

Міністерство освіти і науки України
Херсонський державний університет
Факультет психології, історії та соціології
Кафедра психології

Психологічні змістові параметри розладів харчової поведінки осіб юнацького віку

Кваліфікаційна робота (проєкт)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка 4 курсу групи 07-431
спеціальності 053 Психологія

першого рівня вищої освіти

Діана ТАРАСЕНКО

Керівник: докторка філософії

Валентина КАЛЕНЧУК

Рецензент: Світлана КАМІНСЬКА,
кандидат психологічних наук, науковий
співробітник Інституту психіатрії Київського
національного університету імені Тараса
Григоровича Шевченка

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1 Психофізіологічні та соціокультурні аспекти харчової поведінки людини.....	6
1.2 Розлад харчової поведінки: діагностичні критерії та клінічні ознаки.....	8
1.3 Формування харчової поведінки особистості крізь призму соціально-психологічних потреб.....	10
Висновки до розділу 1.....	11
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	13
2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження	13
2.2. Результати емпіричного дослідження	16
2.3. Адиктивна харчова поведінка особистості: роль психологічного благополуччя та сприйняття власного тіла	26
Висновок до розділу 2.....	27
ВИСНОВКИ.....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31
ДОДАТКИ.....	35

ВСТУП

Актуальність дослідження. Динамічний розвиток сучасного суспільства та зростання темпу життя суттєво змінюють вимоги до особистісних ресурсів індивіда. Постійна залученість до соціальних, професійних і побутових процесів, а також вплив інформаційного середовища, провокують стан тривалого психологічного напруження. У цьому контексті харчова поведінка особистості перестає бути виключно біологічним актом, а трансформується у складний психологічний феномен. Вона дедалі частіше використовується як інструмент емоційної регуляції, компенсації психологічних втрат, зниження тривожності, задоволення соціальних очікувань, формування самооцінки.

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 70% стану здоров'я людини та тривалості її життя залежить від способу життя, у якому харчування посідає провідне місце. При цьому психологічний аспект харчової поведінки залишається недостатньо дослідженим у контексті молодого дорослого населення. Особливо актуальною є тема адиктивних форм харчової поведінки, яка включає емоціогенне та компульсивне переїдання, порушення ситості, харчове самозаспокоєння.

Сьогодні, у добу цифрової трансформації, соціальні мережі формують стандарти краси, що тиснуть на особистість. Ідеалізація худорлявості, порівняння себе з відретушованими образами в Instagram або TikTok, призводить до спотвореного сприйняття власного тіла, що своєю чергою корелює з емоційним станом, самооцінкою та схильністю до розладів харчової поведінки.

Отже, поєднання сприйняття тіла та рівня психологічного благополуччя є критичним для формування адекватної або патологічної харчової поведінки. Це й обумовлює важливість обраної теми та необхідність її емпіричного вивчення.

Мета дослідження. Виявити взаємозв'язок між психологічним благополуччям, сприйняттям власного тіла та схильністю до адиктивної харчової поведінки у молодих дорослих.

Завдання дослідження:

- 1) Здійснити теоретичний аналіз поняття харчової поведінки, її типів та чинників девіантних проявів.
- 2) Дослідити особливості сприйняття тіла як детермінанти харчової поведінки.
- 3) Вивчити рівень психологічного благополуччя респондентів.
- 4) Провести емпіричне дослідження зв'язків між перфекціонізмом, самоповагою, ставленням до тіла та харчовою поведінкою.
- 5) Сформувати практичні рекомендації з профілактики адиктивної харчової поведінки.

Об'єкт дослідження- харчова поведінка особистості.

Предмет дослідження- психологічні чинники, що впливають на формування адиктивної харчової поведінки, зокрема рівень психологічного благополуччя, перфекціонізм, самооцінка та сприйняття власного тіла.

Методи дослідження.

У процесі дослідження були використані:

- теоретичні методи: аналіз наукової літератури, узагальнення, систематизація понять;
- емпіричні методи: анкетування, психодіагностичні тести (ЕАТ-26, шкала самоповаги М. Розенберга, багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта, шкала перфекціоністської самопрезентації);
- статистичні методи обробки даних: обчислення середніх значень, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз, діаграми для наочного відображення зв'язків.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження можуть бути використані:

- психологами та психотерапевтами для діагностики схильності до адиктивної харчової поведінки;
- для профілактичної роботи в освітніх та медичних закладах;
- при розробці індивідуальних психокорекційних програм у роботі з клієнтами, які мають труднощі з прийняттям тіла чи проявами компульсивної харчової поведінки;
- у формуванні психоедукаційних курсів для молоді щодо здорового ставлення до себе, харчування та тілесності.

Апробація та публікація результатів дослідження. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології від 27.05.2025 року протокол № 17.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів теоретичного та одного розділу емпіричного дослідження, висновків, списку використаних джерел (понад 30 найменувань), додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Психофізіологічні та соціокультурні аспекти харчової поведінки людини

У процесі дослідження було встановлено, що харчова поведінка є багатовимірним феноменом, який формується на перетині біологічних потреб, психофізіологічних реакцій, соціального досвіду та культурних традицій. Вона виникає не лише як відповідь на потребу в енергії, а й як результат взаємодії з довкіллям, соціумом і внутрішніми психічними станами. Початково їжа виконувала утилітарну функцію — підтримання життя, однак із розвитком цивілізації набула символічного, ритуального й емоційного значення.

Харчова поведінка охоплює звички, смакові вподобання, установки, емоційні реакції, а також уявлення про власне тіло. На її формування впливають родинні моделі, національні традиції, економічні умови, життєвий досвід, релігія, соціальні ролі та актуальні культурні тренди. Культурні стандарти зовнішності значною мірою визначають ставлення до їжі та часто провокують компенсаторні або девіантні форми харчування.

