

Вправа «Думка та емоція» (20 хвилин): Кожен учасник записує на аркуші одну з останніх ситуацій, що викликала у нього/неї негативні емоції. Потім вони мають проаналізувати свою реакцію:

- Які думки з'явилися в цій ситуації?
- Яка емоція з ними пов'язана?
- Яку мисленнєву пастку можна знайти в цих думках?

Тренер допомагає учасникам виявити та ідентифікувати деструктивні моделі мислення.

Індивідуальна робота з КПТ-таблицею (20 хвилин):

Тренер роздає учасникам КПТ-таблиці, де потрібно заповнити наступні колонки:

Ситуація: що сталося?

Автоматична думка: яка думка першою з'явилася?

Емоція: що я відчув/ла?

Альтернативна думка: яку більш реалістичну думку можна запропонувати замість автоматичної?

Учасники заповнюють таблиці на основі власних прикладів. Потім у парах обговорюють свої записи, надаючи зворотний зв'язок один одному.

4. Групове обговорення прикладів (30 хвилин)

Обговорення у колі (15 хвилин): Учасники діляться своїми висновками після вправи та тим, як вони помічають мисленеві пастки у своєму житті. Тренер підкреслює важливість розвитку навичок свідомого розпізнавання деструктивних думок і їх заміни на більш конструктивні.

Вправа «Надія на майбутнє» (15 хвилин): Учасники записують на аркуші одну або дві ситуації, де вони хочуть свідомо працювати над заміною негативних думок позитивними. Вони обговорюють свої плани у міні-групах по 3-4 особи, даючи один одному підтримку та поради.

5. Підсумок заняття (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер пропонує кожному учаснику коротко висловитися про те, як вони планують застосовувати нові знання на практиці.

Домашнє завдання: Учасники отримують завдання протягом тижня свідомо відслідковувати свої негативні автоматичні думки та записувати їх у КПТ-таблицю.

Заняття 3: Зміна негативних установок

Мета: Розвинути навички заміни деструктивних думок на конструктивні.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: аркуші паперу, ручки для кожного учасника, презентація з прикладами негативних установок і техніками їх заміни, КПТ-таблиці для індивідуальної роботи.

1. Вступ та налаштування на роботу (10 хвилин)

Вступне слово тренера (5 хвилин): Тренер нагадує учасникам про загальні цілі програми та підкреслює важливість усвідомлення та зміни негативних мисленевих патернів, які можуть сприяти розвитку харчових розладів і знижувати рівень самоповаги. Оголошення теми заняття: робота з негативними установками про зовнішність і тілесний образ.

Вправа «Позитивний старт» (5 хвилин): Кожен учасник коротко ділиться тим, що вони люблять у своєму зовнішньому вигляді або яка риса їхнього характеру викликає у них гордість. Це допоможе створити позитивний емоційний фон для заняття.

2. Розпізнавання негативних установок про зовнішність (30 хвилин)

Міні-лекція: Негативні установки та їхній вплив на тілесний образ і самоповагу (10 хвилин): Тренер пояснює, як негативні установки, пов'язані із зовнішністю, впливають на емоційний стан, самооцінку та можуть призводити до харчових розладів.

Наводяться приклади типових деструктивних мисленневих патернів:

- «Я завжди повинна бути ідеальною».
- «Якщо я не схудну, ніхто не буде мене любити».
- «Моє тіло ніколи не буде таким, як у моделей».

Вправа «Зовнішній критик vs внутрішній союзник» (20 хвилин): Учасники отримують завдання: записати одну негативну думку про своє тіло або зовнішність. Потім вони повинні переписати цю думку з точки зору «внутрішнього союзника» — голосу, який підтримує та приймає їх такими, як вони є. Обговорення в парах: кожен учасник ділиться своїм прикладом та отримує зворотний зв'язок від партнера.

3. Техніки переосмислення та гнучкого мислення (30 хвилин)

Міні-лекція: Що таке гнучке мислення та як воно допомагає змінити установки? (10 хвилин): Тренер розповідає про поняття гнучкого мислення — здатність мислити більш відкрито, бачити ситуацію з різних кутів і знаходити альтернативні шляхи досягнення мети без самокритики. Наводяться приклади, як жорстке мислення («Я повинна виглядати ідеально завжди») може бути замінено на гнучке («Я роблю найкраще, що можу, і це вже достатньо»).

Вправа «Переосмислення негативних думок» (20 хвилин): Учасники записують три негативні думки про свою зовнішність, тілесний образ чи досягнення, які вони часто помічають.

Завдання полягає в тому, щоб переформулювати кожную думку у більш конструктивну, використовуючи принципи гнучкого мислення. Наприклад: «Моє тіло ніколи не буде ідеальним» на «Моє тіло унікальне, і я можу піклуватися про нього заради здоров'я».

Обговорення у міні-групах по 3 особи, де кожен ділиться своїм переформулюванням та отримує підтримку.

4. Робота з КПТ-таблицею для зміни установок (40 хвилин)

Вправа «КПТ-таблиця: від деструктивних до конструктивних думок» (20 хвилин): Тренер роздає учасникам таблиці, в яких вони заповнюють наступні колонки:

Ситуація: коли виникає негативна думка?

Автоматична негативна думка: що я думаю у цей момент?

Емоція: як я себе почуваю через цю думку?

Альтернативна конструктивна думка: що я можу подумати замість цього?

Учасники заповнюють таблиці на основі особистих прикладів і працюють над переосмисленням деструктивних думок.

Групове обговорення (20 хвилин): Учасники об'єднуються в групи по 3-4 особи для обговорення своїх таблиць і діляться прикладами переформульованих думок. Групи обговорюють, як ці зміни вплинули б на їхню самооцінку і відношення до свого тіла.

5. Підсумок заняття (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер пропонує кожному учаснику поділитися однією думкою, яку вони вдалося успішно замінити, і розповісти, як це вплинуло на їхній емоційний стан або самоповагу.

Домашнє завдання: Продовжувати відслідковувати негативні думки про зовнішність і замінювати їх на конструктивні, використовуючи КПТ-таблицю. Учасники мають відзначати зміни у своєму емоційному стані та самооцінці протягом тижня.

Заняття 4: Підвищення самоповаги

Мета: Підвищити рівень самоповаги через акцент на особистісних досягненнях.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: аркуші паперу, ручки для кожного учасника, список особистісних якостей для вправи «Мої сильні сторони», журнали досягнень (можуть бути у вигляді блокнотів або електронних файлів).

1. Вступ та налаштування на роботу (10 хвилин)

Вступне слово тренера (5 хвилин): Тренер наголошує на важливості самоповаги для особистісного зростання та внутрішнього балансу, підкреслюючи, що самоповага будується на усвідомленні власних досягнень, сильних сторін і реальних успіхів.

Вправа «Ранковий позитив» (5 хвилин): Учасники діляться своїми досягненнями за минулий тиждень або тим, що вони вважають успіхом (навіть незначним), щоб налаштуватися на позитивне мислення.

2. Робота з позитивним самосприйняттям (30 хвилин)

Міні-лекція: Як наше самосприйняття впливає на самоповагу? (10 хвилин): Тренер пояснює, як внутрішні установки і переконання впливають на рівень самоповаги. Негативне самосприйняття часто знижує впевненість у собі, а позитивне сприйняття себе підсилює відчуття власної гідності. Пояснюються основні аспекти самоповаги: прийняття себе, визнання своїх досягнень, позитивне мислення.

Вправа «Портрет самоповаги» (20 хвилин): Учасникам дають завдання: намалювати або описати у вигляді короткого тексту образ себе як особистості з високою самоповагою. Це можуть бути як фізичні риси, так і риси характеру чи досягнення, які вони вважають важливими.

