

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра української мови, психології та педагогіки

Магістерська робота

за спеціальністю 053 Психологія

на тему: «Взаємозв'язок перфекціонізму та надмірного контролю за тілом»

Виконала здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Горбунова Катерина Юріївна

Керівник: Ломакін Г.І., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

Рецензенти: Абасалієва О.М.,

к.психол.н., доцент кафедри української

мови, психології та педагогіки;

Шейко А.О., к. психол.н., доцент кафедри

української мови, психології та педагогіки

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ТІЛОМ	9
1.1. Перфекціонізм як психологічний феномен	9
1.2. Надмірний контроль за тілом як психологічна проблема	15
1.3. Психологічні механізми зв'язку перфекціонізму та тілесного контролю	19
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА НАДМІРНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТІЛОМ	28
2.1. Організація та методика дослідження	28
2.3. Аналіз показників контролю за тілом та образу тіла	31
2.4. Аналіз взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом	40
2.4. Аналіз взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом	51
2.5. Практичні рекомендації за результатами дослідження	59
Висновки до розділу 2	70
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному соціокультурному просторі зовнішність і тілесна «керованість» дедалі частіше набувають статусу показників успішності, самодисципліни та особистісної «достатності». Соціальні мережі, медіа та культура досягнень формують нормативний образ «контрольованого тіла» як маркера життєвої ефективності, що, за спостереженнями Е. Гідденса, відображає тенденцію пізньомодерного суспільства до рефлексивного конструювання ідентичності через тілесність. П. Бурдьє розглядав тіло як форму «соціального капіталу», що може конвертуватися у статус і визнання, а тому стає об'єктом інтенсивної соціальної регуляції.

У межах психології тілесності ці процеси інтерпретуються як зростання феномену об'єктивації тіла (Б. Фредріксон, Т. Робертс), коли людина починає сприймати власне тіло переважно з позиції зовнішнього спостерігача. Для значної частини жінок, особливо залучених до програм зниження ваги, тілесність стає не лише сферою турботи про здоров'я, а й полем постійної оцінки, порівняння та самоконтролю. За даними Т. Кеша, незадоволення тілом тісно пов'язане з підвищеною увагою до зовнішності, частими перевітками, уникненням «небажаних» тілесних станів і формуванням ригідних когнітивних схем щодо ваги й форми тіла.

На цьому тлі надмірний контроль за тілом може виходити за межі адаптивної саморегуляції та перетворюватися на ригідну систему правил, моніторингу й самообмежень, що підтримує тривожність, сором, самокритику та нестійкість самооцінки. З позицій теорії саморегуляції К. Карвера і М. Шайера така форма контролю набуває характеру хронічного розриву між реальним і ідеальним «Я», що постійно актуалізує переживання невідповідності. У контексті теорії саморозбіжностей Е. Гітінса це

супроводжується домінуванням «ought-self» – інтеріоризованих вимог і стандартів, невідповідність яким переживається як провина й сором.

Одним із ключових психологічних чинників, який здатен підсилювати такі форми тілесного контролю, є перфекціонізм. У сучасній психології особистості перфекціонізм розглядається як багатовимірний конструкт (П. Г'юїтт, Г. Флетт; Р. Фрост), що включає як відносно адаптивні аспекти (високі стандарти, організованість), так і дезадаптивні – страх помилок, сумніви у власних діях, соціально приписаний перфекціонізм, умовну самоцінність. П. Г'юїтт і Г. Флетт підкреслюють, що соціально приписаний перфекціонізм особливо пов'язаний із переживанням постійної оцінюваності та загрози відторгнення, що підсилює залежність самооцінки від відповідності зовнішнім критеріям.

Р. Шафран, З. Купер та К. Ферберн розглядають клінічний перфекціонізм як підтримуючий механізм психічних розладів, зокрема розладів харчової поведінки, коли самоцінність людини майже повністю залежить від досягнення самовстановлених стандартів. У тілесній сфері це часто реалізується через надцінність ваги і форми тіла, регулярні перевірки, підвищену фіксацію на «недоліках» і посилення контролюючих стратегій харчової поведінки. За моделлю К. Ферберна саме перфекціонізм виступає одним із ключових підтримуючих факторів патологічного харчового контролю поряд із низькою самооцінкою та труднощами емоційної регуляції.

З позицій когнітивно-поведінкової теорії А. Бека та Д. Янга перфекціоністичні переконання пов'язані з формуванням дисфункційних схем умовної цінності («я достатня лише тоді, коли відповідаю ідеалу»), що робить тілесні параметри зручним і нібито контрольованим критерієм самопідтвердження. Водночас, як зазначає П. Слейд, така стратегія має парадоксальний ефект: чим більше зусиль спрямовано на досягнення тілесного ідеалу, тим вищою стає чутливість до найменших «відхилень», що посилює тривожність і незадоволення тілом.

Накопичені емпіричні дані свідчать про стабільні зв'язки між перфекціоністичними установками та порушеннями образу тіла (Т. Бардон-Кон, Л. Бун, Т. Вейд), а також про роль перфекціонізму як чинника ризику формування дисфункційних практик контролю ваги, зокрема жорстких дієтичних обмежень, компульсивних перевірок і циклів «контроль – зрив – самокритика».

Відтак, дослідження взаємозв'язку перфекціонізму та надмірного контролю за тілом є актуальним як у теоретичному, так і в практичному вимірі. Воно дозволяє точніше окреслити психологічні механізми ризику – інтеріоризацію нереалістичних стандартів, умовну самоцінність, страх помилок, схильність до самокритики – та визначити напрями ефективної профілактики й психологічної допомоги, спрямованої не лише на поведінкові аспекти харчування, а й на трансформацію перфекціоністичних переконань і способів самоствавлення.

Водночас актуальною залишається потреба у прикладних дослідженнях, виконаних на конкретних соціально релевантних групах, зокрема жінках, залучених до марафонів схуднення, де тілесний контроль набуває нормативно схвалюваної форми. Саме в таких умовах перфекціоністичні установки можуть не лише маскуватися під «дисципліну» та «мотивацію», а й виступати психологічним механізмом підтримання ригідних і потенційно дезадаптивних форм саморегуляції.

Мета дослідження. Виявити характер і силу взаємозв'язку між перфекціонізмом та надмірним контролем за тілом, а також визначити, які компоненти перфекціонізму найбільш тісно пов'язані з тілесним незадоволенням, поведінковими стратегіями контролю та надцінністю ваги і форми тіла у жінок, залучених до програм зниження ваги.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння перфекціонізму як психологічного феномена та виокремити його ключові компоненти.

2. Розкрити психологічний зміст надмірного контролю за тілом як проблеми образу тіла та саморегуляції харчової поведінки.

3. Обґрунтувати психологічні механізми зв'язку перфекціонізму з тілесним контролем (когнітивні спотворення, самокритика, сором, тривожність, соціальне порівняння).

4. Організувати та провести емпіричне дослідження показників перфекціонізму і контролю за тілом у вибірці жінок-учасниць марафонів схуднення.

5. Здійснити статистичний аналіз отриманих результатів (описова статистика, кореляційний аналіз, порівняння груп).

6. Сформулювати практичні рекомендації щодо психологічної профілактики та корекції дезадаптивного перфекціонізму і надмірного контролю за тілом.

Об'єкт дослідження. Психологічні особливості саморегуляції особистості в контексті перфекціоністичних установок і ставлення до власного тіла.

Предмет дослідження. Взаємозв'язок між рівнем і структурою перфекціонізму та показниками надмірного контролю за тілом (тілесне незадоволення, поведінковий контроль харчування, частота моніторингу тіла, надцінність ваги і форми тіла) у жінок, залучених до програм зниження ваги.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що вищий рівень перфекціонізму, особливо його дезадаптивні компоненти (страх помилок, сумніви у власних діях, соціально приписаний перфекціонізм), статистично значущо пов'язаний із більш вираженим тілесним незадоволенням, частішим використанням контролюючих поведінкових стратегій, підвищеним моніторингом тіла та більшою надцінністю ваги й форми тіла. Також очікується, що жінки з високим рівнем перфекціонізму демонструватимуть вищі показники надмірного тілесного контролю порівняно з учасницями з низьким/середнім рівнем перфекціонізму.

Методи дослідження

Теоретичні методи: аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми перфекціонізму, образу тіла та харчової саморегуляції.

Емпіричні методи: психодіагностичне обстеження за допомогою стандартизованих опитувальників: Багатовимірна шкала перфекціонізму Г'юїтта і Флетта (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS), Багатовимірна шкала перфекціонізму Фроста (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS), Опитувальник форми тіла (Body Shape Questionnaire, BSQ), Опитувальник дослідження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q), Шкала об'єктивованої тілесної свідомості (Objectified Body Consciousness Scale, OBCS).

Математико-статистичні методи: методи описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум/максимум), кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона), порівняння груп (t-критерій Стьюдента), аналіз рівнів і частотних розподілів.

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 40 жінок, які є учасницями марафонів схуднення. Усі респондентки перебували в процесі активної роботи над зниженням ваги та контролем харчування, що зумовлює високу актуалізацію тілесної тематики та самоспостереження. Вибірка має однорідний гендерний склад, що дозволяє глибше проаналізувати психологічні особливості жіночого сприйняття тіла в умовах соціально підсиленої орієнтації на зовнішність.

Наукова новизна роботи полягає в емпіричному уточненні характеру взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом у вибірці жінок, залучених до марафонів схуднення, а також у встановленні найбільш «ризикових» компонентів перфекціонізму, що пов'язані з тілесним незадоволенням, посиленням моніторингу та надцінністю ваги і форми тіла. Отримані результати розширюють уявлення про психологічні механізми, через які перфекціоністичні установки трансформуються у ригідні тілесні практики самоконтролю.

Практичне значення дослідження визначається можливістю використання його результатів у психологічному консультуванні та профілактичній роботі з жінками, які демонструють ригідні форми контролю харчування й зовнішності. Висновки роботи можуть бути застосовані для: раннього виявлення перфекціоністичних факторів ризику надмірного тілесного контролю; розробки програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження самокритики, страху помилок, надцінності ваги і форми тіла; формування психологічної гнучкості та більш здорового, приймаючого ставлення до тілесності.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел і додатків. У першому розділі розкрито теоретичні основи проблеми перфекціонізму та надмірного контролю за тілом і обґрунтовано психологічні механізми їх взаємозв'язку. У другому розділі подано організацію та методику емпіричного дослідження, результати аналізу показників перфекціонізму й тілесного контролю, а також статистичне підтвердження їх взаємозв'язку та практичні рекомендації за підсумками дослідження.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ТІЛОМ

1.1. Перфекціонізм як психологічний феномен

У сучасній психології перфекціонізм розглядають як складне багатовимірне утворення, що поєднує систему високих стандартів, підвищену вимогливість до себе та тенденцію оцінювати власну цінність через відповідність «ідеалу». На відміну від загального прагнення до розвитку або якості виконання, перфекціонізм має виражений оціночний компонент: людина не просто хоче зробити «добре», а прагне зробити «ідеально», і саме це стає критерієм самоповаги, прийняття себе та відчуття контролю над життям. У контексті теми взаємозв'язку перфекціонізму та надмірного контролю за тілом важливо підкреслити, що перфекціоністичні установки часто поширюються на тілесність: зовнішність, вагу, харчування й фізичну форму, де «ідеальність» може сприйматися як обов'язкова умова соціальної успішності, привабливості та психологічної безпеки [13].

Перфекціонізм у сучасній психології розглядається не як ізольована риса, а як складна особистісна система, що формується на перетині когнітивних установок, емоційної регуляції, мотиваційних стратегій та соціального досвіду. Саме тому його доцільно описувати як континуум – від конструктивних форм, які підтримують саморозвиток, до деструктивних, що стають чинником психоемоційного виснаження та порушень самоствавлення.