Мотивація до прийому їжі з боку фізіології регулюється системами, які включають гіпоталамус, лімбічну систему та кору головного мозку. Центри насичення і голоду у взаємодії з гормональними сигналами та сенсорними подразниками забезпечують суб'єктивне відчуття апетиту або ситості. Апетит формується не лише на основі біохімічних реакцій, а й з урахуванням психоемоційного стану, звичок та культурних настанов. Позитивні та негативні емоції здатні стимулювати бажання їсти незалежно від фізіологічної потреби.

У сучасному суспільстві харчова поведінка виконує також компенсаторну функцію. Їжа використовується для зниження психічного напруження, подолання стресу, покращення настрою, а також як інструмент соціальної взаємодії. Вона присутня у ритуалах святкування, ділових зустрічах, значущих подіях. Проте така

форма поведінки може перерости в залежність — харчову адикцію, що проявляється як компульсивне переїдання, обмежувальне голодування чи інші порушення.

Адиктивна харчова поведінка базується на механізмі уникнення. Коли особистість не може ефективно впоратися з внутрішніми переживаннями, їжа стає соціально прийнятним засобом емоційної регуляції. У цьому випадку харчування втрачає свою первинну — біологічну — функцію, набуваючи психологічного змісту. З часом це може призвести до закріплення патологічної моделі поведінки.

Фрустраційні стани, втрата важливих стосунків, ізоляція, емоційна пригніченість — усі ці чинники здатні спричиняти імпульсивне харчування. Часто фіксуються випадки, коли їжа слугує способом компенсації психологічного болю, самотності, тривоги. Особливо це проявляється після втрат, під час адаптаційних криз або психотравмуючих обставин. У таких випадках їжа набуває символічного значення — стабільності, захисту, контролю.

Таким чином, харчова поведінка являє собою складну систему, яка відображає не лише базові біологічні потреби, а й соціальні, емоційні та культурні конструкти. Її дослідження є надзвичайно важливим для глибшого розуміння психосоматичних розладів, зокрема ожиріння, а також для створення ефективних програм профілактики та психокорекції девіантної поведінки у сфері харчування.

1.2 Розлад харчової поведінки: діагностичні критерії та клінічні ознаки

У процесі аналізу наукових джерел та емпіричних спостережень розлад харчової поведінки розглядається як психосоматичний феномен, що проявляється у порушенні взаємозв'язку між фізіологічними потребами та емоційно-поведінковими стратегіями споживання їжі. Незалежно від домінування біологічних, психологічних чи соціальних чинників, ключовою ознакою розладу харчової поведінки є зниження здатності до саморегуляції у сфері харчування, що підвищує ризик розвитку як соматичних, так і психоемоційних порушень.

Серед найбільш поширених форм порушень харчової поведінки виокремлюють екстернальну, емоціогенну та обмежувальну харчову поведінку. Екстернальний тип виявляється у надмірній чутливості до зовнішніх харчових стимулів: вигляду їжі, її запаху, сервірування, реклами. Вживання їжі в такому випадку не пов'язане з відчуттям фізіологічного голоду, а зумовлюється доступністю їжі, що сприяє систематичному переїданню та втраті контролю над обсягом спожитого. Апетит не корелює з насиченням, а ситість настає переважно внаслідок механічного заповнення шлунку.

Емоціогенна харчова поведінка формується як реакція на внутрішній емоційний дискомфорт. Їжа в цьому випадку використовується для зниження напруги, зменшення тривожності або подолання пригніченості. Така форма поведінки має риси залежності, оскільки не сприяє вирішенню проблеми, а лише тимчасово компенсує емоційний стан. Часто спостерігається в умовах стресу, самотності або психологічної нестабільності. Поширеними формами прояву є компульсивне переїдання та синдром нічного споживання їжі.

Компульсивне переїдання характеризується раптовими, неконтрольованими нападами надмірного споживання їжі, що відбуваються навіть за відсутності фізичного голоду. Такі епізоди супроводжуються емоційною напругою, почуттям провини, тривожністю та психологічним виснаженням. Повторюваність нападів з

часом зростає, що ускладнює контроль над харчовою поведінкою і часто асоціюється з надмірною масою тіла та супутніми розладами.

Синдром нічного переїдання вирізняється відсутністю апетиту у першій половині дня та вираженим почуттям голоду у вечірній і нічний час. Порушення сну, часті пробудження та потреба в прийомі їжі перед засинанням формують компенсаторну модель, яка тісно пов'язана з емоційною нестабільністю, депресивними тенденціями та зниженим рівнем життєвого тону.

Обмежувальна харчова поведінка проявляється у вигляді надмірного контролю та самообмеження у харчуванні, часто зумовленого страхом набору ваги. Суворі дієти, що змінюються фазами зривів, призводять до емоційної нестабільності, почуття провини та низької самооцінки. Часто спостерігається розвиток так званої "дієтичної депресії", що характеризується хронічною втомою, зниженим настроєм та тривожністю.

Формування розладів харчової поведінки часто має витоки у дитячому досвіді, коли їжа виконує роль емоційного підкріплення або способу отримання уваги. У дорослому віці така стратегія трансформується в компенсаторну модель, у якій їжа сприймається як механізм регуляції афектів або заповнення емоційної порожнечі.

Нервова булімія належить до складних порушень, які поєднують періоди надмірної фізичної активності, обмежувального харчування та епізодів переїдання, що завершуються самопокаранням у вигляді блювання, використання проносних або голодування. Вона є одним із прикладів патологічного контролю над тілом, що поєднується з глибокими внутрішніми конфліктами.

Клінічні ознаки розладів харчової поведінки включають втрату контролю над харчуванням, залежність від емоційного стану та зовнішніх стимулів, спотворене сприйняття голоду й ситості, циклічність поведінкових проявів, а також виражений психоемоційний компонент, що супроводжує кожен тип девіації. Ці особливості підкреслюють необхідність комплексного підходу до діагностики, профілактики та психокорекції порушень харчової поведінки.