Після завершення, учасники обговорюють у міні-групах свої портрети та діляться, що для них стало найважливішим у цьому образі.

3. Техніки розвитку впевненості через оцінювання своїх сильних сторін (30 хвилин)

Міні-лекція: Оцінювання своїх сильних сторін як ключ до впевненості (10 хвилин): Тренер розповідає, як визнання і розвиток власних сильних сторін може допомогти збільшити впевненість у собі. Наводяться приклади, як сфокусованість на позитивних якостях і досягненнях може трансформувати негативні переконання про себе.

Вправа «Мої сильні сторони» (20 хвилин): Учасники отримують список різних особистісних якостей (таких як терплячість, креативність, відповідальність) та завдання вибрати 5 якостей, які вони вважають своїми сильними сторонами. Потім вони обговорюють це у парах: кожен пояснює, чому він обрав саме ці риси і як вони допомогли йому в досягненні життєвих цілей або подоланні труднощів.

4. Практика позитивної рефлексії на щоденні досягнення (40 хвилин)

Міні-лекція: Важливість щоденної рефлексії на досягнення (10 хвилин): Тренер підкреслює, що навіть незначні досягнення щодня можуть зміцнити самоповагу, якщо на них звертати увагу. Пояснюється, як щоденний аналіз власних успіхів допомагає закріпити позитивне мислення і підсилити почуття задоволеності собою.

Вправа «Журнал досягнень» (30 хвилин):

Учасники отримують завдання вести журнал протягом тижня, де вони щодня записуватимуть 3 досягнення, незалежно від їхнього масштабу (наприклад, «я добре провів зустріч», «встиг зробити те, що планував», «проявив терплячість у важкій ситуації»). Протягом 10 хвилин учасники записують у свій журнал свої сьогоднішні досягнення або успіхи минулого тижня. Після цього вони діляться результатами у міні-групах і обговорюють, як ці маленькі перемоги вплинули на їхній емоційний стан та самоповагу.

5. Підсумок заняття (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер просить кожного учасника коротко розповісти про одне з відкриттів під час заняття: яка вправа або техніка допомогла їм найбільше у підвищенні самоповаги.

Домашнє завдання: Продовжувати вести журнал досягнень протягом наступного тижня. Також учасники можуть обрати одну з сильних сторін, яку вони визначили на занятті, і спробувати посилити її на практиці, фіксуючи результати у журналі.

Заняття 5: Стрес і харчова поведінка

Мета: Розуміння зв'язку між стресом і харчовою поведінкою, навчання технік регуляції стресу.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: ковдри або килимки для медитації (для зручного сидіння), інструкції з технік глибокого дихання, спокійна музика або звуки природи для медитації (за бажанням).

1. Вступ та налаштування на роботу (10 хвилин)

Вступне слово тренера (5 хвилин): Тренер пояснює мету заняття: допомогти учасникам усвідомити, як стрес впливає на їхню харчову поведінку, і навчитися контролювати цей вплив за допомогою технік саморегуляції. Коротке ознайомлення з планом заняття: обговорення впливу стресу, практичні вправи з медитації та релаксації.

Вправа «Моя реакція на стрес» (5 хвилин): Кожен учасник коротко розповідає про свої типові реакції на стрес, зокрема як він впливає на їхні харчові звички (наприклад, чи переїдають вони під час стресу, чи навпаки — втрачають апетит).

2. Обговорення впливу стресу на харчову поведінку (30 хвилин)

Міні-лекція: Зв'язок між стресом і харчовою поведінкою (10 хвилин): Тренер розповідає про те, як стрес може викликати зміну в харчовій поведінці,

зокрема емоційне переїдання, вибір нездорових продуктів, або, навпаки, зниження апетиту. Пояснюється біологічний аспект: як стрес впливає на гормони, зокрема кортизол, що сприяє переїданню або вибору висококалорійної їжі.

Тренер підкреслює важливість усвідомлення своїх харчових реакцій на стрес для їхнього регулювання.

Групове обговорення (20 хвилин): Учасники діляться власними прикладами, коли вони помічали вплив стресу на свою харчову поведінку. Обговорюють, які ситуації найчастіше провокують такі реакції і як вони намагаються з цим справлятися.

3. Введення технік саморегуляції: глибоке дихання та медитація (40 хвилин)

Міні-лекція: Що таке саморегуляція і чому вона важлива (10 хвилин): Тренер пояснює поняття саморегуляції — здатність контролювати емоції та стресові реакції. Відзначається важливість регулярної практики релаксації для запобігання негативному впливу стресу на харчову поведінку.

Пояснюється вплив глибокого дихання та медитації на нервову систему: як вони допомагають знизити рівень стресу, стабілізувати емоції і запобігти автоматичним реакціям, таким як емоційне переїдання.

Практика глибокого дихання (10 хвилин): Тренер навчає учасників техніки глибокого дихання: повільне вдихання через ніс на рахунок чотири, затримка дихання на чотири секунди, повільний видих через рот на рахунок чотири. Учасники практикують цю техніку разом із тренером, зосереджуючись на відчуттях у тілі та змінах у своєму емоційному стані.

Медитація для зниження стресу (20 хвилин): Тренер проводить медитацію усвідомленості (майндфулнес) з акцентом на зосередженні уваги на диханні та відчуттях у тілі. Учасники сидять у зручному положенні, заплющують очі та слідує інструкціям тренера, які допомагають їм розслабитися, зосередитися на поточному моменті і знизити рівень тривожності. Медитація

триває близько 15 хвилин, після чого тренер плавно виводить учасників із цього стану.

4. Групова медитація для зниження стресу (30 хвилин)

Міні-лекція: Як використовувати медитацію та дихальні техніки у повсякденному житті (10 хвилин): Тренер пояснює, як учасники можуть застосовувати медитацію та дихальні вправи в стресових ситуаціях у повсякденному житті, щоб регулювати свої емоційні стани й уникати емоційного переїдання. Наголошується на важливості регулярної практики, навіть якщо це кілька хвилин на день, для стабілізації емоційного стану.

Групова медитація «Місце спокою» (20 хвилин): Тренер проводить ще одну медитацію, спрямовану на створення в уяві учасників «місця спокою» — місця, де вони можуть почуватися безпечно і розслаблено. Учасники уявляють це місце з максимальною деталізацією (наприклад, природний пейзаж або затишна кімната), де вони можуть відчувати глибокий спокій і безтурботність.

5. Підсумок заняття (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер запрошує учасників поділитися своїми відчуттями після медитацій та дихальних вправ. Кожен коротко розповідає, як змінилося їхнє самопочуття, чи відчували вони зниження стресу і яке враження на них справила групова медитація.

Домашнє завдання: Продовжувати практикувати глибоке дихання та короткі медитації протягом наступного тижня. Учасники повинні спостерігати за тим, як ці техніки впливають на їхній емоційний стан та харчову поведінку.

Заняття 6: Харчові міфи та ідеали тіла

Мета: розвиток критичного мислення щодо суспільних харчових стереотипів.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: приклади рекламних матеріалів, інформаційні листи з основними харчовими міфами та їхнім спростуванням, папір і ручки для рефлексійної вправи.

1. Вступ (10 хвилин)

Привітання учасників: Тренер вітає учасників, створюючи теплу і довірливу атмосферу. Коротко підсумовуються теми попередніх занять про перфекціонізм і харчові розлади, щоб встановити зв'язок із поточною темою. Тренер розповідає, що сьогоднішнє заняття присвячене вивченню суспільних стереотипів про тіло та харчування. Завдання: навчитися критично аналізувати ці міфи, щоб зменшити їхній вплив на власну самооцінку і поведінку.