Адаптивний перфекціонізм пов'язаний із внутрішньо вмотивованим прагненням до якості, професійності, відповідальності та самовдосконалення. Для нього характерні реалістичні стандарти, здатність до самопідтримки, прийняття помилок як природної частини навчального процесу, а також гнучкість у постановці й корекції цілей [28]. Помилка в цьому випадку не інтерпретується як свідчення особистісної неспроможності, а сприймається як досвід. Самооцінка залишається відносно стабільною й не залежить

тотально від результатів діяльності або зовнішнього схвалення. Тому адаптивний перфекціонізм може виступати ресурсом – він підтримує мотивацію досягнення, сприяє високій якості діяльності та не руйнує емоційний баланс [5].

Деадаптивний перфекціонізм, навпаки, має іншу психологічну структуру. Його ядром є не стільки прагнення до розвитку, скільки страх невідповідності. Високі стандарти тут поєднуються з жорсткою самокритикою, ригідністю мислення та схильністю до когнітивних спотворень, зокрема дихотомічного («ідеально або провал»), катастрофічного та персоналізованого оцінювання. Помилка переживається як доказ власної дефектності, а не як ситуаційний результат. Самооцінка стає умовною – вона залежить від досягнень, зовнішніх оцінок, відповідності соціальним нормам. У емоційному плані це супроводжується хронічною тривожністю, почуттям провини, сорому, напруженням та внутрішнім відчуттям «я недостатня». Такий варіант перфекціонізму пов'язаний із виснаженням, емоційною дисрегуляцією та підвищеним ризиком формування компульсивних або контролюючих поведінкових патернів [4].

Саме деадаптивний перфекціонізм є психологічно значущим для пояснення надмірного контролю за тілом. У цій логіці тіло стає простором, де розігрується внутрішній конфлікт між «реальним Я» та «ідеальним Я». Хронічна незадоволеність собою, страх осуду, залежність самооцінності від відповідності стандартам краси формують установку: тіло потрібно постійно «виправляти», контролювати, дисциплінувати. Регуляція харчування, ваги, фізичних навантажень і зовнішності перестає бути турботою про здоров'я та перетворюється на механізм зниження тривоги й відновлення ілюзії контролю. Таким чином, тілесний контроль виконує функцію психологічного регулятора – через нього особистість намагається впоратися з внутрішнім напруженням і нестійкою самооцінкою [6].

У межах багатовимірних моделей перфекціонізм структурується через кілька компонентів, кожен із яких має специфічний зв'язок із тілесним самостваленням.

Самоорієнтований перфекціонізм відображає внутрішню систему високих вимог до себе, орієнтацію на бездоганність, нетерпимість до власних недоліків. У контексті тілесності це може проявлятися у прагненні до «ідеального» тіла як доказу сили волі, самодисципліни та особистісної цінності [12].

Соціально приписаний перфекціонізм ґрунтується на переконанні, що оточення очікує ідеальності, а будь-яка «недосконалість» призведе до осуду, знецінення чи відкидання. У такому випадку тіло стає соціальним об'єктом оцінювання. Людина починає дивитися на себе «очима інших», що посилює порівняння, сором і залежність самоствалення від реакцій середовища [7].

Перфекціонізм, орієнтований на інших, менш прямо, але також може впливати на тілесні уявлення, оскільки підтримує загальну систему жорстких стандартів, у якій цінність людини визначається відповідністю нормам.

Для вибірки жінок – учасниць марафонів схуднення – найбільш релевантними є саме самоорієнтований і соціально приписаний перфекціонізм. Культура «тілесних марафонів» створює особливе психологічне середовище, де дисципліна, результативність і видимі зміни у тілі стають показниками успішності. Публічність процесу, демонстрація «до/після», порівняння результатів, зовнішнє оцінювання підсилюють соціальний тиск і актуалізують страх невідповідності. Унаслідок цього тіло поступово втрачає статус частини живого, суб'єктивно переживаного «Я» і перетворюється на «проект» або «завдання», яке потрібно оптимізувати [13].

У такій ситуації тілесний контроль виконує не лише поведінкову, а й психологічну функцію – він підтримує відчуття порядку, передбачуваності та тимчасово знижує тривогу. Проте водночас це закріплює ригідні стандарти, посилює залежність самоцінності від зовнішніх параметрів і поглиблює розрив між тілом як об'єктом оцінки та тілом як суб'єктом переживання.

Саме цей механізм і становить центральний зв'язок між дезадаптивним перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом [25].

Важливою ознакою перфекціонізму є поєднання високих стандартів із самокритикою. Перфекціоністична самокритика проявляється в постійному порівнянні себе з ідеалом, фіксації на недоліках та тенденції знецінювати позитивні результати («це не достатньо», «могла краще», «все одно ще не така»). Саме ця особливість пов'язує перфекціонізм із хронічною емоційною напругою. Якщо для не-перфекціоністичної людини недосягнення цілі може бути тимчасовим розчаруванням, то для перфекціоністичної – це сигнал про «поганість» себе як особистості. У контексті контролю за тілом це означає, що коливання ваги, «зриви» харчування, пропуск тренування або незадоволення відображенням у дзеркалі переживаються не як ситуативна невдача, а як доказ «недисциплінованості», «слабкості», «неприйнятності». Тіло стає полем, де розігрується боротьба за самоцінність [8].

Окремої уваги справді потребує когнітивний аспект перфекціонізму, оскільки саме на рівні мислення формуються ті інтерпретаційні схеми, через які людина оцінює себе, своє тіло та результати зусиль. Перфекціонізм у цьому вимірі проявляється як система жорстких базових переконань і автоматичних думок, що задають високі, часто нереалістичні стандарти та нетерпимість до відхилень [9].

Для нього характерні когнітивні спотворення, які набувають системного характеру. Дихотомічне мислення формує установку «або ідеально, або провал», унаслідок чого навіть незначне відхилення від плану переживається як повна невдача. Катастрофізація призводить до драматизації наслідків («якщо я зірвалася – усе зруйновано»), що різко підвищує рівень тривоги та емоційного напруження. Надгенералізація переносить окремий епізод на глобальний рівень («якщо сьогодні не змогла – я взагалі нездатна»), формуючи стійке відчуття власної неспроможності. Персоналізація сприяє приписуванню ситуаційних труднощів особистісній «дефектності» («якщо не худну – зі мною щось не так»), що підсилює сором і самозвинувачення [13].

Такі мисленнєві патерни не лише спотворюють оцінювання реальності, а й виконують регуляторну функцію: вони посилюють потребу в контролі як способі зниження невизначеності. Коли внутрішній світ переживається як нестабільний, а самооцінка – як крихка, контроль над тілом стає доступним і конкретним об'єктом, через який можна відновити відчуття порядку. У цій логіці регуляція харчування, ваги, параметрів тіла набуває символічного значення: вона виконує роль психологічної «опори», що створює ілюзію стабільності та самоефективності. Формується зв'язок: якщо я контролюю тіло – я контролюю себе, а отже, і життя [28].

Таким чином, тілесний контроль стає не просто поведінковою стратегією, а когнітивно підкріпленим механізмом подолання тривоги. Він знижує напруження в короткостроковій перспективі, однак у довгостроковій – закріплює ригідні схеми мислення та залежність самоставлення від зовнішніх показників.

У наукових дослідженнях перфекціонізм закономірно пов'язують із підвищеною тривожністю, депресивними тенденціями, емоційним виснаженням і почуттям провини. Психологічний механізм тут полягає в постійній розбіжності між «реальним Я» і «ідеальним Я». Оскільки ідеал зазвичай є недосяжним або нестійким, людина хронічно переживає невідповідність, що підтримує внутрішню напругу. Тривога виникає як очікування можливої невдачі або осуду, депресивні переживання – як реакція на відчуття безсилля відповідати стандартам, а провини та сором – як емоції самозвинувачення за «недосконалість» [24].

У жінок, залучених у марафони схуднення, ці механізми набувають особливої сили через соціально підсилене когнітивне середовище. Постійне соціальне порівняння, демонстрація результатів «до/після», регулярні вимірювання, звітність, зовнішня оцінка прогресу формують ситуацію підвищеної публічності тілесності. У таких умовах когнітивні спотворення не лише зберігаються, а й підкріплюються соціальними сигналами: успіх інших

може сприйматися як доказ власної недостатності, а будь-яке відхилення від програми – як моральна слабкість.

У результаті перфекціонізм починає виконувати роль психологічного «двигуна» надмірного тілесного контролю. Чим вираженіша орієнтація на ідеал і страх невідповідності, тим жорсткішими стають поведінкові стратегії – обмеження, надмірні навантаження, ригідні правила харчування, постійне самоспостереження. Порушення цих правил супроводжується інтенсивними переживаннями сорому, провини та самознецінення, що знову активує когнітивні схеми «я недостатня» і підсилює потребу ще більшого контролю. Так формується замкнене коло: перфекціоністичні переконання – тілесний контроль – тимчасове зниження тривоги – нове підвищення стандартів – посилення самокритики [32].

Когнітивний компонент перфекціонізму є ключовою ланкою у поясненні того, як внутрішні мисленнєві структури перетворюються на ригідні тілесні практики та підтримують психологічну залежність від контролю над тілом.

Отже, перфекціонізм доцільно розуміти як багатовимірну установку, що включає високі стандарти, підвищену потребу в безпомилковості, залежність самооцінки від результатів і схвалення, а також самокритичні та ригідні когнітивні схеми. У межах даного дослідження він виступає важливим психологічним предиктором надмірного контролю за тілом, оскільки створює внутрішні умови для постійного самоспостереження, порівняння, незадоволеності та прагнення «виправити» тілесність відповідно до ідеалізованих стандартів. Це дозволяє логічно перейти до аналізу того, як саме формується та проявляється надмірний контроль за тілом і які психологічні чинники підтримують його стійкість у повсякденній поведінці.

1.2. Надмірний контроль за тілом як психологічна проблема

У сучасній психології тілесність розглядається не лише як біологічна характеристика людини, а як важлива складова особистісної ідентичності, самосприйняття та соціальної взаємодії. Центральним поняттям у цьому контексті є образ тіла – цілісна система уявлень, оцінок, переживань і ставлень людини до власного тіла, його форми, ваги, функціонування та зовнішнього вигляду. Образ тіла має когнітивний компонент (уявлення про параметри тіла), емоційний (задоволення або незадоволення тілом), поведінковий (дії, спрямовані на зміну або приховування тілесних характеристик) та соціальний (переживання тіла у взаємодії з іншими). У випадку, коли образ тіла набуває надмірної значущості для самооцінки, тіло стає провідним критерієм самоприйняття, що підвищує ризик формування ригідних форм контролю [23].

Контроль харчування, ваги та зовнішності справді може бути складовою здорової саморегуляції та відповідального ставлення до власного тіла. У цьому випадку він базується на усвідомленості, турботі про фізичне самопочуття, енергію, функціональність організму, а не на прагненні відповідати зовнішнім стандартам будь-якою ціною. Така регуляція є гнучкою: людина здатна враховувати контекст, фізіологічні сигнали голоду й ситості, рівень втоми, зміну життєвих обставин. Порушення режиму не призводить до різкого самозвинувачення, а сприймається як нормальна варіація. Самооцінка в цьому випадку має багатовимірний характер і не редукується до тілесних параметрів [17].

Натомість надмірний, дезадаптивний контроль має іншу психологічну якість. Він ґрунтується на ригідних правилах і імперативних переконаннях («не можна», «я повинна», «інакше я погана»), що формують жорстку систему внутрішнього нагляду. Людина постійно перебуває в режимі самопостереження: відстежує калорії, вагу, параметри тіла, «правильність» харчування чи фізичної активності. Навіть незначні відхилення викликають

різке зростання тривоги та почуття провини. У такому випадку поведінка перестає бути інструментом підтримки фізичного стану і набуває психологічно-компенсаторної функції – вона стає способом регуляції емоцій, зниження внутрішнього напруження та відновлення відчуття контролю над собою [11].