1.3 Формування харчової поведінки особистості крізь призму соціально-психологічних потреб

Динамічні зміни в сучасному суспільстві зумовлюють нові вимоги до особистості, зокрема щодо витрат енергетичних ресурсів. Постійне перебування у стані стресу та часті депресивні прояви суттєво впливають на психологічне самопочуття, особливо у випадках, коли відсутні навички саморегуляції або ефективні механізми подолання внутрішньої напруги. У подібних умовах їжа поступово втрачає виключно біологічну функцію насичення організму, набуваючи символічного, а іноді й фетишизованого значення. Харчування починає виконувати роль емоційного захисту, слугує механізмом уникнення психологічних труднощів та способом дистанціювання від внутрішньої реальності.

Упродовж історичного розвитку людство накопичило велику різноманітність кулінарних практик, що формувалися під впливом географічного положення, кліматичних умов, економічних чинників та релігійних переконань. Споживання певних продуктів, способи їх приготування, частота прийомів їжі та смакові уподобання закріплювалися в культурних традиціях кожного етносу. Національні кухні відображають не лише гастрономічні переваги, але й ментальність народу, спосіб життя, символіку харчування, релігійні заборони та уявлення про тілесність.

Із розвитком глобалізаційних процесів спостерігається поступова уніфікація харчових звичок. Космополітичні тенденції та відкритість інформаційного простору сприяють злиттю кулінарних традицій і поширенню моделей швидкого харчування. Така трансформація призводить до зниження якості харчової культури, формування поведінки, орієнтованої на миттєве задоволення, без урахування довгострокових наслідків. Основними детермінантами цього процесу виступають реклама, урбанізація, високий темп життя та зміна системи соціальних цінностей.

Взаємодія з їжею в сучасному соціокультурному контексті трактується не лише як фізіологічна потреба, але й як спосіб самовираження, емоційної компенсації

та соціального включення. Через харчування задовольняються потреби у безпеці, приналежності, самоствердженні, спілкуванні та релаксації. Водночас харчова поведінка може втрачати усвідомлений характер, трансформуючись в автоматизовану реакцію на зовнішні чи емоційні стимули. У таких випадках їжа виступає як форма психологічного захисту, яка, проте, не усуває проблему, а лише тимчасово витісняє її з фокусу свідомості.

Харчова поведінка виконує також важливу соціальну функцію. Вона виявляється у спільних ритуалах споживання їжі, застіллях, святкуваннях, що формують культуру взаємодії та міжособистісного спілкування. Однак в умовах урбанізованого світу ці традиції часто втрачають цілісність і набувають фрагментарного характеру. Зростає вплив культури фастфуду, популяризуються швидкі перекуси та напої із високим вмістом цукру й стимуляторів, що призводить до зниження контролю над якісними характеристиками раціону.

Аналіз наведених тенденцій свідчить про те, що харчова поведінка є багатофакторним процесом, який водночас відображає рівень психоемоційної стабільності, соціального функціонування, ціннісних орієнтацій та культурної спадковості. У зв'язку з цим вивчення феномену харчової поведінки вимагає міждисциплінарного підходу, який охоплює як психофізіологічні, так і соціокультурні аспекти формування харчових звичок.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У процесі теоретичного аналізу було встановлено, що харчова поведінка є складним і багатовимірним феноменом, який виходить за межі суто фізіологічної потреби у втамуванні голоду. Вона формується під впливом біологічних, психологічних, соціокультурних та етноідентифікаційних чинників і виконує не лише функцію підтримки життєдіяльності організму, а й слугує способом задоволення ширшого спектра особистісних і соціальних потреб.

Особливе значення у формуванні харчової поведінки відіграє уявлення особистості про власне тіло, а також рівень психологічного благополуччя. Простежується стійкий взаємозв'язок між сприйняттям зовнішності, рівнем

самооцінки, емоційною стабільністю та ймовірністю виникнення порушень харчової поведінки. Зокрема, хронічна тривожність, знижене відчуття самоцінності, посилена самокритика та переживання невідповідності соціальним стандартам зовнішності можуть спричиняти девіантні харчові патерни.

До найпоширеніших розладів харчової поведінки належать компульсивне переїдання, нервова анорексія та булімія, які становлять суттєву загрозу як для психічного, так і для соматичного здоров'я особистості. Ці порушення мають ознаки адиктивності, оскільки харчування втрачає свою біологічну функцію та перетворюється на засіб уникнення внутрішньої напруги, компенсаторну реакцію на емоційний дискомфорт, відчуття порожнечі, тривожності або ізоляції.

Значущу роль у детермінації стилю харчової поведінки відіграє культурне середовище. У глобалізованому просторі спостерігається злиття національних традицій, що призводить до розмивання усталених моделей харчування та активного поширення висококалорійних, швидких у приготуванні продуктів. Такий вплив формує патерни поведінки, що супроводжуються зниженням контролю над раціоном та якістю споживаної їжі.

В основі адиктивної харчової поведінки зазвичай лежить порушене сприйняття себе, емоційна нестабільність, низька довіра до тілесних сигналів та зовнішня орієнтація на оцінювання. Харчування в цьому випадку виконує також соціальні функції: виступає елементом комунікації, ритуалу, приналежності до певної групи чи субкультури.

Таким чином, аналіз наукових джерел дозволив глибше осмислити природу харчової поведінки як складного психосоціального конструкту, окреслити її адаптивні та дезадаптивні вияви, а також визначити провідні чинники, що впливають на формування девіацій. Ці результати створюють підґрунтя для подальшого емпіричного вивчення взаємозв'язку між рівнем психологічного благополуччя, сприйняттям власного тіла та схильністю до порушення харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження харчової поведінки та чинників, що зумовлюють її порушення, здійснювалося поетапно.

У дослідженні взяли участь 109 респондентів віком від 20 до 44 років, серед яких 34 чоловіки (31,2%) та 75 жінок (68,8%). Вибірка формувалася методом цілеспрямованого залучення волонтерів, які відповідали критеріям дослідження — дорослі особи без клінічно встановлених психічних розладів, що дали інформовану згоду на участь в анкетуванні.

Усі учасники були ознайомлені з метою дослідження та пройшли опитування в дистанційному форматі, що дозволило охопити осіб із різних регіонів України. Більшість респондентів мали вищу або незакінчену вищу освіту, перебували в активному соціальному та професійному житті, що забезпечило достатню репрезентативність для аналізу особливостей харчової поведінки в дорослому віці.