2. Лекція: «Міфи про ідеальне тіло та харчування» (25 хвилин)

Визначення харчових міфів: Тренер розповідає про найпоширеніші міфи, такі як:

- Ідеальна вага є ключовим показником здоров'я.
- Чим менше їси — тим краще для фігури.
- Деякі «суперфуди» або дієти можуть миттєво покращити зовнішній вигляд або здоров'я.
- Єдиний шлях до красивого тіла — це строгі дієти та інтенсивні тренування.

Опис механізмів формування міфів: Як суспільство, медіа, індустрія краси та фітнесу нав'язують нереалістичні стандарти. Наприклад, ідеалізовані тіла на обкладинках журналів чи в рекламі не відображають реальність (ретушування, світло, професійні тренери).

Наслідки харчових міфів: Як ці уявлення впливають на психологічне здоров'я, спричиняють харчові розлади, стрес, зниження самооцінки, почуття провини за їжу або зовнішній вигляд.

3. Групова робота: «Аналіз реклами» (30 хвилин). Тренер пропонує учасникам об'єднатися в групи по 3-4 людини для виконання завдання. Кожна

група отримує кілька прикладів реклами, яка пропагує певні ідеали краси та харчування (відеоролики, журнальні зображення, пости в соцмережах).

Завдання для аналізу:

- Який образ тіла або здоров'я просувається у рекламі?
- Які емоції викликає це зображення або відео?
- Як реклама стимулює потребу змінити своє тіло чи поведінку?
- Чи реалістичні ці образи та поради? Чому або чому ні?

Обговорення результатів: Кожна група презентує свої висновки. Тренер допомагає учасникам звернути увагу на невідповідність між пропагованими ідеалами та реальністю, а також на комерційні інтереси таких реклам.

4. Дебати: «Міфи проти реальності» (30 хвилин)

Формування груп для дебатів: Учасники поділяються на дві команди. Одна команда захищає тезу про те, що суспільні стандарти тіла та харчування реалістичні та позитивні, інша команда виступає проти, стверджуючи, що ці стандарти є шкідливими та нереальними.

Хід дебатів:

- Кожна команда готує свої аргументи за 10 хвилин.
- Кожна команда має 5 хвилин на презентацію своїх позицій.
- Дискусія між командами (запитання один до одного, відповіді, обмін думками).

5. Вправа «Критичний підхід до здоров'я і тіла» (15 хвилин). Тренер разом з учасниками обговорює:

- Які реалістичні підходи до здорового харчування та турботи про тіло можуть допомогти уникнути стресу та нереалістичних очікувань?
- Які звички і способи мислення варто розвивати, щоб краще приймати своє тіло і уникати харчових міфів?
- Що для вас є здоров'ям?
- Як ви ставитесь до свого тіла зараз і як хотіли б його сприймати в майбутньому?

6. Вправа на рефлексію: «Сприйняття власного тіла» (10 хвилин).

Учасникам пропонується записати свої думки щодо власного тіла після заняття. Важливо уникати критики чи самозасудження, натомість зосереджуватися на позитивних або нейтральних аспектах свого зовнішнього вигляду.

7. Підсумок і завершення (10 хвилин)

Рефлексія: Тренер запрошує учасників поділитися тим, що найбільше запам'яталося чи здивувало під час заняття.

Домашнє завдання: Тренер пропонує учасникам обрати один міф або стереотип, який найбільше на них впливає, і впродовж тижня свідомо його аналізувати та спостерігати, як він проявляється у повсякденному житті.

Заняття 7: Формування здорової харчової поведінки

Мета: Навчити учасників створювати і підтримувати здорові харчові звички.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: бланки для ведення харчового щоденника, приклади збалансованих меню, ручки і папір для планування.

1. Вступ (10 хвилин)

Привітання учасників: Створення доброзичливої атмосфери. Коротке нагадування про роботу з харчовими міфами та ідеалами тіла. Пояснення тренера, що сьогоднішня мета — навчитися створювати і підтримувати здорові харчові звички, а також відрізнити емоційне харчування від харчування за потребою організму.

2. Лекція: «Основи здорового харчування» (20 хвилин)

Що таке здорове харчування: Основні принципи здорового харчування — баланс білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів, відповідність калорійності рівню фізичної активності.

Відмінність між харчуванням за фізіологічними потребами та емоційним харчуванням: харчування за потребою — коли їжа

використовується для підтримки енергії та функцій організму; емоційне харчування — коли їжа використовується для заспокоєння емоцій, стресу, тривоги чи як спосіб уникнути проблем.

Наслідки емоційного харчування: Проблеми із зайвою вагою, порушенням травлення, низька самооцінка, залежність від їжі для емоційного комфорту.

3. Практичне планування здорового меню (35 хвилин). Тренер пропонує учасникам скласти приклад здорового меню на день або тиждень. Важливо врахувати різноманітність продуктів, порції, час прийомів їжі та фізичну активність. Учасники можуть працювати індивідуально або в парах, обговорюючи свої плани.

Завдання:

- Створити збалансоване меню, яке відповідає індивідуальним потребам і смакам.
- Включити продукти, які подобаються, але які також є корисними для здоров'я.
- Планувати перекуси, щоб уникати надмірного голоду між основними прийомами їжі.

Обговорення: Після складання меню, учасники обговорюють свої плани з групою, отримують зворотний зв'язок від тренера, який допомагає скоригувати недоліки та запропонувати поліпшення.

4. Ведення харчового щоденника (30 хвилин). Тренер пояснює, що ведення щоденника допомагає відстежувати свої звички, аналізувати емоційні тригери для їжі та покращувати контроль над харчуванням.

Як вести щоденник:

- Записувати все, що було з'їдено протягом дня, включаючи час прийому їжі, кількість і тип продуктів.
- Фіксувати свої емоції та обставини під час прийому їжі (чи була їжа пов'язана з голодом або емоційними причинами).

- Аналізувати записи наприкінці дня або тижня, щоб знайти повторювані схеми та можливі проблеми.

Практична вправа: Учасники отримують роздаткові матеріали для ведення харчового щоденника та починають записувати свою їжу на поточний день. Тренер пропонує їм продовжити вести щоденник протягом тижня, щоб мати змогу проаналізувати свої харчові звички.

5. Обговорення труднощів у підтримці здорових харчових звичок (20 хвилин). Тренер запитує учасників, які труднощі вони зустрічають під час спроб підтримувати здорове харчування. Можливі питання:

- Які ситуації або емоції спонукають до емоційного харчування?
- Які виклики виникають при плануванні збалансованого раціону?

Обговорення стратегій подолання: Разом з групою тренер обговорює способи подолання цих труднощів:

- Використання технік самоконтролю (наприклад, паузи перед їжею, щоб оцінити, чи дійсно відчувається голод).
- Встановлення чітких, досяжних цілей щодо харчування.
- Підтримка здорових перекусів під рукою для уникнення переїдання.

6. Підсумок і завершення (5 хвилин). Тренер підсумовує ключові ідеї: важливість розрізнення фізіологічних і емоційних причин для їжі, планування здорового раціону та ведення харчового щоденника.

Домашнє завдання: Учасникам пропонується продовжити ведення харчового щоденника на тиждень і спробувати дотримуватися складеного меню. Через тиждень на наступному занятті буде проведений аналіз результатів.

Заняття 8: Заключне. Оцінка результатів та закріплення навичок

Мета: Оцінити прогрес учасників і закріпити набуті навички.

Тривалість: 2 години.

Матеріали: бланки для самооцінювання, папір і ручки для написання планів підтримки та рефлексій, анкети для зворотного зв'язку.