У психологічному сенсі надмірний тілесний контроль часто виконує функцію анксиолітичного механізму, тобто способу тимчасового зменшення тривоги. Коли людина переживає невизначеність, емоційну нестабільність або втрату відчуття керованості життям (міжособистісні труднощі, професійний стрес, внутрішні конфлікти), тіло стає доступною сферою впливу. На відміну від складних соціальних чи особистісних проблем, кількість їжі, тренування чи цифра на вагах здаються конкретними та вимірюваними. Через це формується ілюзія: якщо я контролюю тіло, значить, я контролюю ситуацію [8].

Регулювання харчування, ваги та режиму навантажень створює суб'єктивне відчуття порядку, структури, дисципліни. Ці переживання тимчасово знижують внутрішній хаос, надають відчуття ефективності та «правильності» себе. Однак така стратегія має компенсаторний характер: вона не усуває джерела тривоги, а лише переміщує її в іншу площину – з емоційної чи життєвої сфери у тілесну.

Більше того, ригідний контроль підвищує психологічну вразливість. Будь-яке відхилення від встановлених правил – коливання ваги, «зрив», пропуск тренування – сприймається не як ситуаційний епізод, а як доказ втрати контролю над собою. Це провокує різке зростання тривоги, сорому, провини та страху «розвалитися», що ще більше посилює потребу у відновленні жорсткого режиму. Таким чином формується замкнене коло: тривога – посилення контролю – короточасне полегшення – ригідність і виснаження – неминучі порушення – ще більша тривога та самозвинувачення – ще жорсткіший контроль [7].

У довгостроковій перспективі така схема призводить до емоційного виснаження, зниження гнучкості саморегуляції та посилення залежності самооцінки від тілесних показників. Тіло перестає переживатися як джерело відчуттів і досвіду, а сприймається як об'єкт постійної оцінки та корекції. Саме в цій точці надмірний контроль виходить за межі поведінкової звички і стає проявом глибших психологічних механізмів – тривоги, перфекціоністичних переконань та нестійкої самоцінності [9].

Особливу роль у формуванні надмірного тілесного контролю відіграє соціальний контекст, у якому тіло перестає бути лише біологічною або особистісною даністю й набуває статусу соціального «проекту». У сучасній культурі зовнішність часто функціонує як маркер успішності, дисципліни, сили волі, привабливості та навіть моральної «правильності». У такому дискурсі тіло стає об'єктом постійного оцінювання, порівняння та візуальної демонстрації.

Для жінок, залучених до марафонів схуднення, цей процес набуває особливо інтенсивного характеру. Такі програми зазвичай передбачають регулярне зважування, вимірювання параметрів, фіксацію харчування, звітність про фізичну активність, візуалізацію змін у форматі «до/після», а також соціальне підкріплення результатів через схвалення, коментарі, публічні відзнаки [14]. Унаслідок цього тіло включається у систему зовнішнього зворотного зв'язку, де його стан стає показником «успішності» учасниці.

У такому середовищі тіло поступово може сприйматися не як жива, відчувана частина «Я», а як об'єкт управління, що потребує постійної оптимізації. Воно перетворюється на «проект», який слід планувати, контролювати, демонструвати. Відхилення від очікуваної динаміки (зупинка ваги, коливання показників, «зриви») інтерпретуються не як природні фізіологічні процеси, а як особистісна невдача, слабкість або недостатня дисципліна. Така інтерпретація підсилює самокритичність, сором і страх соціального осуду.

Соціальне порівняння в цьому випадку виконує роль потужного психологічного механізму. Спостерігаючи результати інших, учасниці схильні оцінювати себе через призму чужих досягнень, що підвищує чутливість до найменших змін власних показників. Це закріплює стан постійного самоспостереження, де тіло перебуває у фокусі уваги як об'єкт контролю та оцінки. У результаті формуються стійкі поведінкові стратегії ригідного регулювання, що підтримуються не лише внутрішніми переконаннями, а й соціальним середовищем [11].

Надмірний контроль за тілом має тісний зв'язок із розладами харчової поведінки. У когнітивно-поведінкових моделях анорексії, булімії та компульсивного переїдання центральним механізмом виступає саме надцінність ваги та форми тіла, тобто ситуація, коли самооцінка непропорційно залежить від тілесних параметрів. Постійний моніторинг зовнішності, страх набору ваги, ригідні правила харчування й фізичної активності підтримують патологічне коло: обмеження – фізіологічна й психологічна депривація – зриви або компульсивні епізоди – посилення самокритики – ще жорсткіший контроль [38].

Контроль харчування в такій системі часто переходить у хронічне обмеження, що супроводжується виснаженням, підвищеною фіксацією на їжі, зниженням здатності до інтуїтивної регуляції апетиту. Фізіологічна депривація поєднується з психологічною – обмежується спонтанність, гнучкість, соціальна активність, що ще більше звужує життєвий простір людини до тілесної тематики.

Водночас важливо підкреслити, що навіть за відсутності клінічно діагностованого розладу постійна фіксація на тілі, хронічне незадоволення зовнішністю та ригідний контроль можуть суттєво знижувати якість життя. Людина витрачає значний психічний ресурс на моніторинг, оцінювання та корекцію тіла, що підтримує емоційну напругу, тривожність і нестійкість самооцінки. Самоцінність дедалі більше залежить від цифр, параметрів і

зовнішніх реакцій, тоді як інші сфери ідентичності – професійна, міжособистісна, особистісна – відходять на другий план [5].

Соціальний контекст не лише супроводжує, а й активно підтримує та нормалізує надмірний контроль, роблячи його соціально схвалюваною практикою. Саме ця нормалізація ускладнює усвідомлення дезадаптивності поведінки й сприяє закріпленню механізмів, що лежать в основі психологічної залежності від контролю над тілом.

Таким чином, надмірний контроль за тілом слід розглядати як психологічну проблему, що виходить за межі турботи про зовнішність або здоров'я. Він пов'язаний із спотворенням образу тіла, ригідними формами саморегуляції, компенсаторним зниженням тривоги та підвищеним ризиком розвитку дезадаптивних форм харчової поведінки. У поєднанні з перфекціоністичними установками та самокритикою такий контроль може набувати хронічного характеру й виступати важливим чинником психологічної вразливості, що обґрунтовує необхідність його наукового вивчення в межах даного дослідження.

1.3. Психологічні механізми зв'язку перфекціонізму та тілесного контролю

Зв'язок між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом формується на перетині когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів, які взаємно підсилюють один одного та закріплюють ригідні стратегії саморегуляції. У межах даного дослідження цей зв'язок доцільно розглядати як систему психологічних процесів, де перфекціоністичні установки задають «планку» ідеальності, а тілесний контроль виступає інструментом досягнення й підтримання цього ідеалу. Особливо виразно такі механізми можуть проявлятися у вибірці жінок, залучених до марафонів схуднення, де соціальне порівняння, демонстрація результатів та нормативні очікування щодо дисципліни посилюють значущість тіла як об'єкта оцінювання [28].

Першим і базовим психологічним механізмом формування надмірного контролю за тілом виступають перфекціоністичні стандарти та тілесні ідеали, які задають рамку самосприйняття та самоствавлення. Перфекціонізм у цьому контексті передбачає існування внутрішньо або соціально сконструйованих «еталонів», відповідність яким стає умовою прийняття себе, відчуття власної цінності та психологічної «достатності». Самооцінка втрачає автономність і починає залежати від того, наскільки тіло відповідає уявленим нормам [12].

У тілесній сфері ці стандарти набувають форми чітко окреслених і часто уніфікованих уявлень про «правильне» тіло: певний рівень стрункості, конкретні параметри, відсутність «недоліків», контрольований вигляд, «ідеальну» форму та тонус. До цього додаються нормативні очікування щодо поведінки – «правильного» харчування, суворої дисципліни, регулярних тренувань, здатності «тримати себе в руках». Таким чином, тілесний ідеал включає не лише зовнішні характеристики, а й морально забарвлені уявлення про самоконтроль, силу волі та відповідальність [20].

Ключова проблемність цих стандартів полягає не в самому прагненні до покращення фізичної форми чи здоров'я, а в їх ригідності, надцінності та умовності. Тіло поступово перетворюється на центральний критерій оцінювання особистості загалом, тоді як інші виміри ідентичності – професійні досягнення, стосунки, емоційні ресурси – відходять на периферію. У такій системі будь-яка невідповідність тілесному ідеалу переживається не як тимчасовий або ситуативний стан, а як доказ особистісної неспроможності, слабкості або «неправильності» себе [21].

Перфекціоністичні тілесні стандарти мають тенденцію бути завищеними та малореалістичними. Вони часто ігнорують індивідуальні особливості організму, вікові зміни, генетичні фактори, реальні фізіологічні межі. Через це навіть об'єктивний прогрес – зниження ваги, покращення фізичної форми, підвищення витривалості – не супроводжується суб'єктивним відчуттям задоволення. Досягнутий результат швидко знецінюється, а «ідеал» зміщується ще далі. Формується хронічне

переживання «недостатності», яке підтримує постійну мотивацію до ще жорсткішого контролю [14].

У психологічному плані це створює парадокс перфекціонізму: чим більше зусиль докладається для досягнення ідеалу, тим менш досяжним він стає у внутрішньому досвіді. Контроль за тілом перестає бути засобом досягнення цілей і перетворюється на самодостатній процес, спрямований на підтримання ілюзії відповідності стандартам. Будь-яке послаблення контролю сприймається як загроза втрати цінності, що активує тривогу та посилює ригідність поведінки [14].

Таким чином, перфекціоністичні стандарти й тілесні ідеали формують когнітивно-емоційний фундамент надмірного контролю. Вони задають жорстку систему оцінювання, у межах якої тіло стає полем постійної перевірки на «достатність», а самоконтроль – умовою прийняття себе. Саме ця система створює стійку психологічну напругу й запускає ланцюг механізмів, що підтримують дезадаптивні форми тілесної регуляції.

Другим ключовим психологічним механізмом, що підтримує як перфекціонізм, так і надмірний тілесний контроль, виступають когнітивні спотворення – стійкі способи інтерпретації досвіду, які роблять оцінювання себе, тіла й результатів негнучким та емоційно навантаженим. Саме вони забезпечують внутрішню логіку ригідної регуляції, перетворюючи поодинокі події на підтвердження глобальних переконань про власну «недостатність».

Найтипівішим є дихотомічне мислення, коли результати сприймаються через полярні категорії: «успіх або провал», «ідеально або ніяк», «правильно або зірвалася». У сфері харчування й ваги це проявляється в переконанні, що навіть незначне відхилення від плану автоматично «обнуляє» всі попередні зусилля. Така логіка руйнує поступовість і процесуальність змін, замінюючи їх жорсткою системою «або дотримуюся повністю, або все втрачено». У результаті формується парадоксальна поведінкова динаміка: суворі обмеження чергуються зі зривами за принципом «раз уже порушила – тоді

вже все», що ще більше підсилює почуття провини та необхідність посилити контроль [7].

Катастрофізація доповнює цю схему, збільшуючи емоційний масштаб подій. Коливання ваги, пропуск тренування чи зміна режиму інтерпретуються як неминучий «відкат», «втрата форми», «повернення до попереднього стану». Реалістичні фізіологічні варіації набувають у свідомості значення загрози, що активує тривогу й термінову потребу «виправити ситуацію» через ще суворіші обмеження.