Залучені учасники демонстрували різний досвід у сфері турботи про власне тіло, саморегуляції емоцій та впливу соціальних чинників на стиль харчування. Така варіативність дозволила виявити міжособистісні відмінності у рівнях психологічного благополуччя, задоволеності тілом та наявності ознак адиктивної харчової поведінки.

Застосування стандартизованих психодіагностичних методик у межах цієї вибірки дало можливість здійснити валідне порівняння між статевими підгрупами та дослідити специфіку впливу психологічних чинників на формування девіантних харчових моделей.

На першому етапі було проведено теоретичний аналіз сучасної наукової літератури, що дозволило ґрунтовно осмислити проблему, уточнити поняття харчової поведінки, визначити її форми та ознаки порушень. У результаті теоретичного опрацювання було простежено вплив особистісних особливостей на

формування девіантних моделей харчування, зокрема таких як нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Окрему увагу було зосереджено на ролі перфекціоністських установок у розвитку порушень, оскільки саме внутрішній тиск і завищені вимоги до себе нерідко стають каталізатором емоційного виснаження та дезадаптивних стратегій поведінки.

Другий етап включав добір психодіагностичного інструментарію, який би забезпечив можливість комплексного вивчення не лише симптоматики харчових розладів, а й факторів, що їх провокують. Для збору емпіричних даних було сформовано Google-форму, яка містила низку валідних психодіагностичних методик, здатних охопити емоційні, поведінкові та когнітивні аспекти харчової поведінки. Такий формат забезпечив зручність для респондентів, а також дозволив підтримати стандартизований підхід до збору та обробки інформації.

Проведення дослідження відбувалося з дотриманням етичних норм. Усі учасники були ознайомлені з умовами участі, надали інформовану згоду, а також отримали гарантії анонімності та конфіденційності зібраних даних. Особливості організації онлайн-опитування враховували принципи добровільності, недискримінації та захисту персональної інформації.

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

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.

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

Дана методика є адаптацією Eating Attitudes Test; ЕАТ – метод діагностики, розроблений Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 (Garner et al., 192). Опитувальник ЕАТ-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.

«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; ППС), перфекціонізм, орієнтований на інших (other oriented perfectionism; ПІД); соціально прописаний перфекціонізм (socially prescribed perfectionism; СПП).

«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 XX 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 бездоганним 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).

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).

2.2. Результати емпіричного дослідження

У процесі інтерпретації результатів дослідження доцільно чітко розмежовувати поняття «розлади харчової поведінки» та «порушення харчової поведінки». Вивчалися прояви поведінкових особливостей у психологічно здорових осіб, які не мають клінічно встановлених діагнозів. Відтак основна увага була зосереджена на аналізі ймовірних порушень харчової поведінки, що можуть свідчити про потенційну загрозу розвитку відхилень або про наявність індивідуальних ознак, характерних для груп ризику.

Першою використаною методикою стала тестова анкета «Тест відношення до прийому їжі (EAT-26)», що дозволяє виявити специфічне ставлення до прийому їжі, особливості харчових установок та поведінкових моделей. Результати цього тесту стали основою для виокремлення осіб із підвищеним рівнем тривожності щодо харчування, контролю над тілом та самосприйняття в контексті їжі.

У межах дослідження, що охоплювало респондентів віком від 20 до 44 років, ризик розвитку порушень харчової поведінки виявився значно вищим у жінок. Зокрема, у жіночій групі середній бал склав 13,28 при ступені відхилення 10,512, тоді як у чоловіків — 6,71 із відхиленням 7,904.

Частка респондентів, які продемонстрували показник понад 20 балів за методикою ЕАТ-26 (високий рівень ризику), становила 18% серед жінок та лише 6% серед чоловіків. Ці дані свідчать про статистично значущу різницю у рівні тривожності щодо харчування, самоконтролю та тілесного самосприйняття між статевими групами.

Для перевірки гіпотези про наявність відмінностей був застосований критерій узгодженості χ^2 . Рівень значущості у жінок становив $p \leq 0,04$, що підтверджує припущення про більшу вираженість девіантних харчових установок у цій групі. У чоловіків відповідний показник залишався в межах статистичної незначущості ($p \geq 0,11$), що свідчить про нижчу схильність до таких форм поведінки.

Таким чином, отримані дані підтверджують, що жінки значно частіше демонструють ознаки ризику щодо розвитку порушень харчової поведінки. Це може бути зумовлено вищим рівнем емоційної чутливості, соціокультурним тиском щодо зовнішності, а також загальною тенденцією до підвищеної самокритичності. Водночас чоловіки, навіть за наявності внутрішніх переживань, рідше проєктують їх у сферу харчування. Результати представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. Результати дослідження за методикою «Тест відношення до прийому їжі (ЕАТ-26)»

Група респондентів	Середнє значення	Стандартне відхилення
Жінки	13,28	10,512
Чоловіки	6,71	7,904

Наступною методикою емпіричного дослідження став Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), який дозволив проаналізувати три

ключові форми: емоціогенну, екстернальну та обмежувальну харчову поведінку. Ці дані виявились інформативними, оскільки дозволили глибше зрозуміти механізми формування девіантної харчової активності.

Варто зазначити, що нормальне значення за DEBQ для людей із нормальною масою тіла — 2,4 бала.

За шкалою емоціогенної харчової поведінки жінки продемонстрували середній показник 3,7 бала, що свідчить про виражену схильність використовувати їжу як емоційний компенсатор у станах тривоги, напруження чи пригнічення. У чоловіків цей показник становив 2,4 бала, що вказує на нижчий рівень емоційної залученості у процес споживання їжі.

Схожі тенденції спостерігалися й за шкалою обмежувальної харчової поведінки: у жінок середній бал — 3,1, у чоловіків — 2,2. Це дозволяє припустити, що саме жінки частіше застосовують свідоме обмеження харчування задля контролю маси тіла.