1. Вступ (10 хвилин). Тренер вітає учасників, створює дружню і спокійну атмосферу. Підкреслює, що це завершальне заняття, яке спрямоване на підведення підсумків та планування майбутнього розвитку. Тренер стисло нагадує про загальну мету програми, зосереджуючись на роботі з перфекціонізмом, харчовою поведінкою, підвищенням самооцінки та зниженням стресу, пов'язаного з образом тіла.

2. Оцінка змін у мисленні та поведінці за час програми (30 хвилин)

Самооцінювання прогресу: Кожен учасник отримує бланк з питаннями для самооцінювання, що допоможе відстежити їхні зміни під час програми. Питання можуть бути такими:

- Як змінилося ваше сприйняття власного тіла за час програми?
- Чи змінилися ваші харчові звички? Якщо так, яким чином?
- Які міфи про харчування або ідеали тіла ви змогли розвінчати для себе?
- Чи змінився ваш підхід до перфекціонізму? Як ви його бачите зараз?
- Наскільки ви задоволені своїм прогресом у програмі?

Тренер наголошує, що відповіді можуть бути анонімними, якщо хтось не хоче ділитися своїми думками в групі. Після завершення самооцінювання учасники діляться своїми відповідями (якщо бажають), обговорюючи свої досягнення і зміни. Тренер допомагає структурувати дискусію, акцентуючи увагу на позитивних змінах і прогресі.

3. Обговорення викликів та досягнень (30 хвилин). Тренер розпочинає дискусію, запитуючи учасників про виклики, з якими вони стикалися під час програми:

- Які труднощі виникали під час змінення харчових звичок?
- Чи були моменти, коли ви почувалися занадто критично до себе або поверталися до старих патернів мислення?
- Що допомагало долати ці труднощі?

Після обговорення викликів, тренер пропонує учасникам сфокусуватися на своїх досягненнях:

- Що виявилось найважливішим здобутком під час програми?
- Які нові навички чи знання стали найбільш корисними?

Тренер підсумовує дискусію, акцентуючи на тому, як далеко просунулися учасники в процесі роботи над своїм мисленням, харчовою поведінкою та самооцінкою.

4. Визначення шляхів підтримки конструктивного перфекціонізму в майбутньому (30 хвилин)

Міні-лекція: Тренер коротко пояснює, як можна підтримувати і розвивати конструктивний перфекціонізм після завершення програми: розуміння, що помилки — це частина процесу розвитку; фокус на прогресі, а не на абсолютній досконалості; встановлення реалістичних і досяжних цілей; регулярне проведення самоаналізу і рефлексії щодо своїх думок та дій.

Практична вправа «План підтримки»: Кожен учасник розробляє свій план дій для підтримки конструктивного перфекціонізму та здорових харчових звичок у майбутньому:

- Що ви будете робити, щоб продовжувати працювати над своїм перфекціонізмом?
- Які нові харчові звички ви хочете підтримувати?
- Як будете відслідковувати свої емоції, щоб уникати емоційного харчування?
- Кому ви можете звернутися за підтримкою, коли виникнуть труднощі?

Учасники можуть поділитися своїми планами з групою, отримати підтримку і зворотний зв'язок від тренера та інших учасників.

5. Рефлексія і завершення програми (20 хвилин)

Вправа на рефлексію «Погляд у майбутнє»: Учасники записують свої думки про те, що вони планують змінити або підтримувати в своєму житті після завершення програми. Можуть бути такі питання:

- Що ви змінили у своєму житті завдяки програмі?
- Які ваші наступні кроки для підтримки здорового способу життя?

Підсумкове обговорення: Тренер запрошує всіх поділитися своїми емоціями та враженнями щодо участі у програмі. Це може бути обмін почуттями вдячності, підтримки або просто враженнями від роботи у групі. Тренер підсумовує загальні результати програми, наголошуючи на важливості продовження роботи над собою. Він також пропонує можливості для подальшої підтримки, такі як індивідуальні консультації, онлайн-групи підтримки або нові тренінгові програми.

Зворотний зв'язок від учасників: Учасникам пропонується заповнити анкету або усно поділитися зворотним зв'язком про свої враження від програми та її результативність.

Дана програма не є єдиним правильним шляхом корекції порушень харчової поведінки і може змінюватися відповідно до індивідуальних потреб учасників. Її структура гнучка, і вона передбачає адаптацію до конкретних ситуацій та викликів, що виникають у процесі реалізації.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного теоретичного та емпіричного аналізу проблеми розладів харчової поведінки у дорослих та факторів, що сприяють їх виникненню, зроблено такі висновки:

1. Харчова поведінка людини є багатофакторним явищем, яке поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Біологічна потреба в їжі має глибокі психологічні корені, формуючи звички, установки та емоційні реакції, що відображають індивідуальний досвід. Психологічні дослідження свідчать про наявність різних форм харчової поведінки, таких як емоційне харчування, когнітивна обмеженість та зовнішнє харчування, кожна з яких може призводити до розладів, якщо внутрішні процеси саморегуляції порушені. Здорове харчування, як складова психосоматичного функціонування, є важливою частиною загального психічного та фізичного благополуччя людини. Найпоширенішими розладами харчової поведінки вважаються нервова анорексія, нервова булімія, та компульсивне переїдання. Нервова анорексія характеризується навмисним обмеженням споживання їжі з метою зниження ваги, що супроводжується серйозними фізичними та психічними наслідками. Нервова булімія включає епізоди переїдання з подальшими компенсаторними діями для уникнення набору ваги. Компульсивне переїдання відбувається без регулярної компенсаторної поведінки. Усі ці розлади мають спільний аспект – патологічне занепокоєння вагою та зовнішністю, що призводить до серйозних наслідків для здоров'я. Перфекціонізм є важливим фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки, взаємодіючи з іншими біологічними, психологічними та соціокультурними чинниками. Його прояви включають як адаптивні, так і дезадаптивні риси, що можуть підвищувати схильність до розладів, особливо в поєднанні з низькою самооцінкою, тривожністю та депресією. Особливо небезпечним є клінічний перфекціонізм, який підсилює симптоми розладів харчової поведінки через надмірну концентрацію на контролі ваги та харчових звичках.

2. Для дослідження факторів, що спричиняють розлади харчової поведінки у дорослих було підбрано п'ять методик, як дали змогу виявити обмежувальну, емоціогенну та екстернальну харчову поведінку у дорослих, визначити ймовірність наявності розладу харчової поведінки, виявити рівень перфекціонізму та характер співвідношення його складових у досліджуваних, дослідити прагнення особистості до досконалості та дослідити самооцінку.

3. Проаналізувавши результати дослідження ми визначили що частка досліджуваних з підвищеним ризиком розладу харчової поведінки серед чоловіків і жінок однакова і становить 10%. У жінок показник обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки перевищує тестову норму, що свідчить про наявність в них тенденції до контролю своєї харчової поведінки, вони здатні частіше встановлювати для себе заборони та обмеження щодо вживання їжі. Це явище можна пояснити тим, що жінки зіштовхуються з більш жорсткими стандартами стосовно зовнішнього вигляду та маси тіла, частіше обмежуючи своє харчування. Дослідження компонентів перфекціонізму показали, що перфекціонізм орієнтований на себе у жінок проявляється більшою мірою ніж у чоловіків, що свідчить про сильнішу внутрішню їх вимогливість щодо себе. Зважаючи на це можна сказати, що жінки більш схильні до високого рівня самовимогливості, у той час як у чоловіків це більш збалансовано між середнім і високим рівнями. Показники прояву перфекціонізму орієнтованого на інших, також вищі у жінок, відповідно, вони більше схильні до того, щоб вимагати досконалості від інших. Результати дослідження соціально приписаного перфекціонізму показали, що його рівень однаково високий як серед чоловіків, так і серед жінок. А результати загального показника перфекціонізму показали, що жінки більше схильні перфекціонізму, як самовимогливого, так і орієнтованого на інших, та більш підвладні зовнішнім очікуванням. Чоловіки ж навпаки, демонструють більш збалансований розподіл між середнім і високим рівнями перфекціонізму, особливо у категорії орієнтації на інших. Результати дослідження перфекціоністської самопрезентації показали, що жінки частіше прагнуть демонструвати свою досконалість та досягнення.