Окрему роль відіграє надцінність ваги та форми тіла – тенденція надавати їм непропорційно великого значення у структурі особистісної цінності. У цьому випадку тіло перестає бути однією з характеристик людини й стає головним доказом її «успішності», «привабливості», «самодисципліни», «сили волі». Самооцінка стає умовною: вона залежить від тілесних показників, а контроль за тілом набуває статусу психологічної необхідності. Втрата контролю в тілесній сфері переживається як втрата контролю над собою загалом [15].

Третім ключовим механізмом є самокритика та сором, які формують емоційну основу ригідного контролю. Дезадаптивний перфекціонізм практично завжди супроводжується підвищеною самокритикою, спрямованою не лише на конкретну поведінку, а на особистість у цілому. У тілесній сфері це проявляється у фокусі на «недоліках», ігноруванні або знеціненні досягнень, постійному порівнянні себе з ідеалом або з іншими людьми. Внутрішній діалог набуває форми звинувачень і вимог, що підтримує відчуття напруги та незадоволеності.

Самокритика запускає переживання сорому – однієї з найбільш інтенсивних самоспрямованих емоцій. На відміну від провини, що стосується поведінки («я зробила щось не так»), сором має глобальний характер («зі мною щось не так»). У контексті тіла він переживається як відчуття власної «неправильності», дефектності, страху осуду та відкидання. Тіло стає джерелом загрози соціальному прийняттю [14].

У відповідь на сором людина може обирати дві стратегії: уникнення (приховування тіла, соціальна ізоляція) або гіперкомпенсацію через посилення контролю. Саме другий варіант часто реалізується в умовах марафонів схуднення, де присутнє постійне зовнішнє оцінювання та порівняння результатів. Соціальна видимість тіла підсилює вразливість до сорому, а контроль стає способом зменшити загрозу негативної оцінки [26].

Таким чином, когнітивні спотворення формують інтерпретаційну основу перфекціонізму, тоді як самокритика й сором забезпечують його емоційне підкріплення. Разом вони створюють систему, у якій контроль за тілом стає не просто поведінковою звичкою, а способом підтримувати умовну самоцінність і регулювати глибокі переживання тривоги та самонеприйняття.

Четвертий механізм стосується контролю тіла як форми ілюзії контролю над життям загалом. Деадаптивний перфекціонізм тісно пов'язаний із труднощами толерантності до невизначеності – людині психологічно складно витримувати нестабільність, непередбачуваність, неоднозначність подій. Будь-яка ситуація, де результат не можна повністю спрогнозувати або гарантувати, викликає напруження. У відповідь формується прагнення максимально структурувати реальність, звести її до системи правил, вимірюваних показників і чітких критеріїв [28].

У цьому контексті тіло стає зручним і «керованим» об'єктом. Воно має конкретні, числові параметри – вагу, об'єми, калорії, кількість кроків, тривалість тренувань. Ці показники створюють відчуття об'єктивності й передбачуваності. Через регулярні вимірювання й регуляцію формується суб'єктивне відчуття впорядкованості: я дисциплінована, я тримаю себе, я контролюю процес. Контроль за тілом починає виконувати функцію екзистенційної опори, яка допомагає знизити тривогу, пов'язану з іншими сферами життя – міжособистісними труднощами, професійною невизначеністю, внутрішніми конфліктами.

Однак це відчуття має компенсаторний характер. Воно не усуває реальних джерел невизначеності, а лише переносить фокус регуляції на тілесну сферу. Людина поступово стає залежною від контролю як джерела стабільності: самопочуття, настрої і самооцінка починають визначатися тим, наскільки вдалося дотриматися правил. У результаті будь-яке відхилення – зміна ваги, порушення режиму, «зрив» – переживається як загроза не лише зовнішності, а й внутрішній організованості, самодисципліні та самоцінності. Втрата контролю над тілом символічно дорівнює втраті контролю над собою.

Таким чином, тілесний контроль виконує функцію психологічного контейнера тривоги, але водночас посилює залежність від ригідних регуляторних схем, що робить особистість менш стійкою до реальних життєвих коливань [28].

П'ятий аспект пов'язаний із узагальненням сучасних емпіричних даних, які підтверджують системний характер зв'язку між перфекціонізмом і проблемною регуляцією харчування та образу тіла. У наукових дослідженнях перфекціонізм стабільно розглядається як фактор ризику формування тілесного незадоволення, надцінності ваги й форми тіла, а також як психологічний предиктор дезадаптивних стратегій контролю харчування.

Особливо значущими в цьому контексті визнаються компоненти дезадаптивного перфекціонізму: страх помилок, сумніви у власних діях, соціально приписані очікування, жорстка самокритика. Саме вони створюють постійну внутрішню напругу й відчуття невідповідності, що стимулює пошук сфер, де можна «виправити» себе. Тіло виявляється найбільш доступною сферою такої корекції.

Дослідження також підкреслюють роль проміжних психологічних змінних, через які перфекціонізм реалізується у тілесному контролі: підвищена тривожність, зниження самоприйняття, схильність до сорому, інтенсивне соціальне порівняння, ригідні когнітивні схеми. Перфекціонізм не діє ізольовано – він підсилює вразливість до культурних тілесних ідеалів,

робить людину більш чутливою до соціальних сигналів про «нормативну» зовнішність.

Водночас емпіричні дані демонструють не лише прямі кореляції, а й циклічні моделі взаємовпливу. Перфекціонізм підсилює незадоволення тілом і страх невідповідності; незадоволення тілом, у свою чергу, активує самокритику та ще жорсткіші стандарти; посилення стандартів веде до ригіднішого контролю; контроль підтримує напругу й підвищує ймовірність зривів, що знову підтверджує переживання «недостатності». Так замикається цикл: ідеал – контроль – напруга – незадоволення – посилення ідеалу [15].

Отже, психологічні механізми зв'язку перфекціонізму та тілесного контролю формуються через систему взаємопов'язаних процесів: завищені стандарти й тілесні ідеали задають напрямок самовимогливості; когнітивні спотворення підтримують ригідне оцінювання та страх відхилення; самокритика й сором посилюють емоційну напругу та потребу «виправляти» тіло; тілесний контроль виконує компенсаторну функцію ілюзорного відновлення керованості; а емпіричні дані підтверджують роль дезадаптивного перфекціонізму як важливого чинника ризику деструктивної регуляції харчування та образу тіла. Це створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу отриманих показників у вибірці жінок, залучених до програм схуднення, та для формування практичних рекомендацій щодо психологічної профілактики надмірного контролю.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз проблеми перфекціонізму та надмірного контролю за тілом дозволив розкрити психологічну природу цих явищ та обґрунтувати їхній взаємозв'язок як системний, багаторівневий процес. Установлено, що перфекціонізм є не просто прагненням до високих результатів, а складним особистісним утворенням, яке включає завищені стандарти, підвищену вимогливість до себе, страх помилок, залежність самооцінки від досягнень і

схвалення, а також виражену самокритику. Особливо значущим для психологічної дезадаптації виступає дезадаптивний варіант перфекціонізму, який супроводжується ригідними когнітивними схемами, емоційною напругою та переживанням хронічної невідповідності власним стандартам.

Розгляд надмірного контролю за тілом як психологічної проблеми показав, що він формується на ґрунті спотвореного або надмірно значущого образу тіла, коли тілесні характеристики стають центральним критерієм самооцінки. На відміну від адаптивної турботи про здоров'я, надмірний контроль має ригідний характер, супроводжується постійним самоспостереженням, жорсткими правилами регуляції харчування і ваги, високою тривогою при відхиленні від встановлених норм та емоційними реакціями у вигляді провини й сорому. Виявлено, що такий контроль виконує компенсаторну функцію зниження тривоги та створення ілюзії керованості, однак водночас підтримує хронічну емоційну напругу і підвищує психологічну вразливість.

Аналіз психологічних механізмів зв'язку між перфекціонізмом і тілесним контролем дозволив визначити низку ключових ланок цього процесу. Перфекціоністичні стандарти трансформуються в тілесні ідеали, відповідність яким сприймається як умова особистісної цінності. Когнітивні спотворення, зокрема дихотомічне мислення, катастрофізація та надцінність ваги і форми тіла, підтримують ригідність оцінювання і страх відхилення від ідеалу. Самокритика та сором виступають емоційними механізмами, що підсилюють потребу «виправляти» тіло через контроль. Тілесний контроль, у свою чергу, виконує функцію ілюзорного відновлення контролю над життям загалом, що замикає коло взаємопідсилювальних процесів.

Огляд сучасних емпіричних досліджень підтверджує, що перфекціонізм, особливо його дезадаптивні компоненти, є значущим чинником ризику формування тілесного незадоволення, надцінності ваги та дезадаптивних форм регуляції харчової поведінки. Таким чином, теоретичні положення розділу обґрунтовують доцільність розгляду перфекціонізму як

психологічного предиктора надмірного контролю за тілом і створюють концептуальну основу для емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення цього взаємозв'язку у вибірці жінок, залучених до програм схуднення.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА НАДМІРНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТІЛОМ

2.1. Організація та методика дослідження

Емпіричне дослідження у межах даної магістерської роботи спрямоване на виявлення психологічних закономірностей взаємозв'язку між перфекціонізмом та надмірним контролем за тілом і побудоване відповідно до сучасних вимог до психодіагностичних досліджень у галузі психології особистості та психології харчової поведінки. Логіка організації дослідження базується на теоретичному припущенні, що дезадаптивні компоненти перфекціонізму пов'язані з підвищеною значущістю тілесних параметрів, ригідним самоконтролем і емоційними труднощами, які підтримують напружене ставлення до власного тіла.

Мета емпіричного дослідження полягає у виявленні характеру та сили взаємозв'язку між рівнем перфекціонізму і показниками надмірного контролю за тілом у жінок, залучених до програм зниження ваги, а також у визначенні психологічних механізмів, що опосередковують цей зв'язок.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано такі завдання емпіричного етапу: визначити рівень та структуру перфекціонізму в досліджуваній вибірці; дослідити показники образу тіла, тілесного незадоволення та контролюючої поведінки, пов'язаної з вагою і зовнішністю; проаналізувати вираженість надцінності ваги та форми тіла; встановити кореляційні зв'язки між компонентами перфекціонізму та показниками тілесного контролю; визначити, які аспекти перфекціонізму мають найбільший зв'язок із ригідними формами тілесної регуляції.

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 40 жінок, які є учасницями марафонів схуднення. Усі респондентки перебували в процесі активної роботи над зниженням ваги та контролем харчування, що зумовлює

високу актуалізацію тілесної тематики та самоспостереження. Вибірка має однорідний гендерний склад, що дозволяє глибше проаналізувати психологічні особливості жіночого сприйняття тіла в умовах соціально підсиленої орієнтації на зовнішність. Учасниці були проінформовані про мету дослідження, участь була добровільною та анонімною.

Етапи дослідження. Організація емпіричного етапу передбачала кілька послідовних кроків. На підготовчому етапі було здійснено теоретичний аналіз проблеми, визначено змінні дослідження та підібрано психодіагностичний інструментарій. На основному етапі проведено психодіагностичне обстеження учасниць за допомогою комплексу стандартизованих методик. Заключний етап передбачав обробку отриманих даних із використанням методів описової статистики та кореляційного аналізу з метою виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками та інтерпретацію результатів у межах теоретичної моделі дослідження.

Обґрунтування вибору методик. Для вимірювання перфекціонізму було використано багатовимірні опитувальники, що дозволяють оцінити як адаптивні, так і дезадаптивні його компоненти, зокрема високі стандарти, страх помилок, сумніви у власних діях та соціально приписані очікування. Такий підхід дає можливість не лише визначити загальний рівень перфекціонізму, а й дослідити його структурні особливості. Для оцінки ставлення до тіла та вираженості контролю за тілесними параметрами застосовано методики, спрямовані на вимірювання незадоволеності тілом, надцінності ваги і форми тіла, схильності до постійного моніторингу зовнішності та поведінкових стратегій регуляції харчування. Сукупність обраних інструментів забезпечує комплексне вивчення як когнітивних, так і емоційно-поведінкових аспектів тілесного контролю, що є необхідним для перевірки гіпотези про зв'язок цих показників із перфекціонізмом.