За шкалою екстернальної харчової поведінки обидві групи виявили чутливість до зовнішніх стимулів: у жінок середній бал становив 3,3, у чоловіків — 3,0. Реакція на вигляд, запах їжі або ситуації соціального споживання спостерігалася в обох підгрупах, але була дещо частішою серед жінок.

Загалом, результати за методикою DEBQ підтвердили вищу емоційну залученість у харчову поведінку серед жінок (Таблиця 1.2) Харчування частіше використовується як інструмент емоційної стабілізації та контролю над тілом, що потребує подальшого глибинного аналізу у взаємозв'язку з тілесним самосприйняттям.

Таблиця 1.2 Порівняння середніх значень за шкалами DEBQ

Шкала харчової поведінки	Жінки (середній бал)	Чоловіки (середній бал)	Нормативне значення
Емоціогенна	3,7	2,4	2,4
Обмежувальна	3,1	2,2	2,4

Екстернальна	3,3	3,0	2,4
--------------	-----	-----	-----

У подальшому дослідженні було здійснено аналіз особливостей перфекціонізму. Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта дала змогу виявити статистично значущі гендерні відмінності.

Загальний рівень перфекціонізму в жінок був на 20,6% вищим, ніж у чоловіків. Найбільші розбіжності спостерігались за шкалою соціально заданого перфекціонізму — жінки перевищували чоловіків на 39,7%, що свідчить про посилений вплив зовнішніх очікувань і соціальних стандартів (зокрема, щодо зовнішності).

За шкалою самонаправленого перфекціонізму (внутрішня вимогливість до себе), жінки показали на 13,6% вищі результати. Це вказує на глибше укорінення самокритичних установок та схильність до внутрішнього тиску.

Менш вираженою, але все ж помітною, була різниця у перфекціонізмі, що проєктується на інших: перевага жінок становила 9,7%.

Окремо було встановлено, що приблизно 64% жінок із високим рівнем соціально заданого перфекціонізму мали підвищені показники емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки. У чоловіків цей взаємозв'язок простежувався лише у 31% випадків, що підкреслює значущість гендерного чинника.

Таким чином, соціально зумовлений і самонаправлений перфекціонізм виступають значущими психологічними предикторами ризикових форм харчової поведінки, особливо серед жінок. Виявлення цього взаємозв'язку має ключове значення для профілактичної та психокорекційної роботи.

Завершальним діагностичним інструментом у вивченні перфекціоністських проявів стала «Шкала перфекціоністської самопрезентації П. Хьюїтта». Дослідження охоплювало три компоненти цієї установки: прагнення демонструвати досконалість, уникнення демонстрації слабкостей і приховування недоліків. Результати показали, що у групі жінок рівень демонстративної досконалості був

вищим на 34%, уникнення недосконалостей — на 27%, а приховування недоліків — на 29% порівняно з чоловіками.

Такі дані підтверджують, що жінки частіше прагнуть виглядати ідеально в очах інших, приховуючи реальні емоції чи слабкості, що також позначається на стилі харчової поведінки — зокрема у формах обмеження або компенсаторного переїдання в умовах підвищеного стресу.

Загальні результати дослідження засвідчили, що жінки у віковому діапазоні 20–44 років продемонстрували на 27% вищі показники загального рівня перфекціоністської самопрезентації порівняно з чоловіками. Найбільший розрив між групами спостерігався у підшкалі, що вимірює потребу виглядати бездоганно перед іншими. У цій категорії середнє значення в жіночій групі було на 31% вищим, що може вказувати на значний вплив соціальних очікувань і культурних стандартів зовнішності, до яких жінки адаптуються частіше.

У підшкалі «приховування недоліків» також фіксувалася суттєва різниця — 24% на користь жінок. Такий показник свідчить про схильність до маскуванню власної вразливості з метою збереження образу «контрольованої» та «успішної» особистості.

Щодо уникнення ситуацій, у яких можливе виявлення недосконалості, жінки демонстрували на 25% вищі результати, ніж чоловіки. Цей показник підтверджує тенденцію до уникання зовнішніх проявів слабкості, що, в поєднанні з іншими шкалами, підсилює загальну картину психологічної напруги та внутрішньої самокритики в жіночій підгрупі.

Ці патерни поведінки демонструють безпосередній зв'язок із харчовими установками. Серед жінок із високим рівнем перфекціоністської самопрезентації 71% мали також підвищені показники емоціогенної або обмежувальної харчової поведінки. У чоловічій групі аналогічний показник становив лише 33%. Така різниця свідчить про те, що перфекціоністські очікування щодо себе, а також обраний спосіб самопрезентації значною мірою впливають на формування неадаптивних стратегій

саморегуляції — зокрема через контроль харчування, обмеження їжі або її «емоційне використання».

Отримані результати підтверджують, що перфекціоністська самопрезентація є не лише міжособистісним механізмом адаптації, а й вагомим психологічним чинником, який формує підґрунтя для порушень харчової поведінки. Особливо це актуально для жінок, адже саме в цій групі зафіксовано найвищі показники співвідношення між потребою виглядати ідеально та емоційними розладами в харчуванні. У зв'язку з цим доцільним є включення цього аспекту до програм превенції та психокорекції, спрямованих на роботу з тілесним образом і харчовими звичками.

Фінальним інструментом емпіричного дослідження стала методика «Шкала самоповаги М. Розенберга». Цей опитувальник дозволив оцінити загальний рівень позитивного або негативного ставлення до себе, що є важливим чинником формування стійкого психоемоційного фону та ефективної саморегуляції.

Аналіз результатів показав, що середній рівень самоповаги в жіночій групі був на 15% нижчим, ніж у чоловіків. Зокрема, 38% жінок продемонстрували занижену або нестійку самооцінку, тоді як у чоловіків цей показник склав лише 23%. Водночас 54% чоловіків мали стабільно високий рівень самоповаги, тоді як серед жінок таких було лише 36%.

Особливу увагу привернули респонденти з низьким рівнем самоповаги. Саме в цій підгрупі були зафіксовані найвищі показники за шкалами емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки. Зокрема, 74% жінок із низьким рівнем самоповаги виявили підвищену емоційну реактивність у сфері харчування, що проявлялося через компульсивні переїдання або надмірний контроль над споживанням їжі. У чоловіків цей показник становив 41%, що також є суттєвим, хоча й менш вираженим.