Вони мають більш виражену потребу в демонстрації досконалості, порівняно з чоловіками. Можливо, це пов'язано з бажанням виправдати зовнішні очікування або прагненням до соціального схвалення. Чоловіки ж частіше, ніж жінки, вдаються до вербальних стратегій приховування своїх недоліків, наприклад, виправдовуються або намагаються пояснити свої помилки, щоб не виглядати менш компетентними. Загалом можна сказати, що жінки більше схильні до демонстрації досконалості та поведінкового приховування своїх недоліків, що вказує на їхнє бажання здаватися бездоганними з точки зору зовнішнього вигляду та поведінки. Чоловіки, натомість, частіше використовують вербальні стратегії для приховування недоліків, намагаючись виправдатися або пояснити свої слабкості словами. Методика діагностики самоповаги показала, що у жінок більш низький рівень самоповаги, що свідчить, про те, що жінки частіше відчують низьку самоповагу, що може бути пов'язано з соціальними стереотипами, підвищеними очікуваннями або більшим самокритичним ставленням до себе. Проведений кореляційний аналіз, що застосовувався для виявлення зв'язку порушень харчової поведінки та параметрів перфекціонізму показав, що з порушеннями харчової поведінки пов'язані два компоненти перфекціонізму: перфекціонізм, орієнтований на себе (схильність пред'являти надмірно високі вимоги до себе) та соціально приписаний перфекціонізм (схильність розцінювати вимоги, що пред'являються іншими, як завищені). Кореляцій між порушеною харчовою поведінкою та перфекціонізмом, орієнтованим на інших, виявлено не було. Ці дані узгоджуються з результатами інших досліджень на тему: порушення харчової поведінки пов'язані як з адаптивним перфекціонізмом, так і з невротичним перфекціонізмом. Можливо, у разі цих відхилень від перфекціонізму, який вважається нормальним, перестає бути здоровим за своєю суттю.

Окрім того, було знайдено безліч кореляцій між порушеннями харчової поведінки та параметрами перфекціоністської самопрезентації за методикою «Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Х'юїтта. Отримані дані свідчать про те, що всі способи перфекціоністської самопрезентації часто співіснують з

порушеною харчовою поведінкою. Це означає, що для осіб з порушеною харчовою поведінкою характерне прагнення здаватися досконалыми в очах інших, і навіть прагнення приховувати свої недоліки, не показуючи їх у поведінці та у спілкуванні з іншими. Слід зазначити, що ці кореляції загалом більш значущі, ніж кореляції між порушеннями харчової поведінки та перфекціонізмом, тобто, можливо, явище перфекціоністської самопрезентації тісніше пов'язане з порушеннями харчової поведінки, ніж сам перфекціонізм. Можна припустити, що воно опосередковує зв'язок між перфекціонізмом та порушеною харчовою поведінкою. Крім цього, були виявлені негативні кореляції між показниками порушеної харчової поведінки та самоповагою. Щодо практичного застосування результатів проведеного дослідження, ми отримали підтвердження того, що при корекції порушень харчової поведінки необхідно враховувати низьку самооцінку та перфекціонізм як риси особистості, що сприяють виникненню розладів харчової поведінки, які відповідають за їх стійкість, а також, можливо, визначають резистентність пацієнта до деяких видів лікування.

4. На основі проведеного дослідження була розроблена програма, яка спрямована формування здорового і конструктивного підходу до перфекціонізму; запобігання розвитку харчових розладів через зміну негативних мисленнєвих патернів та стереотипів; підвищення рівня самоповаги і зниження рівня стресу, пов'язаного з тілесним образом. Програма розрахована на 16 годин (8 зустрічей по 2 години). Кожна зустріч була структурована за стандартною схемою та включала три основні етапи: вступний, основний і завершальний. Заняття в рамках програми ґрунтувалися на використанні інтерактивних технологій і активних методів соціально-психологічного навчання. Подальші перспективи нашого дослідження полягають у глибшому аналізі інших важливих факторів, що спричиняють виникнення розладів харчової поведінки у дорослих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. №43. 2019. С. 9-32
2. Берген Н.О., Алексєєва С.І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал. 2020. № 34(120). С.56-68.
3. Гордієнко І. О. Психологічні чинники харчової поведінки підлітків. Актуальні проблеми життєвого та професійного самоздійснення особистості: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості: теорія, досвід, практика» (19-20 травня 2023 р.). відп. ред. О. П. Саннікова. Одеса: ФОП Бєлий А. Є., 2023. С. 28-36.
4. Гошовська, Д. Гошовський О. Девіантна специфіка самосвідомості людини з харчовою залежністю: теоретичний ракурс проблеми. Psychological Prospects Journal , 2022. №40 , С. 24-37. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-hosh>
5. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.
6. Дуденко Н. В., Павлоцька Л. Ф., Цихановська І. В., Лазарева Т. А., Александров О. В., Коваленко В. О., Скуріхіна Л. А., Євлаш В. В. Нутриціологія. Частина 2. Частна нутриціологія: Навчальний посібник. Харків: УПА, 2012. 246 с.
7. Золотова Г. Д. Сутність і зміст нехімічних адикцій дітей. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки, 2012, №22 (8): С.12-24.

8. Карпенко Є. В. Перфекціонізм як джерело невротизації особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2016, 1 (1): С. 30-37.
9. Католик Г. Особливості самоставлення осіб, які страждають на орторексію. 2024. Phd thesis. Львівський державний університет внутрішніх справ.
10. Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт. 2020. Вип.2. С.91-98.
11. Кононенко О. І. Гендерні особливості проявів перфекціонізму особистості. Вісник Одеського національного університету. Психологія, 2015, 20.2 (36). С. 99-105.
12. Кононенко О.І. Перфекціонізм особистості [Монографія]. Одеса. ОНУ імені І.І.Мечникова. ТОВ «Удача», 2016. 374с.
13. Кротенко В. І., Міщенко О. Е. Трансформація поняття інтернет-залежності як форми адиктивної поведінки в контексті діджиталізації сучасного суспільства. Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2022, №43: С. 105-115.
14. Кузьмінська О.В., Червона М.С. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді Кн. 4. Київ: Державний ін.-т проблем сім'ї та молоді, 2015. С. 13-22.
15. Лимар, Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2018 (42), 93–113. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.93-113>
16. Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. Вип. 11. С. 454–463.