1. Багатовимірна шкала перфекціонізму Г'юїтта і Флетта (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS). Методика спрямована на вимірювання перфекціонізму як складного особистісного конструкту та

дозволяє диференціювати його структурні компоненти. Вона включає три основні шкали: самоорієнтований перфекціонізм (внутрішні високі стандарти та прагнення бездоганності), соціально приписаний перфекціонізм (переконання, що оточення очікує ідеальності), та перфекціонізм, орієнтований на інших (завищені вимоги до людей). Обробка результатів передбачає підсумовування балів за кожною шкалою окремо. Вищі показники свідчать про більшу вираженість відповідного типу перфекціонізму. Для інтерпретації використовуються порівняння середніх значень між учасниками та аналіз структурних відмінностей між шкалами.

2. Багатовимірна шкала перфекціонізму Фроста (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS). Ця методика дозволяє дослідити дезадаптивні аспекти перфекціонізму, які безпосередньо пов'язані з підвищеною тривожністю, самокритикою та ригідністю. Вона охоплює такі ключові компоненти, як страх помилок, надмірні особисті стандарти, сумніви у власних діях, а також батьківські очікування та критика. Підрахунок здійснюється шляхом сумування балів у межах кожної підшкали та визначення загального показника. Високі значення за шкалами страху помилок і сумнівів інтерпретуються як індикатори дезадаптивного перфекціонізму.

3. Опитувальник форми тіла (Body Shape Questionnaire, BSQ). Методика використовується для оцінювання рівня тілесного незадоволення та занепокоєння формою тіла. Вона відображає частоту негативних думок про тіло, емоційний дискомфорт і чутливість до власної зовнішності. Обробка передбачає підсумовування відповідей за всіма пунктами. Вищі сумарні бали свідчать про вираженість проблемного образу тіла. Показники використовуються для визначення ступеня тілесного незадоволення та його зв'язку з особистісними характеристиками.

4. Опитувальник дослідження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q). Методика дозволяє оцінити когнітивно-поведінкові особливості харчової поведінки та надцінність ваги і

форми тіла. Особлива увага приділяється шкалам обмежувальної поведінки та значущості тілесних параметрів для самооцінки. Підрахунок здійснюється шляхом обчислення середніх або сумарних показників за відповідними підшкалами. Вищі значення інтерпретуються як підвищений ризик формування ригідних форм контролю харчування.

5. Шкала об'єктивованої тілесної свідомості (Objectified Body Consciousness Scale, OBCS). Методика спрямована на оцінювання тенденції до постійного моніторингу тіла, переживання сорому за тілесні недоліки та переконання у необхідності повного контролю над тілом. Підрахунок балів здійснюється окремо за кожною шкалою: моніторинг тіла, тілесний сором, віра у контроль. Високі показники свідчать про підвищену самооб'єктивацію, що розглядається як психологічний механізм надмірного тілесного контролю.

Використаний діагностичний комплекс дозволяє оцінити перфекціонізм як особистісну детермінанту та тілесний контроль як його поведінковий і когнітивно-емоційний прояв. Порівняння та кореляційний аналіз отриманих показників створює основу для емпіричної перевірки гіпотези про їхній взаємозв'язок.

Таким чином, організація дослідження, склад вибірки та комплекс психодіагностичних методик створюють методичну основу для об'єктивного аналізу взаємозв'язку між перфекціонізмом та надмірним контролем за тілом і дозволяють отримати дані, релевантні як для теоретичного узагальнення, так і для розроблення практичних психологічних рекомендацій.

2.2. Аналіз показників перфекціонізму

З метою вивчення особливостей перфекціонізму у досліджуваній вибірці було проведено аналіз загального рівня перфекціонізму та його структурних компонентів. Оцінювання здійснювалося за багатовимірними

показниками, що дозволяють диференціювати адаптивні та дезадаптивні аспекти цього особистісного утворення. Особливу увагу приділено тим складовим, які в попередніх дослідженнях розглядаються як психологічні чинники ризику формування надмірного контролю за тілом: страх помилок, сумніви у власних діях, соціально приписані очікування та підвищена самокритичність.

Таблиця 2.1

Описові статистики показників перфекціонізму у вибірці

Показник	М	SD	Мін	Макс
Загальний рівень перфекціонізму	97,4	12,1	72	121
Самоорієнтований перфекціонізм	34,2	5,8	22	45
Соціально приписаний перфекціонізм	32,8	6,3	19	44
Страх помилок	29,6	5,5	18	41
Сумніви у власних діях	26,1	4,9	17	36

Наведені описові статистики дають змогу охарактеризувати загальну вираженість перфекціонізму у вибірці, а також структуру його провідних компонентів. Загалом профіль свідчить про помірно підвищений рівень перфекціоністичних тенденцій із відносно рівномірним вкладом як особистісних стандартів, так і соціально зумовленого тиску, а також із помітною представленістю «уразливих» когнітивно-емоційних компонентів (страх помилок, сумніви у діях).

Середнє значення загального перфекціонізму становить $M = 97,4$ при $SD = 12,1$, а діапазон варіює від 72 до 121. Це означає, що у вибірці наявна виражена індивідуальна варіативність: частина респондентів демонструє відносно низькі/помірні прояви перфекціонізму, тоді як інша частина – високі, наближені до верхньої межі розподілу. Стандартне відхилення 12,1 у контексті середнього 97,4 вказує на помірну розсіюваність показника: вибірка не є однорідною, але й не демонструє «розриву» на дві принципово різні групи без додаткової перевірки (наприклад, кластерного аналізу).

Практично це можна інтерпретувати так: для більшості учасників перфекціонізм є стійкою рисою саморегуляції, що задає підвищені стандарти та контроль, але в частини осіб він може набувати дисфункційного характеру, якщо супроводжується емоційною напругою, страхом помилок та ригідністю вимог до себе.

Показник самоорієнтованого перфекціонізму має $M = 34,2$, $SD = 5,8$, мінімум 22, максимум 45. Це відображає тенденцію до високих особистих стандартів, вимогливості до себе, орієнтації на результат та «правильність» виконання. Помірна варіативність ($SD = 5,8$) означає, що в частини респондентів цей компонент є провідним регулятором поведінки, тоді як в інших він виражений слабше.

У психологічному сенсі самоорієнтований перфекціонізм може мати подвійну природу: з одного боку, підтримувати мотивацію, відповідальність, акуратність; з іншого – за умов стресу легко переходити у самокритику, ригідність, виснаження. Тому важливо співвіднести його з «уразливими» шкалами (страх помилок, сумніви), які у вашій таблиці теж представлені досить помітно.

Соціально приписаний перфекціонізм: $M = 32,8$, $SD = 6,3$, мін 19, макс 44. Середнє тут близьке до самоорієнтованого перфекціонізму, що є важливим результатом: вибірка не лише «вимагає від себе», а й відчуває очікування безпомилковості з боку інших (оточення, значущих осіб, соціальних норм). Дещо більше $SD (6,3)$ може вказувати, що переживання соціального тиску у вибірці розподілене нерівномірніше: у частини респондентів воно значно сильніше, що потенційно пов'язано з тривожністю оцінювання, чутливістю до критики та потребою у схваленні.

Цей компонент частіше пов'язаний із емоційним дистресом, напруженням, уникненням, зниженням суб'єктивного благополуччя, оскільки задає зовнішнє джерело контролю («я маю бути ідеальним, бо інакше мене не приймуть/осудять»). В контексті теми вашої роботи про надмірний контроль

за тілом це може виступати психологічною «пружиною» до постійного самоспостереження та прагнення відповідати зовнішнім стандартам.

Показник страху помилок: $M = 29,6$, $SD = 5,5$, мін 18, макс 41. Висока представленість цієї шкали є маркером перфекціоністичної уразливості: помилка сприймається не як досвід і навчання, а як загроза самооцінці, статусу або прийняттю. Діапазон до 41 свідчить, що в частини респондентів страх помилок може бути дуже інтенсивним, що здатне підсилювати уникнення складних завдань, прокрастинацію або «перевірочну» поведінку (перероблення, багаторазовий контроль, неможливість завершити).

У структурі перфекціонізму саме страх помилок часто є тим механізмом, який переводить високі стандарти у стрес, виснаження та нав'язливий контроль. Тому для інтерпретації вашого дослідження важливо підкреслити: у вибірці перфекціонізм проявляється не тільки як «прагнення до якості», а й як емоційно заряджений страх невідповідності.

Шкала сумнівів у власних діях має $M = 26,1$, $SD = 4,9$, мін 17, макс 36. Це компонент, який описує тенденцію до невпевненості, коливань у прийнятті рішень, частих перевірок правильності, труднощів із завершенням дій («зроблено недостатньо добре», «раптом не так»). Порівняно з іншими показниками SD трохи нижче, що може означати більш стабільну присутність цього феномена у вибірці: багато учасників мають схильність до сумнівів як регулярної когнітивної стратегії контролю.

У контексті поведінкових проявів це часто корелює з надмірною перевіркою, повтореннями, ритуалізацією виконання, підвищеним контролем і труднощами «відпустити» результат. Якщо ваша робота пов'язує перфекціонізм із надмірним контролем за тілом, то саме сумніви у діях можуть бути психологічним мостом до постійного самоконтролю: «я не впевнений/не впевнена, що достатньо добре», що провокує повторні оцінки, корекції, порівняння.

Отриманий профіль показує, що у вибірці перфекціонізм має багатокомпонентну структуру: поруч із високими внутрішніми стандартами

(самоорієнтованість) представлені соціальні очікування (соціально приписаний компонент) і два ключові «дисфункційні ядра» – страх помилок та сумніви у діях. Це дозволяє припустити, що для частини респондентів перфекціонізм може функціонувати як механізм підтримання підвищеної тривоги і контролю, а не лише як ресурс досягнень. Важливим є те, що розкид значень за всіма шкалами доволі помітний, отже доцільно надалі перевірити, чи існують у вибірці підгрупи з різними профілями (наприклад, «адаптивний» перфекціонізм із перевагою самоорієнтованості та нижчим страхом помилок проти «дезадаптивного» з високими страхом помилок і сумнівами).

Таблиця 2.2

Розподіл учасниць за рівнем загального перфекціонізму

Рівень	Кількість осіб	%
Низький	5	12,5
Середній	14	35
Високий	21	52,5

Таблиця 2.2 відображає якісну структуру вибірки за рівнем загального перфекціонізму та дозволяє перейти від середніх значень до аналізу поширеності різних типів вираженості цієї риси серед учасниць.

У вибірці чітко простежується зміщення розподілу в бік високих показників перфекціонізму, що свідчить не лише про індивідуальні відмінності, а про специфічний психологічний профіль досліджуваної групи в цілому. Понад половина респонденток – 21 особа (52,5%) – належать до групи з високим рівнем перфекціонізму. Така концентрація високих значень дозволяє розглядати перфекціонізм у цій вибірці не як ситуативну тенденцію, а як стійку особистісну характеристику, що інтегрується у структуру самосприйняття та регуляції поведінки. Імовірно, саме він визначає звичний стиль постановки цілей, критерії оцінювання результату, спосіб переживання невдач і загальну логіку самоствавлення.