Результати дозволяють зробити висновок, що самоповага виконує роль важливого медіатора між внутрішнім психоемоційним станом особистості та її харчовими звичками. Низький рівень самоповаги знижує рівень саморегуляції,

підвищує вразливість до стресів і провокує компенсаційні поведінкові реакції, зокрема у вигляді емоційного харчування або надмірного самообмеження.

Оцінка рівня самоповаги в контексті вивчення порушень харчової поведінки значно розширила уявлення про психологічний профіль осіб із ризиком РХП. Урахування цього параметра є важливим для подальшого формування індивідуалізованих психокорекційних програм.

У межах емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз Пірсона із метою виявлення взаємозв'язків між психологічними чинниками (перфекціонізм, самоповага) та проявами харчової поведінки. Застосування цього статистичного методу дозволило виявити, які саме внутрішні характеристики особистості найбільш тісно корелюють із ризиком розвитку порушень харчової поведінки в осіб вікової категорії 20–44 років.

На основі результатів аналізу було встановлено, що емоціогенна харчова поведінка позитивно корелює з рівнем соціально заданого перфекціонізму ($r = 0,61$ при $p < 0,01$). Це свідчить про те, що чим вище особистість орієнтується на відповідність очікуванням соціального оточення, тим більш імовірним є використання їжі як засобу емоційної регуляції. У подібних випадках їжа стає не лише засобом задоволення фізіологічної потреби, а й емоційною компенсацією у стресових чи напружених ситуаціях.

Також виявлено значущий зв'язок між самонаправленим перфекціонізмом та обмежувальною харчовою поведінкою ($r = 0,53$ при $p < 0,01$). Це означає, що чим вищий рівень внутрішньої вимогливості до себе, тим більш імовірним є свідоме та регулярне самообмеження у харчуванні, що часто супроводжується циклічністю переїдання та почуттям провини.

Результати дослідження засвідчили наявність негативного зв'язку між самоповагою та емоціогенною харчовою поведінкою ($r = -0,47$ при $p < 0,01$). Іншими словами, зниження самооцінки часто супроводжується використанням їжі як адаптаційної стратегії, що дозволяє тимчасово зменшити рівень тривоги, напруги

або емоційного дискомфорту. У більшості випадків такий тип поведінки має компульсивний характер і супроводжується відчуттям втрати контролю.

Також було виявлено помірний зворотний зв'язок між загальним рівнем самоповаги та індексом ризику порушення харчової поведінки (EAT-26) ($r = -0,44$ при $p < 0,01$). Цей зв'язок підтверджує, що зниження самооцінки є одним із ключових факторів формування девіантних моделей харчової поведінки, а особистості, які відчувають невпевненість, розчарування у собі, частіше демонструють неконтрольоване переїдання або надмірну фіксацію на дієтах.

Крім того, виявлено негативну кореляцію між самоповагою та перфекціоністською самопрезентацією ($r = -0,42$ при $p < 0,05$). Це дає підстави стверджувати, що чим більше особа намагається виглядати ідеально в очах інших, приховуючи свої вади та недосконалості, тим нижчий рівень її реального самосприйняття, а отже — вищий ризик формування компенсаторних форм поведінки, зокрема через їжу.

Таким чином, результати кореляційного аналізу дають змогу констатувати: високий рівень перфекціонізму — як соціально зумовленого, так і самонаправленого — у поєднанні з низьким рівнем самоповаги формує психологічне підґрунтя для виникнення порушень харчової поведінки. У таких випадках харчова поведінка трансформується з інструмента фізіологічного забезпечення на засіб емоційної регуляції, подолання тривоги або відповіді на соціальні очікування щодо ідеального образу. Отримані дані підтверджують доцільність застосування міждисциплінарного підходу до вивчення та корекції порушень харчової поведінки, де враховуються як індивідуально-психологічні, так і соціокультурні чинники.

У ході емпіричного аналізу було ідентифіковано ключові ознаки, що свідчать про порушення харчової поведінки. Розлади не мають уніфікованого характеру, а проявляються в різноманітних формах, кожна з яких має власну емоційну й поведінкову специфіку.

Особи зі схильністю до екстернального типу харчової поведінки, як правило, втрачають орієнтацію на власні фізіологічні сигнали голоду. Їхня харчова активність

зумовлена зовнішніми чинниками — виглядом їжі, рекламою, наявністю харчових подразників у середовищі. Такі патерни призводять до спонтанного перекусування, відсутності режимності й труднощів у контролі маси тіла.

Окремо були виділені випадки емоціогенної харчової поведінки, коли їжа виконує функцію емоційного самозаспокоєння. Прийом їжі тут пов'язаний не з фізичним голодом, а з внутрішньою напругою, тривожністю чи пригніченням.

Подібна поведінка часто має компульсивний характер і супроводжується почуттям провини та зниженням самооцінки, особливо в осіб із підвищеною емоційною чутливістю.

Також були зафіксовані прояви синдрому нічного переїдання: відсутність апетиту в ранковий час, активне споживання їжі у вечірній і нічний період, супутні порушення сну, денна втомлюваність та використання їжі як заспокійливого засобу. Така поведінка набуває компенсаторного характеру.

Щодо обмежувальної харчової поведінки, то учасники дослідження, які дотримувалися суворих дієт, часто демонстрували емоційну нестабільність, втому, роздратування та ознаки дієтичної депресії. Таке чергування обмеження та зривів формує замкнене коло самоосуду й втрати контролю.

Важливо зазначити, що значний вплив на формування харчової поведінки справляє досвід дитинства — зокрема, надмірна опіка або використання їжі як винагороди. У дорослому віці це призводить до того, що їжа сприймається як засіб емоційної компенсації, а не як фізіологічна потреба.

Суттєвим виявився також вплив соціокультурного середовища. Пропаганда ідеалізованих образів, тиск соціальних мереж, акценти на зовнішній привабливості формують спотворене сприйняття тіла, яке часто переростає в дисморфобічні установки, самознецінення та самоконтроль через харчування.