17. Малина О. Г., Чиганов С. Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. Проблеми сучасної психології, 2019, №1: С. 78-88.
18. Матійків І. М. Тренерська майстерність: теорія і практика. Технологія проведення тренінгів: метод. посіб. Львів: СПОЛОМ, 2021. 280 с.
19. Мілютіна К. Л., Гарагуля А. О. Дослідження психологічних чинників індивідуального стилю харчування. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», 2021, №4: С. 48-54.
20. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2009, 2.6.
21. Огоренко В. В. Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час війни. Вісник морської медицини, 2022, №3: С. 54-60.
22. Павлоцька Л. Ф., Дуденко Н. В., Євлаш В. В. Фізіологія харчування. Підручник. Харків: ХДУХТ, Світ книг, 2017. 316 с.
23. Писаренко Д.Д. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки та їх корекція. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня магістра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2022. 81 с.
24. Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. Режим доступу: <https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozladi-kharchovoyipovedinki-tse-seryozna-medichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stilzhittya>. Р. 112-137.
25. 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.
26. Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. Акмеологія. 2015. № 3 (55). С. 213-218
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. URL: <http://www.medved.kiev.ua>
29. Травенко О.С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової пведінки. Актуальні проблеми психології. Том XI. Випуск 14. С.205-214.
30. Шебанова В. І. Харчова поведінка в континуумі норма–патологія. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2017, 6 (1): С.133-138.
31. Шебанова В. І. Харчова поведінка в структурі тілесності: теоретичні й методологічні основи тілесності. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2014, 1 (2): С. 186-192.
32. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Границі тілесності як параметри психосоматичного функціонування. Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Психологічні науки, 2013, №1: С. 85-88.
33. Юркевич Г. Два види перфекціонізму: здоровий і патологічний. In: The 12 th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects»(June 28-30, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. 756 p. 2022. p. 509.
34. American psychiatric association, DSMTF, et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association, 2013.
35. Bardone-Cone, Anna M., et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clinical psychology review, 2007, 27.3: P. 384-405.
36. Bezsheiko V. Опубліковано нові рекомендації по менеджменту розладів харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія). Psychosomatic Medicine and General Practise, 2017, 2.3.
37. Bulik С.М., et al. The genetics of anorexia nervosa. Annu. Rev. Nutr., 2007, 27.1: P. 263-275.

38. Conner M. The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*. 1996. P. 194–201.
39. Culbert Kristen M., Racine Sarah E., Klump, Kelly L. The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms. *Behavioral neurobiology of eating disorders*, 2011, 177-185.
40. Fairburn C. G., et al. Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162.12: P. 2249-2255.
41. Fairburn C. G., et al. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161.12: P. 2322-2324.
42. Fairburn C.G., Cooper, Z., Shafran Roz. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 2003, 41.5: P.509-528.
43. Flett Gordon L., et al. Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology*, 1995, 14.2: 3
44. Kaye W.H., et al. Anorexia and bulimia nervosa. *Annual review of medicine*, 2000, 51.1: P. 299-313.
45. *Psychology of Healthy Eating*. Argosy University. 2011. Режим доступа до ресурсу: <https://www.slideshare.net/HelpingPsychology/psychology-of-healthy-eating>
46. Selassie M., Sinha A.C. The epidemiology and aetiology of obesity: a global challenge. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2011. Vol. 25, №. 1. P. 1-9.
47. Vögele C., 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.
48. Vohs Kathleen D., et al. Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, 108.4: P. 695.

49. Wade Tracey D., O'shea, Anne; Shafran, Roz. Perfectionism and eating disorders. *Perfectionism, health, and well-being*, 2016, P. 205-222.

50. Winkielman P. Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value / P. Winkielman, K.C. Berridge, J.L. Wilberger. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005. No 31. P. 121–235.

Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire)

Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ) був створений у 196 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціоногенної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення даного опитувальника було отримання простого і валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням супроводжуваним ожирінням та диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами.

Структура опитувальника

DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких респондент повинен оцінити у відношенні себе, де: «Ніколи» (1 б.), «Рідко» (2 б.), «Іноді» (3 б.), «Часто» (4 б.) та «Дуже часто» (5 б.).

Інструкція: Перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: Ніколи, Рідко, Іноді, Часто та Дуже часто, поставивши галочку у відповідному стовпці на бланку тесту.

Стимульний матеріал

№ п/п	Запитання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
	Якщо ваша вага починає збільшуватись, ви їсте менше, ніж зазвичай?					
	Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?					

	Чи часто ви відмовляєтеся від їжі та пиття через те, що турбуєтеся про свою вагу?					
	Чи ретельно ви контролюєте кількість з'їденого?					
	Чи ви вибираєте навмисно таку їжу, яка призводить до схуднення?					
	Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?					
	Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не набрати вагу?					
	Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?					
	Чи часто ви намагаєтесь не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою?					
.	Чи має значення показник вашої ваги, коли ви їсте?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?					

.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підставив?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви відчуваєте якусь неприємність?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані чи напружені?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, або коли зруйновані ваші сподівання?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?					
.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, втомлені, неспокійні?					
.	Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?					

.	Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, чи їсте ви її більше, ніж звичайно?					
.	Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного?					
.	Якщо у вас є щось смачне, чи з'їсте це негайно?					
.	Коли проходите повз пекарню (кондитерську), чи хочеться вам купити щось смачне?					
.	Коли ви проходите повз ресторан або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?					
.	Якщо ви бачите, як їдять інші, чи є у вас бажання їсти?					
.	Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачного?					
.	Чи їсте ви більше, ніж зазвичай у компанії (коли їдять інші)?					
.	Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте?					

Інтерпретація

Кількісне значення за шкалою дорівнює середньому арифметичному значенню балів за цією шкалою. Іншими словами, необхідно скласти бали за кожною шкалою і розділити на кількість питань у шкалі.

Питання 1-10 становлять шкалу *емоціогенної харчової поведінки* (10 питань), питання 11-23 – шкалу *екстернальної харчової поведінки* (13 питань), питання 24-33 – шкалу *обмежувальної харчової поведінки* (10 питань).

Нормальними значеннями обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4, 1. та 2.7 бали відповідно.

Тест ставлення до прийому їжі (англ. Eating Attitudes Test; EAT)

Тест ставлення до прийому їжі (англ. Eating Attitudes Test; EAT) – скринінгова тестова методика, розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році.

Шкала, як і більшість подібних, включає симптоми, що розцінюються як абнормальні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфер, але підшкали у тесті не виділяються.

Тест EAT-26 є скринінговим, тобто на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки – імовірно, анорексії або булімії (тест створювався для виявлення саме цих розладів). Тим часом, ряд пунктів є специфічним для деяких інших розладів харчової поведінки – наприклад, обмежувального, компульсивного тощо. Таким чином, тест дозволяє виявити «групу ризику», яка потребує консультації фахівця в галузі психічного здоров'я, хоча і не охоплює всі розглянуті на сьогоднішній день розлади харчової поведінки.

Стимульний матеріал

№ з/п	Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Як правило	Постійно
	Мене лякає думка про те, що я розтовстію						
	Я утримуюсь від їжі, навіть будучи голодним.						
	Я вважаю, що я поглинений						

	думками про їжу						
	У мене бувають напади безконтрольного вживання їжі, під час яких я не можу себе зупинити						
	Я розділяю свою їжу на дрібні шматочки						
	Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм						
	Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля)						
	Я відчуваю, що оточуючі хотіли б, щоб я більше їв(ла)						
	Мене рве після їжі						
	Я відчуваю загострене						

	почуття провини після вживання їжі						
.	Я одержимий бажанням схуднути						
.	Коли я займаюся спортом, то думаю, що я спалюю калорії						
.	Оточуючі вважають мене занадто худим						
.	Я стурбований думками про жир, що є в моєму тілі						
.	На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей						
.	Я утримуюсь від їжі, що містить цукор						
.	Я їм дієтичні продукти						
.	Я відчуваю, що питання,						

	пов'язані з їжею, контролюють моє життя						
.	У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних з їжею						
.	Я відчуваю, що оточуючі чинять на мене тиск, щоб я їв(ла)						
.	Я витрачаю надто багато часу на питання, пов'язані з їжею						
.	Я відчуваю дискомфорт після того, як поїм солодощів						
.	Я дотримуюся дієти						
.	Мені подобається відчуття порожнього шлунку						
.	Після їжі у мене виникає						

	імпульсивне бажання її вирвати						
.	Я отримую задоволення, коли куштую нові та смачні страви						

Тест ЕАТ-26 є скринінговим, тобто. на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки - імовірно, анорексії чи булімії.