З психологічної точки зору це означає, що для значної частини жінок характерна орієнтація на підвищені внутрішні стандарти, схильність до постійного самоконтролю, виражена самокритичність і труднощі з прийняттям «достатньо хорошого» результату. У такому контексті досягнення рідко переживаються як завершені або достатні, а фокус уваги зміщується з успіхів на недоліки й невідповідності. Самооцінка при цьому набуває умовного характеру та значною мірою залежить від відповідності ідеалу, що підвищує психологічну вразливість до ситуацій оцінювання та порівняння.

Особливо значущим є те, що високий загальний рівень перфекціонізму поєднується зі страхом помилок і сумнівами у власних діях. Така конфігурація показників свідчить про переважання дезадаптивних компонентів перфекціонізму, для яких характерні напружене очікування невдачі, підвищена чутливість до можливих похибок, схильність до перевірок, повторних дій та утруднення у прийнятті рішень. У поведінковому плані це може проявлятися у ригідності, труднощах завершення діяльності, прокрастинації через страх недосконалості, а в емоційному – у підвищеній тривожності, напрузі, почутті провини та сорому. Таким чином, для частини учасниць перфекціонізм, імовірно, виконує не стільки функцію стимулу до розвитку, скільки функцію внутрішнього тиску, що підтримує хронічне психоемоційне напруження.

Середній рівень перфекціонізму виявлено у 14 осіб (35%). Ця група є психологічно особливо важливою, оскільки саме тут перфекціоністичні установки можуть мати умовно адаптивний характер. Для цих жінок прагнення до якості та відповідальності може поєднуватися зі збереженою гнучкістю, здатністю визнавати помилки без катастрофізації, варіювати вимоги до себе залежно від ситуації та контексту. У цьому випадку високі стандарти можуть виконувати організуючу функцію без істотного підвищення рівня внутрішнього тиску. У подальшому аналізі ця підгрупа може розглядатися як «перехідний тип», що дозволяє простежити, за яких

умов перфекціоністичні тенденції зберігають адаптивність, а за яких – набувають дезадаптивних рис.

Найменшу частку становлять жінки з низьким рівнем перфекціонізму – 5 осіб (12,5%). Такий результат підтверджує, що у досліджуваній вибірці невисока вимогливість до себе є радше винятком, ніж типовою характеристикою. Для цієї підгрупи можуть бути притаманні більша спонтанність, нижча орієнтація на ідеал, менший рівень внутрішнього тиску та більш приймаюче ставлення до власних недосконалостей. Водночас зниження ригідності самоконтролю може поєднуватися з меншою структурованістю діяльності та менш вираженою потребою у постійному самоспостереженні.

Загалом отриманий розподіл демонструє, що вибірка має виражений перфекціоністичний профіль. Домінування високого рівня формує специфічне психологічне тло, у межах якого посилюється значущість оцінки результату, підвищується чутливість до невідповідності ідеалу, активізуються механізми самоконтролю та самоспостереження, а процеси саморегуляції набувають більш напруженого та ригідного характеру. Це створює умови, за яких навіть незначні відхилення від очікуваного стандарту можуть переживатися як суттєва невдача.

У контексті теми дослідження – взаємозв'язку перфекціонізму з надмірним контролем за тілом – така структура вибірки має принципове значення. Вона вказує, що перфекціонізм є не фоною, а провідною психологічною характеристикою більшості учасниць, що потенційно може виступати центральним механізмом формування ригідних установок щодо зовнішності, тілесних параметрів та харчової саморегуляції. За умов домінування високих стандартів і страху помилок тіло може ставати «об'єктом досягнення», а контроль за ним – способом підтвердження власної цінності, що підвищує ризик формування надмірних і психологічно напружених форм тілесного самоконтролю.

Таким чином, результати таблиці 2.2 не лише описують розподіл, а й підтверджують доцільність подальшого аналізу зв'язків між рівнем перфекціонізму та показниками тілесного контролю, емоційної напруги й когнітивних установок, оскільки у вибірці наявна достатня частка осіб із високим рівнем досліджуваної риси для виявлення статистично значущих взаємозв'язків.

Таблиця 2.3

Домінуючі типи перфекціонізму

Тип перфекціонізму	Кількість осіб	%
Самоорієнтований	17	42,5
Соціально приписаний	15	37,5
Змішаний тип	8	20

Таблиця 2.3 відображає структурну специфіку перфекціонізму у вибірці, тобто не лише рівень його вираженості, а й те, яке джерело вимог і стандартів є провідним у кожної з учасниць. Це дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми саморегуляції та внутрішнього тиску.

Найбільшу групу становлять жінки із самоорієнтованим типом – 17 осіб (42,5%). Для цього типу характерне домінування внутрішніх стандартів, високої особистої відповідальності, орієнтації на ідеальний результат і вимогливості до себе незалежно від зовнішнього контролю.

Психологічно це означає, що джерело напруги у цих жінок переважно знаходиться всередині особистості: «я маю зробити бездоганно», «я повинна відповідати власному ідеалу», «помилка означає мою неспроможність».

Такий тип може мати адаптивний потенціал (цілеспрямованість, старанність, організованість), однак за поєднання зі страхом помилок і сумнівами у діях (що було показано у попередніх даних) він здатен переходити у самокритичність, виснаження та ригідний самоконтроль.

Дещо меншу, але також дуже значну частку становлять жінки із соціально приписаним перфекціонізмом – 15 осіб (37,5%). У цьому випадку

домінує переконання, що інші люди очікують від них безпомилковості та ідеальності.

Тут джерело напруги має зовнішній локус і пов'язане з: страхом негативної оцінки, чутливістю до критики, потребою у схваленні, прагненням відповідати соціальним стандартам.

Цей тип частіше пов'язаний із тривожністю, емоційною напругою та залежністю самооцінки від думки оточення. У контексті дослідження контролю за тілом саме ця група може бути особливо чутливою до культурних і соціальних норм щодо зовнішності, що підсилює схильність до постійного самоспостереження та невдоволення собою.

Змішаний тип виявлено у 8 осіб (20%). У цих учасниць поєднуються високі внутрішні стандарти та відчуття зовнішнього тиску. Це психологічно найбільш напружений варіант, оскільки вимоги надходять одночасно з двох джерел: «я сама повинна бути ідеальною» та «інші теж очікують від мене ідеалу».

Такий тип часто асоціюється з: підвищеною самокритикою, емоційним виснаженням, відчуттям постійної невідповідності, ригідними формами самоконтролю.

Хоча ця група кількісно менша, з клініко-психологічної точки зору вона може становити зону підвищеного ризику дезадаптації, оскільки поєднання двох джерел перфекціоністичного тиску підсилює психоемоційне навантаження.

Отримані результати свідчать, що у вибірці переважають внутрішньо детерміновані форми перфекціонізму (самоорієнтований тип), однак майже така сама частка жінок живе в умовах вираженого соціального тиску. Це вказує, що перфекціонізм у групі має подвійну природу – внутрішню та соціально зумовлену.

Структура розподілу підтверджує, що проблема перфекціонізму в досліджуваній вибірці не обмежується лише «високими стандартами», а включає емоційно значущі переживання оцінювання, страх невідповідності

та постійний контроль. У межах теми дослідження це створює підґрунтя для формування ригідних установок щодо тіла та поведінки, оскільки як внутрішні, так і зовнішні вимоги можуть трансформуватися у жорсткі стандарти зовнішності та саморегуляції.

Таким чином, таблиця 2.3 демонструє, що перфекціонізм у вибірці має структурно складний характер, а різні його типи можуть по-різному впливати на психологічний стан, мотивацію та поведінкові стратегії учасниць, що потребує подальшого аналізу їхніх зв'язків з іншими змінними дослідження.

2.3. Аналіз показників контролю за тілом та образу тіла

З метою вивчення особливостей ставлення до власного тіла у досліджуваній вибірці було проаналізовано показники тілесного незадоволення, частоту використання контролюючих поведінкових стратегій та рівень надцінності ваги і форми тіла. Оцінювання охоплювало когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти образу тіла, що дозволяє розглядати тілесний контроль як комплексне психологічне явище.

Таблиця 2.4

Описові статистики показників контролю за тілом та образу тіла

Показник	М	SD	Мін	Макс
Тілесне незадоволення	92,6	14,3	65	121
Поведінковий контроль харчування	27,8	5,1	18	38
Частота моніторингу тіла	31,2	6,4	19	44
Надцінність ваги та форми тіла	4,1	0,8	2,3	5,0

Таблиця 2.4 відображає загальний психологічний профіль ставлення до власного тіла та рівень поведінкового контролю, що дозволяє оцінити, наскільки вираженими у вибірці є когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти тілесної саморегуляції.

У цілому результати демонструють, що для досліджуваної групи характерне підвищене значення тілесної сфери у структурі самосприйняття, а контроль за тілом має не лише поведінковий, а й емоційно-когнітивний вимір.

Показник тілесного незадоволення має $M = 92,6$ при $SD = 14,3$, із діапазоном від 65 до 121. Це свідчить про високу загальну вираженість негативного ставлення до власного тіла у вибірці. Значна варіативність ($SD = 14,3$) вказує, що хоча тілесне незадоволення є поширеним явищем, його інтенсивність у різних учасниць суттєво відрізняється: частина демонструє помірний рівень, тоді як інша – дуже високий, наближений до верхніх меж шкали.

Психологічно це означає, що у багатьох жінок тіло сприймається як проблемна зона, пов'язана з критичним самосприйняттям, невдоволенням формами, вагою або окремими частинами тіла. Такий фон часто супроводжується зниженням тілесної самооцінки та підвищеною чутливістю до соціальних стандартів зовнішності.

Середнє значення поведінкового контролю харчування – $M = 27,8$, $SD = 5,1$, мінімум 18, максимум 38. Цей показник відображає регулятивні дії, спрямовані на контроль прийому їжі (обмеження, відстеження, самоконтроль). Помірне стандартне відхилення вказує на відносно стабільну присутність контролюючих стратегій у більшості учасниць.

Поведінковий контроль у даному контексті може мати як адаптивні, так і ригідні форми. У поєднанні з високим тілесним незадоволенням він часто перестає бути просто здоровою саморегуляцією і стає способом зниження тривоги, пов'язаної з образом тіла, тобто набуває компенсаторної функції.

Показник частоти моніторингу тіла становить $M = 31,2$, $SD = 6,4$, мін 19, макс 44. Це відображає часте звернення уваги на зовнішність, перевірки, порівняння, самостереження. Досить широкий діапазон значень вказує, що у частини учасниць ця поведінка має інтенсивний і регулярний характер.

Моніторинг тіла є важливим когнітивно-поведінковим механізмом підтримання тілесного незадоволення: чим частіше особа оцінює себе, тим більше фіксується на недоліках. У контексті перфекціонізму це може виступати формою перевіркової поведінки, подібної до постійного контролю «чи достатньо добре».

Показник надцінності ваги та форми тіла має $M = 4,1$ при $SD = 0,8$ (діапазон 2,3–5,0). Це означає, що для більшості учасниць вага та форма тіла є важливими критеріями самооцінки. Невелике SD вказує на те, що ця установка є досить стабільною і типовою для вибірки.

Психологічно надцінність означає, що оцінка себе значною мірою залежить від параметрів зовнішності. Це створює вразливість до коливань самооцінки та посилює значущість будь-яких тілесних змін.

Отримані результати демонструють, що у вибірці представлений не ізольований симптом чи окрема поведінкова тенденція, а цілісний комплекс тілесно орієнтованих переживань і регуляторних стратегій. Йдеться про поєднання високого рівня тілесного незадоволення, регулярного поведінкового контролю харчування, частого самоспостереження та надання вазі й формі тіла центрального значення у структурі самооцінки. Така конфігурація показників дозволяє говорити про системний характер тілесної проблематики, коли тіло виступає не просто об'єктом турботи, а провідною психологічною «точкою фокусування» самоствавлення.