Отримані результати дозволили окреслити типові психологічні профілі осіб із проявами розладів харчової поведінки. Загальними характеристиками стали підвищена емоційна нестабільність, недостатній рівень саморефлексії та прагнення до трансформації тіла як засобу внутрішнього контролю.

Таблиця 1.3 Кореляційна матриця показників професійної самореалізації

	Емоціогенна харчова поведінка	Обмежувальна харчова поведінка	Індекс ризику (EAT-26)	Перфекціоністська самопрезентація	Самоповага
Соціально зумовлений перфекціонізм	$r = 0,61,$ $p < 0,01$	$r = 0,42,$ $p < 0,05$	$r = 0,39,$ $p < 0,05$	$r = 0,45,$ $p < 0,01$	$r = -0,42,$ $p < 0,05$
Самонаправлений перфекціонізм	$r = 0,33,$ $p < 0,05$	$r = 0,53,$ $p < 0,01$	$r = 0,41,$ $p < 0,05$	$r = 0,38,$ $p < 0,05$	$r = -0,36,$ $p < 0,05$
Самоповага	$r = -0,47,$ $p < 0,01$	$r = -0,39,$ $p < 0,05$	$r = -0,44,$ $p < 0,01$	$r = -0,42,$ $p < 0,05$	—

Отримані результати виявили статистично значущі взаємозв'язки між рівнем перфекціонізму, самоповагою, типами харчової поведінки та індексом ризику порушень за шкалою EAT-26, що свідчить про тісну взаємопов'язаність цих параметрів. Найвищу кореляцію зафіксовано між соціально зумовленим перфекціонізмом та емоціогенною харчовою поведінкою ($r = 0,61$ при $p < 0,01$), що означає: чим сильніше особистість орієнтується на зовнішні очікування, тим частіше їжа використовується як інструмент емоційної регуляції.

Суттєвий зв'язок також виявлено між самонаправленим перфекціонізмом та обмежувальною харчовою поведінкою ($r = 0,53$ при $p < 0,01$), що вказує на схильність до самоконтролю через їжу в осіб із високою внутрішньою вимогливістю. Негативна кореляція між самоповагою та емоціогенною харчовою поведінкою ($r = -$

0,47 при $p < 0,01$) підтверджує, що зниження самооцінки часто супроводжується емоційним переїданням.

Зворотний зв'язок виявлено також між рівнем самоповаги та загальним індексом порушення харчової поведінки за EAT-26 ($r = -0,44$ при $p < 0,01$), а також між самоповагою та перфекціоністською самопрезентацією ($r = -0,42$ при $p < 0,05$). Це дозволяє стверджувати, що внутрішня нестабільність образу «Я» сприяє формуванню девіантних моделей харчової поведінки, зокрема в осіб, які прагнуть виглядати ідеально для оточення.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують гіпотезу про психологічне підґрунтя харчових девіацій та доводять доцільність врахування цих чинників у програмах психопрофілактики.

2.3. Адиктивна харчова поведінка особистості: роль психологічного благополуччя та сприйняття власного тіла

На підставі проведеного теоретичного та емпіричного аналізу можна стверджувати, що ефективна превенція адиктивної харчової поведінки має спиратись на комплексний підхід, який охоплює не лише фізіологічні, але й психологічні аспекти функціонування особистості. Визначальну роль у цьому відіграють особистісне сприйняття власного тіла та рівень психологічного благополуччя.

Першочерговим напрямом профілактики є формування реалістичного тілесного образу. Усвідомлення розбіжності між уявним та реальним «Я» сприяє гармонізації стосунку до себе. Використання тілесно орієнтованих підходів, таких як практика усвідомленого руху, допомагає зменшити самокритику та зміцнити тілесну ідентичність.

Рекомендується щоденне ведення харчового щоденника з фіксацією емоційного стану до, під час і після прийому їжі. Такий підхід сприяє розвитку саморефлексії та усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між емоційним

станом та харчовою поведінкою. Це підвищує рівень саморегуляції та формує нові адаптивні навички.

Соціальна підтримка є критично важливою. Наявність прийняття, довіри й емпатії з боку значущих осіб посилює внутрішні ресурси, сприяє зниженню тривоги й запобігає формуванню самозасудження при можливих зриваннях. Таке середовище створює базу для формування стабільного «Я» та безпечного простору змін.

У разі виражених ознак адиктивної харчової поведінки доцільним є залучення психотерапевтичної допомоги. Зокрема, ефективними є когнітивно-поведінкові методи, ресурсноорієнтовані підходи та техніки тілесної обізнаності. Така допомога дозволяє опрацювати глибинні причини девіацій та сформувати нові стратегії емоційного реагування.

Таким чином, профілактика адиктивної харчової поведінки виходить за межі харчових обмежень і передбачає глибоку трансформацію ставлення до себе, прийняття тілесності та відновлення психологічної цілісності. Психологічне благополуччя виступає базовим фактором формування здорового стилю харчування й стійкості до стресу.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У процесі емпіричного дослідження підтверджено, що адиктивна харчова поведінка є складним психологічним явищем, яке формується на перетині особистісних, емоційних та соціокультурних чинників. Отримані результати засвідчили наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем психологічного благополуччя, сприйняттям власного тіла та ризиком розвитку порушень харчової поведінки.

Аналіз даних за методикою ЕАТ-26 показав, що жінки частіше демонструють ознаки порушеної харчової поведінки, включаючи схильність до обмеження їжі, тривожність щодо маси тіла та емоціогенне переїдання. Така тенденція може бути зумовлена впливом соціальних стереотипів щодо зовнішності, вищим рівнем емоційної чутливості та культурною нормою ідеалізованого образу тіла.

Результати, отримані за багатовимірною шкалою перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта, вказали на зв'язок між високим рівнем самокритичності, прагненням до ідеалу та ризиком розвитку розладів харчової поведінки. Особливо виразно це проявилось у жінок, які продемонстрували вищі показники за шкалою перфекціоністської самопрезентації, що відображає намагання виглядати ідеально в очах соціального оточення.