Якщо в результаті сумарний бал тесту перевищує значення 20 балів, є дуже висока ймовірність харчових розладів.

**Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Х'юїтта та Г. Флетта (в
адаптації І.Грачевої)**

Загальна характеристика методики:

«Багатовимірна шкала перфекціонізму» (*Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-H*) розроблена у 1991 році канадськими вченими П. Х'юїттом та Г. Флеттом. Ця шкала дозволяє визначити структуру перфекціонізму як багатовимірного явища. П. Х'юїтт та Г. Флетт вважають, що перфекціонізм – це прагнення бути бездоганим в усьому та перфекціонізм визначає величину особистих стандартів індивіда, незалежно від здатності досягти їх.

Опитувальник складається з 45 питань та трьох шкал (по 15 тверджень на шкалу), кожна з яких вимірює ступінь вираженості однієї зі складових перфекціонізму. Сума балів за трьома шкалами відображає загальний рівень перфекціонізму. Ці три шкали співвідносяться із концепцією П. Х'юїтта та Г. Флетта, яка описує перфекціонізм крізь призму його соціальних аспектів та за основу взята об'єктивна спрямованість перфекціонізму: «перфекціонізм, орієнтований на себе», «перфекціонізм, орієнтований на інших» та «соціально-приписаний перфекціонізм».

Згідно з теоретичною моделлю П. Х'юїтт та Г.Флетт виокремили ще один параметр – «перфекціонізм, адресований світу» як переконаність в тому, що у світі все має бути ідеальним, а усі людські та загальносвітові проблеми повинні отримати правильне й своєчасне вирішення. Однак цей параметр не був підтверджений емпірично, шкала, яка тестувала цей параметр виявилась недостатньо надійною, тому її не включено в остаточний варіант опитувальника. Таким чином, вчені продемонстрували, що їх опитувальник має трьох компонентну структуру.

Опитувальник П. Х'юїтта та Г. Флетта позиціонується як багатовимірний, але, по-суті, спирається лише на один параметр – «високі стандарти», які мають різну орієнтацію – «Я», «Інші», «Інші стосовно мене». На сьогоднішній день методика MPS-H показала максимальне підтвердження валідності серед

клінічної та неклінічної вибірки. Цей опитувальник доцільно використовувати при діагностиці саме спрямованості перфекціонізму.

Інструкція для учасників дослідження:

Будь ласка, оцініть ступінь Вашої згоди чи незгоди із наведеними нижче твердженнями, використовуючи запропоновану шкалу відповідей. Якщо Ви повністю не погоджуєтеся з твердженням, обведіть «1», якщо Вам важко визначитися чи ставитеся нейтрально, обведіть «4», якщо повністю погоджуєтеся, обведіть «7».

Текст опитувальника:

1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	6 балів	7 балів
Повністю не згоден	Не згоден, але бувають винятки	Скоріше, не згоден	Важко визначитися 50/50	Скоріше, згоден	Згоден, але бувають винятки	Повністю згоден

№ з/п	Твердження	Відповідь						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Працюючи над чим-небудь, я не можу розслабитися, поки не доведу справу до досконалості.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Я не схильний критикувати людей, за те, що вони легко здаються.	1	2	3	4	5	6	7
3.	При спілкуванні з близькими людьми для мене не важливо, наскільки вони є успішними.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Я не критикую своїх друзів, якщо для них є прийнятним те, що не ідеальне.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Мені важко відповідати вимогам оточення.	1	2	3	4	5	6	7

6.	Одна з моїх цілей – бути досконалим у всьому, що я роблю.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Все, що роблять люди, повинно бути виконано якісно.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Я ніколи не прагну досягнути ідеалу у своїй роботі.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Люди з розумінням ставляться до того, що я, як і всі, можу помилятись.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Мене не дратує, коли люди працюють не на повну.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Що краще я виконую певну роботу, то більшого від мене очікують.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Мені не важливо бути досконалим.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Все, що я зроблю не надто добре, оцінюватиметься людьми як погана робота.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Я прагну бути якомога більш досконалим.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Для мене дуже важливо, щоб кожна моя спроба була вдалою.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Я багато очікую від важливих для мене людей.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Я прагну бути кращим у всьому, що роблю.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Більшість людей вважають, що я маю бути успішним у всьому, що роблю.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Від оточуючих я не вимагаю багато.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Я вимагаю від себе бездоганності.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Я подобатимусь людям навіть тоді, коли не досягну значних результатів у всьому.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Мене не цікавлять люди, які не прагнуть стати кращими.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Мені надзвичайно неприємно знаходити помилки в своїй роботі.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Я не вимагаю багато від друзів.	1	2	3	4	5	6	7

25.	Якщо у мене, щось вийшло, це означає, що тепер я змушений старатись ще краще, аби догодити оточуючим.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Якщо я про щось прошу – це має бути виконано бездоганно.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Мене дратує, коли люди помиляються.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Я ставлю перед собою високі, важкодосяжні цілі.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Важливі для мене люди, ніколи не повинні мене підводити.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Люди думають про мене добре навіть тоді, коли в мене щось не виходить.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Мені здається, що люди надто вимогливі до мене.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Я завжди маю працювати на повну силу.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Коли я помиляюсь – люди розчаровуються в мені, хоча можуть цього й не показувати.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Мені не обов'язково бути досконалим у всьому, що я роблю.	1	2	3	4	5	6	7
35.	У моїй сім'ї вважають, що я маю бути бездоганим та очікують від мене це.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Я не ставлю перед собою важкодосяжних цілей.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Мої батьки не надто розраховували на те, що я буду успішним у всіх сферах життя.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Я поважаю звичайних, нічим невидатних людей.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Люди очікують від мене не менше, ніж досконалість.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Я дуже вимогливий до себе.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Люди очікують від мене більшого, ніж те, на що я здатний.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Я завжди маю бути кращим в навчанні, або роботі.	1	2	3	4	5	6	7

43.	Мене не дратує, коли важливі для мене люди стараються не на повну.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Люди вважатимуть мене компетентним навіть тоді, коли я зроблю помилку.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Я не вважаю, що люди повинні досягати високих результатів у всьому, що роблять.	1	2	3	4	5	6	7

Обробка та інтерпретація отриманих результатів:

Варіант відповіді	Пряме твердження	Обернене твердження
Повністю не згоден	1 бал	7 балів
Не згоден, але бувають винятки	2 бали	6 балів
Скоріше, не згоден	3 бали	5 балів
Важко визначитися 50/50	4 бали	4 бали
Скоріше, згоден	5 балів	3 бали
Згоден, але бувають винятки	6 балів	2 бали
Повністю згоден	7 балів	1 бал

Підрахунок балів:

Шкали опитувальника	Прямі твердження	Обернені твердження
Перфекціонізм орієнтований на себе	1, 6, 14, 15, 17, 20, 23, 28, 32, 40, 42	8, 12, 34, 36
Перфекціонізм орієнтований на інших	7, 16, 22, 26, 27, 29	2, 3, 4, 10, 19, 24, 38, 43, 45
Соціально приписаний перфекціонізм	5, 11, 13, 18, 25, 31, 33, 35, 39, 41	9, 21, 30, 37, 44

Інтерпретація отриманих результатів:

Шкала	Низький показник	Середній показник	Високий показник
Перфекціонізм орієнтований на себе	<56	57-77	78 >
Перфекціонізм орієнтований на інших	< 53	54-59	60 >
Соціально приписаний перфекціонізм	< 54	55-50	61 >
Перфекціонізм	< 159	160-203	204 >

1. *Перфекціонізм орієнтований на себе* (суб'єктно-орієнтований перфекціонізм) – визначає наявність високих особистих стандартів у поєднанні з увагою до недоліків та помилок у власних результатах та самоконтролем.