Високий рівень тілесного незадоволення свідчить про стійку когнітивно-емоційну незгоду з власною зовнішністю, що супроводжується схильністю до порівнянь, фіксацією на уявних або перебільшених «недоліках» і зниженням суб'єктивного відчуття тілесної прийнятності. У психологічному плані це означає, що тіло переживається не як нейтральна або позитивно забарвлена частина «Я», а як проблемна зона, яка потребує постійної корекції. Такий фон формує підвищену чутливість до будь-яких змін ваги, об'ємів чи зовнішнього вигляду, навіть якщо вони є незначними або об'єктивно малопомітними.

Регулярний поведінковий контроль харчування відображає перехід тілесних переживань у площину конкретних регуляторних дій. Харчування в цьому випадку набуває не лише фізіологічного, а й психологічного значення – як інструмент управління тілом і, опосередковано, власною самооцінкою. Контроль калорійності, обмеження певних продуктів, дотримання жорстких правил, цикли «дозволено – заборонено» можуть виконувати функцію зниження тривоги через ілюзію керованості тілесних параметрів. Водночас така форма саморегуляції часто має ригідний характер і супроводжується високою напругою, особливо у випадках порушення встановлених правил.

Часте самоспостереження (моніторинг тіла, перевірки, оцінювання зовнішності) вказує на підвищену залученість уваги до тілесної сфери. Тіло постійно перебуває у полі внутрішнього спостерігача, що посилює об'єктивацію тілесного досвіду: жінка ніби дивиться на себе «ззовні», оцінюючи відповідність певному стандарту. Унаслідок цього тілесні сигнали можуть інтерпретуватися не через призму комфорту чи самопочуття, а через критерії зовнішньої привабливості та нормативності. Така спрямованість уваги підтримує замкнене коло: чим більше самоспостереження, тим вище ймовірність помічати «невідповідності», що, своєю чергою, посилює незадоволення і стимулює подальший контроль.

Особливо показовим є те, що вага і форма тіла набувають центрального значення у структурі самооцінки. Це свідчить про зміщення системи самовизначення у бік тілесних параметрів: оцінювання себе як особистості частково або значною мірою ґрунтується на тому, наскільки жінка задоволена своєю зовнішністю та здатністю її контролювати. У такій ситуації тілесні зміни безпосередньо впливають на емоційний стан, самоповагу та загальне самосприйняття. Невідповідність бажаному образу може переживатися не просто як локальне незадоволення, а як підтвердження власної «недостатності».

Таким чином, у вибірці формується єдина психологічна система, де когнітивні уявлення про тіло, емоційні переживання, поведінкові стратегії контролю та структура самооцінки взаємно підсилюють одна одну. Тіло стає центральним регуляторним вузлом, через який здійснюється управління самоцінністю та переживанням контролю. Саме така інтеграція показників свідчить про підвищений ризик переходу адаптивної турботи про зовнішність у ригідні та емоційно напружені форми тілесного самоконтролю.

У контексті дослідження це має принципове значення, оскільки подібний комплекс тілесно орієнтованих установок створює психологічний ґрунт, на якому перфекціоністичні тенденції можуть реалізовуватися найбільш інтенсивно. Високі стандарти, страх помилок і самокритика в такій структурі легко «прикріплюються» до тілесної сфери, підсилюючи жорсткість контролю, значущість зовнішності та залежність самооцінки від параметрів тіла.

Цей профіль свідчить, що контроль за тілом у досліджуваній групі має системний характер і включає емоційний (незадоволення), когнітивний (надцінність), та поведінковий (контроль і моніторинг) компоненти. У поєднанні з раніше виявленими високими показниками перфекціонізму це створює психологічне підґрунтя для формування ригідного самоконтролю, підвищеної самокритики та залежності самооцінки від відповідності тілесному ідеалу, що повністю узгоджується з логікою дослідження.

Таблиця 2.5

Розподіл учасниць за рівнем тілесного незадоволення

Рівень	Кількість осіб	%
Низький	4	10
Середній	13	32,5
Високий	23	57,5

Таблиця 2.5 відображає якісну структуру вибірки за рівнем тілесного незадоволення та дозволяє оцінити, наскільки поширеним є негативне ставлення до власного тіла серед учасниць дослідження.

Розподіл має виразну асиметрію в бік високих показників. Більшість респонденток – 23 особи (57,5%) – демонструють високий рівень тілесного незадоволення. Це означає, що для понад половини вибірки невдоволення зовнішністю є стійким і психологічно значущим переживанням, а не ситуативною реакцією. Такий результат свідчить про те, що тіло для цих жінок виступає важливою зоною самокритики, порівняння з ідеалом і потенційного емоційного напруження.

З психологічної позиції високий рівень тілесного незадоволення пов'язаний із: зниженням тілесної самооцінки, фіксацією на недоліках зовнішності, підвищеною чутливістю до соціальних стандартів краси, ризиком формування ригідних форм контролю за харчуванням та зовнішністю.

Середній рівень мають 13 осіб (32,5%). У цієї групи ставлення до тіла є менш різко негативним, проте проблема незадоволення все ж присутня як значущий психологічний чинник. Саме ця категорія часто характеризується нестійкістю самооцінки, залежністю від ситуаційних факторів (оцінювання, порівняння, соціальні впливи). Вона є важливою з точки зору профілактики, оскільки за підсилення стресу або перфекціоністичних установок може переходити у зону високих показників.

Найменшу частку становлять учасниці з низьким рівнем тілесного незадоволення – 4 особи (10%). Це свідчить, що позитивне або нейтральне сприйняття власного тіла у вибірці є відносно рідкісним явищем. У цих жінок, імовірно, збережені більш прийнятні тілесні установки, нижчий рівень самокритики та більша стійкість до соціального тиску щодо зовнішності.

Отриманий розподіл демонструє, що тілесне незадоволення у вибірці має не поодинокий, а масовий характер і виступає домінуючою психологічною тенденцією. Переважання високого рівня цього показника

свідчить про те, що негативне ставлення до власної зовнішності є для більшості учасниць не ситуативною реакцією, а відносно стабільним компонентом самосприйняття. У такому контексті тіло перестає бути нейтральною частиною образу «Я» і набуває статусу проблемної зони, яка потребує постійного оцінювання, корекції та контролю.

Сформоване психологічне тло характеризується зміщенням фокусу самоствавлення у тілесну площину. Тіло стає центральним об'єктом внутрішнього оцінювання, а вага і форми набувають підвищеної значущості у структурі самооцінки. Це означає, що тілесні параметри починають виконувати функцію своєрідного «індикатора цінності»: зміни у вазі чи зовнішності можуть непропорційно впливати на емоційний стан, самоповагу та загальне відчуття задоволеності собою. За таких умов посилюється залежність самоствавлення від зовнішніх стандартів і соціально зумовлених уявлень про «нормативну» тілесність.

Паралельно активізуються поведінкові стратегії контролю та самопостереження. Часті перевірки, моніторинг харчування, підвищена увага до змін тіла, уникнення ситуацій, у яких зовнішність може бути оцінена, формують замкнену систему регуляції, де незадоволення тілом підтримує контроль, а контроль – постійне фокусування на тілесній сфері. Унаслідок цього тілесний досвід дедалі більше опосередковується когнітивними оцінками, а не безпосередніми відчуттями комфорту чи самопочуття.

У поєднанні з попередніми результатами щодо високого рівня перфекціонізму ці дані вказують на накладання двох потужних факторів психологічного ризику – підвищених особистісних стандартів і негативного тілесного самосприйняття. Перфекціоністична орієнтація на ідеал, страх помилок і самокритика створюють внутрішній тиск до відповідності, тоді як тілесне незадоволення визначає сферу, у якій цей тиск реалізується найбільш інтенсивно. У результаті тіло стає об'єктом перфекціоністичного «проекту»,

де будь-яке відхилення від бажаного образу може переживатися як особистісна невдача.

Така комбінація підсилює імовірність формування ригідного контролю за тілом, що характеризується жорсткими правилами, труднощами гнучкого реагування на зміни, підвищеною чутливістю до «порушень» і вираженою самокритикою. Емоційним супроводом цього процесу стають хронічна напруга, тривожність, почуття провини та сорому, що виникають у разі невідповідності встановленим стандартам. Відтак тілесна сфера перетворюється на центральний майданчик переживання внутрішнього конфлікту між реальним і ідеалізованим «Я».

З концептуальної точки зору це має принципове значення для подальшого аналізу взаємозв'язків між змінними дослідження. Отримані дані дозволяють розглядати перфекціонізм і тілесне незадоволення як взаємопідсилювальні компоненти єдиної психологічної системи, у межах якої формуються надмірні, емоційно напружені та потенційно дезадаптивні форми контролю за тілом. Саме ця система створює передумови для виявлення статистично значущих зв'язків між показниками перфекціонізму та параметрами тілесного контролю на наступних етапах емпіричного аналізу.

Таблиця 2.6

Частота використання контролюючих поведінкових стратегій

Частота	Кількість осіб	%
Рідко	6	15
Помірно	14	35
Часто	20	50

Таблиця 2.6 відображає поширеність контролюючих поведінкових стратегій у вибірці та дозволяє оцінити, наскільки регуляція харчування і тілесної поведінки має епізодичний чи систематичний характер.

Розподіл демонструє чітке домінування частого використання контролю. Половина учасниць – 20 осіб (50%) – зазначають, що регулярно застосовують контролюючі стратегії. Це свідчить про те, що для значної частини вибірки контроль за тілом є стабільною поведінковою лінією, інтегрованою у повсякденний спосіб життя. Йдеться не лише про усвідомлене регулювання харчування, а й про систематичне відстеження, обмеження, перевірки, що можуть виконувати функцію зниження тривоги або підтримання відчуття керованості.

Помірна частота характерна для 14 осіб (35%). У цій групі контроль має радше ситуативний або варіативний характер: він посилюється у періоди емоційного напруження, соціального оцінювання або підвищеної уваги до зовнішності. Така стратегія може ще зберігати адаптивні риси, однак за наявності високого перфекціонізму або тілесного незадоволення здатна переходити у ригідніші форми.

Найменшу частку становлять учасниці, які використовують контроль рідко – 6 осіб (15%). Це означає, що спонтанні, менш регламентовані стратегії ставлення до харчування та тіла у вибірці представлені обмежено. Для цієї групи, ймовірно, характерна менша фіксація на тілесних параметрах і нижчий рівень поведінкової ригідності.

Отримані дані показують, що у вибірці переважає регулярний поведінковий контроль, який у поєднанні з високим тілесним незадоволенням і вираженим перфекціонізмом формує замкнений регуляторний цикл: незадоволення тілом – посилення контролю – тимчасове зниження тривоги – повторне зростання уваги до тілесної сфери. Така динаміка свідчить, що контроль не є ізольованою поведінковою звичкою, а включений у ширший психологічний механізм саморегуляції емоційних станів і самоствалення.

Початковою ланкою цього циклу виступає тілесне незадоволення, яке актуалізує переживання невідповідності бажаному образу. Це супроводжується внутрішньою напругою, тривогою, самокритичними

думками та посиленням фокусу на тілесних параметрах. У відповідь активізуються поведінкові стратегії контролю – обмеження, регламентація харчування, перевірки, самоспостереження, – що створюють суб'єктивне відчуття впорядкованості та керованості ситуації. Сам акт контролю виконує функцію швидкого зниження емоційної напруги: жінка переживає, що «щось робить», наближається до ідеалу, відновлює відчуття дисципліни й відповідності стандартам.

Проте цей ефект має тимчасовий характер. Оскільки базове тілесне незадоволення і перфекціоністичні стандарти залишаються незмінними, фокус уваги знову повертається до тіла, а критерії оцінювання стають ще жорсткішими. У результаті формується самопідтримувана система, де кожен цикл контролю не зменшує, а поступово підсилює залежність від нього як способу емоційної стабілізації. Таким чином, контроль набуває рис поведінкового механізму регуляції тривоги, подібного до компульсивних стратегій, де дія спрямована не стільки на реальну зміну ситуації, скільки на зниження внутрішнього напруження.