За результатами оцінювання рівня самоповаги за методикою М. Розенберга встановлено, що низька самооцінка асоціюється з підвищеною схильністю до адиктивної харчової поведінки. Особи з низьким рівнем самоповаги частіше вдаються до емоційного споживання їжі як до способу регуляції внутрішнього емоційного стану.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив існування тісних взаємозв'язків між високим рівнем перфекціонізму, спотвореним ставленням до власного тіла, низьким рівнем самоповаги та наявністю ознак девіантної харчової поведінки. Це дозволяє зробити висновок про значний вплив внутрішніх психоемоційних чинників на формування неадаптивних моделей харчування, що потребують цілісного психологічного підходу в рамках діагностики та корекції.

ВИСНОВОК

У межах виконання кваліфікаційного дослідження було здійснено теоретичний аналіз поняття харчової поведінки, її структурних компонентів, типології та детермінант девіантних проявів. Харчова поведінка розглянута як складне психобіосоціальне явище, що поєднує в собі фізіологічні, когнітивні, емоційні та соціокультурні складові. Особливу увагу приділено адиктивним формам, зокрема емоціогенній, обмежувальній та екстернальній поведінці, які розглядаються як наслідки порушеної саморегуляції та психологічного дисбалансу.

У процесі теоретичного й емпіричного аналізу було досліджено особливості сприйняття власного тіла як одного з ключових предикторів харчової поведінки. Встановлено, що спотворене тілесне самосприйняття та незадоволення зовнішністю є чинниками, які сприяють виникненню обмежувальної або емоціогенної моделі харчування, що вказує на необхідність корекції образу тіла у рамках психопрофілактичних заходів.

Оцінка рівня психологічного благополуччя респондентів дозволила виявити закономірності, що вказують на тісний зв'язок між емоційною стабільністю, рівнем самоповаги та характером харчової поведінки. Особи з нижчим рівнем благополуччя частіше демонструють девіантні патерни споживання їжі, використовують її як засіб емоційної компенсації або контролю.

У ході емпіричного дослідження було вивчено взаємозв'язки між перфекціонізмом, самоповагою, тілесним самосприйняттям та харчовою поведінкою. Встановлено, що високі показники соціально зумовленого та самонаправленого перфекціонізму поєднуються зі зниженим рівнем самоповаги та підвищеною схильністю до емоціогенного або обмежувального харчування. Ці результати засвідчують наявність комплексної психологічної матриці, що підвищує ризики розвитку адиктивних форм харчової поведінки, особливо серед жінок.

На підставі теоретичних напрацювань і емпіричних результатів було сформовано низку практичних рекомендацій, що можуть бути використані в психопрофілактиці порушень харчової поведінки. Серед ключових напрямів: формування реалістичного образу тіла, розвиток навичок емоційної регуляції, підвищення самоповаги, а також критичне переосмислення соціальних норм щодо зовнішності. Підкреслено важливість міждисциплінарного підходу до вирішення проблеми, який включає як індивідуальну психологічну допомогу, так і вплив на ширші соціокультурні чинники.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Золотова Г. Д. Сутність і зміст нехімічних адикцій дітей. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки, 2012, №22 (8): С.12-24.
2. Дуденко Н. В., Павлоцька Л. Ф., Цихановська І. В., Лазарєва Т. А., Александров О. В., Коваленко В. О., Скуріхіна Л. А., Євлаш В. В. Нутриціологія. Частина 2. Частна нутриціологія: Навчальний посібник. Харків: УІПА, 2012. 246 с.
3. 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.
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. 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.
6. Берген Н.О., Алексєєва С.І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал. 2020. № 34(120). С.56-68.
7. 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.

8. Юркевич Г. Два види перфекціонізму: здоровий і патологічний. In: The 12th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects» (June 28-30, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. 756 p. С. 509.
9. 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.
10. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2009, 2.6.
11. Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. Акмеологія. 2015. № 3 (55). С. 213-218.
12. Католик Г. Особливості самоствавлення осіб, які страждають на орторексію. 2024. Phd thesis. Львівський державний університет внутрішніх справ.
13. Малина О. Г., Чиганов С. Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. Проблеми сучасної психології, 2019, №1: С. 78-88.
14. Кононенко О.І. Перфекціонізм особистості [Монографія]. Одеса. ОНУ імені І.І.Мечникова. ТОВ «Удача», 2016. 374 с.
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. Кононенко О. І. Гендерні особливості проявів перфекціонізму особистості. Вісник Одеського національного університету. Психологія, 2015, 20.2 (36). С. 99-105.
17. 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.
18. 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.

- 19.Павлоцька Л. Ф., Дуденко Н. В., Євлаш В. В. Фізіологія харчування. Підручник. Харків: ХДУХТ, Світ книг, 2017. 316 с.
- 20.Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт. 2020. Вип.2. С.91-98.
21. 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.
- 22.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.
- 23.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.
- 24.Карпенко Є. В. Перфекціонізм як джерело невротизації особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2016, 1 (1): С. 30-37.
- 25.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.
- 26.Шебанова В. І. Харчова поведінка в континуумі норма–патологія. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2017, 6 (1): С.133-138.
- 27.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.
- 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.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.

- 30.Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3. С. 32.
- 31.Кротенко В. І., Міщенко О. Е. Трансформація поняття інтернет-залежності як форми адиктивної поведінки в контексті діджиталізації сучасного суспільства. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2022, №43: С. 105-115.
- 32.Матійків І. М. Тренерська майстерність: теорія і практика. Технологія проведення тренінгів: метод. посіб. Львів: СПОЛОМ, 2021. 280 с.
- 33.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.

Додаток А

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, емоціогенної 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

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 відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь 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.

Додаток Б

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	Ніко л и	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.

Додаток В

Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта 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.	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	1	2	3	4	5	6	7

	значних результатів у всьому.							
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 бездоганним 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.

Додаток Д

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 справляюсь.	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.

Додаток Е**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 кожну 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.