Високий бал за шкалою «Перфекціонізм орієнтований на себе» дозволяє скласти уявлення про наявність у респондента надзвичайно високих особистих стандартів, вимог, що пред'являються до себе.

2. *Перфекціонізм орієнтований на інших* (об'єктно-орієнтований перфекціонізм) – визначає наявність нереалістично високих стандартів до інших, що проявляються у завищених очікуваннях до оточуючих та схильності їх критично оцінювати.

Високий бал, набраний респондентом за шкалою «Перфекціонізм орієнтований на інших» свідчить про наявність у респондента надзвичайно високих стандартів, встановлених для інших людей, вимог, що пред'являються до інших людей.

3. *Соціально-приписаний перфекціонізм* – визначає потребу відповідати стандартам та очікуваннями значущих інших, аби заробити їхнє схвалення; переконання, що інші пред'являють непосильно високі вимоги.

Високий бал, набраний респондентом за шкалою «Соціально-приписаний перфекціонізм», свідчить про те, що респондент розцінює стандарти, які йому представляються, встановлені для нього оточуючими, вимоги, що

пред'являються до нього оточуючими як завищені і нереалістичні. Але в той же час, в своїй поведінці він намагається відповідати завищеним очікуванням інших людей.

Сума балів за трьома шкалами показує рівень загального перфекціонізму.

Шкала перфекціоністської самопрезентації П. Хьюїтта

Інструкція: Ознайомтеся з кожним із наведених нижче тверджень і оцініть ступінь Вашої згоди або незгоди з ним, виділивши одну з цифр, зазначених праворуч: 1 означає повну незгоду, 7 - повну згоду, 4 означає, що Ваше ставлення нейтральне або Ви не можете відповісти.

№	Твердження							
	Показувати іншим, що я недосконалий, цілком прийнятно.	1	2	3	4	5	6	7
	Я суджу про себе за тими помилками, які я роблю в присутності інших людей.	1	2	3	4	5	6	7
	Я зроблю все можливе, щоб приховати помилку.	1	2	3	4	5	6	7
	Здійснювати помилки в присутності інших людей набагато гірше, ніж колись цього ніхто не бачить.	1	2	3	4	5	6	7
	Я завжди намагаюся уявити образ досконалості.	1	2	3	4	5	6	7
	Я не можу собі дозволити виглядати безглуздо у присутності інших людей.	1	2	3	4	5	6	7
	Якщо я здаватимуся досконалим, інші прийматимуть мене позитивніше.	1	2	3	4	5	6	7
	Я переживаю через помилки, зроблені в присутності інших людей.	1	2	3	4	5	6	7
	Я ніколи не говорю іншим, скільки зусиль я витратив на виконання роботи.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я хотів би здаватися більш компетентним, ніж я є насправді.	1	2	3	4	5	6	7
.	Недоліки у моїй зовнішності не мають для мене значення.	1	2	3	4	5	6	7

.	Я не хочу, щоб інші люди бачили, як я над чимось працюю, за винятком тієї роботи, з якою я добре справляюся.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я нікому не розповідаю про свої проблеми.	1	2	3	4	5	6	7
.	Мені слід вирішувати свої проблеми самому та не розповідати про них іншим людям.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я мушу завжди контролювати свої дії.	1	2	3	4	5	6	7
.	Розповідати іншим про свої помилки цілком прийнятно.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я прагну показати себе з кращого боку у спілкуванні з людьми.	1	2	3	4	5	6	7
.	Для мене не має значення, чи я виглядаю бездоганно.	1	2	3	4	5	6	7
.	Розповісти іншим про невдачу - це найгірше.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я ненавиджу робити помилки у присутності інших людей.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я намагаюся не розповідати про свої недоліки.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я не хвилююся, якщо роблю помилки в присутності інших людей.	1	2	3	4	5	6	7
.	Мені необхідно, щоб мене сприймали як людину, яка здатна все зробити ідеально.	1	2	3	4	5	6	7
.	Погано, коли інші знають про мою невдачу.	1	2	3	4	5	6	7
.	Для мене дуже важливо завжди бути «на висоті».	1	2	3	4	5	6	7
.	Я завжди маю бути досконалим.	1	2	3	4	5	6	7
.	Я прагну виглядати досконалим в очах інших.	1	2	3	4	5	6	7

Ключ та обробка результатів.

Для підрахунку балів відповідям на прямі пункти тесту нараховуються бали від 1 до 7 (1 – повна незгода, 7 – повна згода), відповіді на зворотні пункти

інвертуються (7 – повна незгода, 1 – повна згода). Потім бали підсумовуються для кожної із субшкал відповідно до наступної таблиці:

Субшкала	Прямі твердження	Обернені твердження
Демонстрація досконалості	5, 7, 15, 17, 23, 25, 26, 27	11, 18
Поведінкове приховування недосконалості	2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 20, 24	22
Вербальне приховування недосконалості	9, 13, 14, 19, 21	1, 16

1. Субшкала «Демонстрація досконалості» діагностує прагнення індивіда до створення образу ідеальної людини, яка має видатні здібності, бездоганну репутацію, соціальну компетентність і суспільне визнання.

2. Субшкала «Поведінкове приховування недосконалості» вимірює залежність індивіда від думки інших, надчутливість до критики та прагнення уникнути ситуацій, у яких його поведінка може потрапити в центр уваги інших.

3. Субшкала «Вербальне приховування недосконалості» оцінює схильність індивіда до уникнення ситуацій, у яких його недоліки можуть стати об'єктом громадського обговорення.

Методика «Шкала самоповаги М.Розенберга».

Шкала самоповаги Розенберга (Rosenberg's Self-Esteem Scale) – це особистісний опитувальник для вимірювання рівня самоповаги.

Самоповага – це суб'єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїй цінності; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід'ємне право.

Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самоприниження і самоповагу: чим вище одна, тим нижче інша.

Самоприниження може бути наслідком депресивного стану, тривожності і психосоматичних симптомів; самоповага є причиною і наслідком активності в спілкуванні, лідерства, почуття міжособистісної безпеки.

Обидва чинники безпосередньо залежать від ставлення до досліджуваного його батьків в дитинстві. Опитувальник Розенберга складається з 10 суджень, на кожне з яких пропонується чотири градації відповідей, кодованих в балах за запропонованою схемою.

Інструкція.

Визначте, наскільки ви згодні або не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте навпроти відповідну цифру.

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Тестовий матеріал

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.
4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.

5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. В цілому я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

Ключ і обробка результатів тесту.

За кожную відповідь нарахуєте собі бали відповідно до ключа.

прямі запитання: 1,3,4,6

зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4. Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація.

Низький рівень (10 – 18 балів) – вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні в усьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє вам ставити цілі і досягати успіху. У кожній події ви шукайте підтвердження своєї нікчемності.

Середній рівень (18 – 22 балів) – ви балансуєте між самоповагою і самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, проте невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають вас в прірву, ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

Вище середнього (23 – 34 бали) – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що чогось не передбачили, не помітили, «соломку НЕ підстелили», в результаті, така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

Високий рівень (35 – 40 балів) – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе і далі: розвиваєтеся, вдосконалюєтеся в професії, духовному та інтелектуальному плані, в сфері відносин, вмієте робити уроки з помилок і важких ситуацій . Це норма, до якої варто прагнути.