Такий розподіл свідчить, що контроль у більшості учасниць виконує не лише функцію раціонального саморегулювання, пов'язаного зі здоров'ям або організацією харчування, а й має виражене емоційно-компенсаторне значення. Він пов'язаний із потребою знизити напругу, впоратися з переживанням невідповідності, підтримати відчуття дисципліни та ілюзію відповідності ідеалу. У цьому сенсі контроль стає способом регуляції самооцінки: дотримання правил підтримує відчуття «я справляюся», тоді як їх порушення може викликати різке посилення самокритики та провини.

У поєднанні з високим рівнем перфекціонізму така модель набуває особливої інтенсивності. Перфекціоністичні установки задають жорсткі стандарти та низьку толерантність до відхилень, а тілесна сфера стає найбільш доступним об'єктом їх реалізації. Відтак поведінковий контроль виступає ключовим механізмом втілення внутрішніх вимог, через який перфекціонізм переходить із рівня установок у рівень щоденних дій.

Це підтверджує доцільність подальшого аналізу зв'язків між частотою контролю, рівнем перфекціонізму та показниками образу тіла. Саме поведінкові стратегії тут є «точкою перетину» когнітивних установок, емоційних переживань і саморегуляції, а отже – центральним механізмом, через який внутрішні психологічні чинники реалізуються у конкретних формах тілесного контролю.

Таблиця 2.7

Рівень надцінності ваги та форми тіла

Рівень	Кількість осіб	%
Помірний	11	27,5
Високий	29	72,5

Таблиця 2.7 відображає значущість ваги та форми тіла у структурі самооцінки учасниць, тобто показує, наскільки тілесні параметри є центральним критерієм самосприйняття.

Розподіл має виразний перекид у бік високих показників. 29 осіб (72,5%) демонструють високий рівень надцінності ваги та форми тіла. Це означає, що для переважної більшості жінок у вибірці зовнішність є не другорядною характеристикою, а ключовим фактором самоставлення. Самооцінка у значній мірі залежить від відповідності тілесним стандартам, а зміни ваги або форми тіла можуть суттєво впливати на емоційний стан і самоповагу.

Психологічно високий рівень надцінності означає: злиття образу тіла із загальною самооцінкою; підвищену чутливість до зовнішніх оцінок і соціальних стандартів краси; тенденцію оцінювати власну «цінність» через фізичні параметри; ризик емоційної дестабілізації при невідповідності ідеалу.

Помірний рівень виявлено у 11 осіб (27,5%). У цієї групи вага та форма тіла залишаються значущими, проте не є домінуючим критерієм самосприйняття. Самооцінка тут більш багатовимірною і менш жорстко

прив'язана до тілесних характеристик, що може виконувати захисну функцію.

Отримані результати свідчать, що у вибірці тілесні параметри мають центральне місце у системі самооцінки. У поєднанні з раніше встановленими високими рівнями перфекціонізму, тілесного незадоволення та частого поведінкового контролю це формує когнітивно-емоційне ядро проблемної тілесної саморегуляції: високі стандарти – фіксація на тілі – надання йому надцінного значення – посилення контролю.

Таким чином, таблиця 2.7 підтверджує, що для більшості учасниць тіло виступає провідним об'єктом самокритики та самовизначення, що значно підсилює психологічну вразливість до формування ригідних форм контролю та емоційної напруги, і є концептуально важливим у логіці дослідження взаємозв'язку перфекціонізму та надмірного контролю за тілом.

2.4. Аналіз взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом

З метою перевірки гіпотези про наявність взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом було проведено кореляційний аналіз та порівняння груп із різним рівнем перфекціонізму. Отримані дані дозволяють простежити як загальні закономірності, так і окремі психологічні механізми, через які перфекціоністичні установки реалізуються у тілесному самоконтролі.

Таблиця 2.8

**Кореляції між показниками перфекціонізму та контролю за тілом
(r Пірсона)**

Показники	Тілесне незадоволенн я	Поведінкови й контроль	Моніторин г тіла	Надцінніст ь ваги
Загальний перфекціонізм	0,61**	0,58**	0,55**	0,63**
Самоорієнтовани й перфекціонізм	0,49**	0,52**	0,47*	0,50**
Соціально приписаний перфекціонізм	0,57**	0,54**	0,53**	0,60**
Страх помилок	0,64**	0,59**	0,56**	0,66**
Сумніви у власних діях	0,51**	0,48*	0,45*	0,52**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблиця 2.8 відображає результати кореляційного аналізу між показниками перфекціонізму та параметрами контролю за тілом і образу тіла. Отримані коефіцієнти Пірсона демонструють системний, статистично значущий і стабільний взаємозв'язок між цими групами змінних, що підтверджує висунуту теоретичну логіку дослідження.

Загальний рівень перфекціонізму має сильні прямі кореляції з усіма показниками тілесної сфери: тілесним незадоволенням ($r = 0,61$), поведінковим контролем харчування ($r = 0,58$), частотою моніторингу тіла ($r = 0,55$) та надцінністю ваги і форми тіла ($r = 0,63$), усі на рівні значущості $p < 0,01$. Це означає, що зі зростанням перфекціоністичних установок посилюється негативне ставлення до тіла, частішають контролюючі поведінкові стратегії, зростає фіксація на зовнішності та підвищується значущість тілесних параметрів у структурі самооцінки. Таким чином, перфекціонізм виступає узагальненим психологічним чинником, який

пронизує емоційний, когнітивний і поведінковий рівні тілесної саморегуляції.

Самоорієнтований перфекціонізм також демонструє стабільні позитивні зв'язки з тілесним незадоволенням ($r = 0,49$), поведінковим контролем ($r = 0,52$), моніторингом тіла ($r = 0,47$) і надцінністю ваги ($r = 0,50$). Хоча ці коефіцієнти дещо нижчі, ніж у загального показника, вони підтверджують, що внутрішньо детерміновані високі стандарти й вимогливість до себе безпосередньо пов'язані з посиленням самоконтролю та критичного ставлення до тіла. У цьому випадку тіло може виступати сферою реалізації особистісного ідеалу та «полем» перевірки власної відповідності внутрішнім вимогам.

Соціально приписаний перфекціонізм має ще більш виражені зв'язки з тілесними показниками: $r = 0,57$ із тілесним незадоволенням, $r = 0,54$ з поведінковим контролем, $r = 0,53$ з моніторингом тіла та $r = 0,60$ з надцінністю ваги (усі $p < 0,01$). Це свідчить, що переживання зовнішніх очікувань і страх невідповідності соціальним стандартам особливо тісно пов'язані з фіксацією на зовнішності. У цьому випадку контроль за тілом виступає не лише внутрішнім, а й соціально опосередкованим процесом, спрямованим на досягнення схвалення та уникнення негативної оцінки.

Найвищі кореляційні показники виявлено для страху помилок: $r = 0,64$ із тілесним незадоволенням, $r = 0,59$ із поведінковим контролем, $r = 0,56$ з моніторингом тіла та $r = 0,66$ з надцінністю ваги. Це вказує, що саме емоційно уразливий компонент перфекціонізму є ключовим механізмом, який пов'язує високі стандарти з напруженим тілесним самоконтролем. Помилка в цьому контексті може переживатися як невідповідність тілесному ідеалу, що активує контроль і посилює незадоволення.

Сумніви у власних діях також мають значущі зв'язки з усіма тілесними показниками (r від 0,45 до 0,52). Це свідчить, що невпевненість, потреба у перевірці та труднощі з прийняттям завершеності дій переносяться і на

тілесну сферу, проявляючись у постійному самоспостереженні та повторному контролі.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що між перфекціонізмом і контролем за тілом у досліджуваній вибірці існує не випадковий або ситуативний, а структурно зумовлений зв'язок, що відображає глибинну інтеграцію особистісних установок і тілесно-поведінкових стратегій. Перфекціонізм у цьому контексті виступає не лише супутньою рисою, а психологічною основою тілесної саморегуляції, задаючи загальну логіку взаємодії жінки з власним тілом. Саме через призму перфекціоністичних стандартів визначаються рівень незадоволення тілом, інтенсивність поведінкового контролю, частота моніторингу зовнішності та значущість тілесних параметрів у структурі самооцінки.

Інакше кажучи, тіло у таких умовах інтегрується в систему перфекціоністичного самовизначення: воно стає об'єктом, через який особистість реалізує прагнення до ідеалу, підтверджує власну дисциплінованість і намагається підтримати відчуття відповідності внутрішнім і зовнішнім стандартам. Незадоволення тілом у цій системі виконує функцію сигналу невідповідності, що активізує контроль, тоді як сам контроль – функцію відновлення відчуття керованості та тимчасового зниження емоційної напруги. Таким чином, тілесна сфера виявляється включеною в загальну перфекціоністичну модель саморегуляції, де оцінювання, самокритика й прагнення до покращення стають домінуючими механізмами взаємодії з собою.

Особливо значущу роль відіграють такі компоненти, як страх помилок і соціально приписаний перфекціонізм. Страх помилок пов'язаний із підвищеною чутливістю до будь-яких відхилень від очікуваного стандарту, тенденцією сприймати навіть незначні «порушення» режиму чи зміну тілесних параметрів як особистісну невдачу. Це формує напружений стиль самоконтролю, де гнучкість поступається місцем ригідності, а спонтанність – постійному самоспостереженню. Соціально приписаний перфекціонізм, у

свою чергу, відображає переживання зовнішнього оцінювального тиску та відчуття, що значущі інші очікують відповідності певному ідеалу. У тілесній сфері це підсилює орієнтацію на соціально схвалювані стандарти зовнішності та підвищує залежність самооцінки від уявлень про те, «як треба виглядати».

Поєднання внутрішньої вимогливості та інтеріоризованого зовнішнього контролю створює психологічні умови для формування ригідного контролю за тілом. У такій конфігурації контроль перестає бути лише поведінковою стратегією і набуває статусу центрального механізму підтримання самоцінності. Будь-які труднощі у дотриманні встановлених правил можуть супроводжуватися різким посиленням самокритики, сорому й тривоги, що ще більше зміцнює залежність від контролю як способу відновлення психологічної рівноваги.

Отримані результати емпірично підтверджують гіпотезу про взаємозв'язок перфекціоністичних установок із надмірним тілесним контролем і свідчать про те, що ці явища формують єдину психологічну систему. З теоретичної точки зору це дозволяє розглядати перфекціонізм як ключовий особистісний механізм, що опосередковує ставлення до тіла і характер тілесної саморегуляції. З практичної точки зору ці дані мають вагомим значення для розробки психологічних інтервенцій: робота лише з поведінковими аспектами харчування або тілесного контролю без урахування перфекціоністичних переконань, страху помилок і залежності самооцінки від стандартів може виявитися недостатньо ефективною. Отже, корекційні програми доцільно орієнтувати на трансформацію перфекціоністичних установок, розвиток гнучкішого самоствавлення та зниження значущості тілесних параметрів як основного критерію самоцінності.

Таблиця 2.9

Порівняння показників тілесного контролю у групах із різним рівнем перфекціонізму

Показник	Високий перфекціонізм (n=21) M	Низький/середній (n=19) M	t	p
Тілесне незадоволення	101,2	83,4	4,12	<0,001
Поведінковий контроль	30,5	24,8	3,67	0,001
Моніторинг тіла	34,7	27,3	3,54	0,001
Надцінність ваги	4,5	3,6	4,38	<0,001

Таблиця 2.9 відображає результати порівняльного аналізу показників тілесного контролю у групах із різним рівнем перфекціонізму та дозволяє оцінити, чи мають виявлені раніше кореляційні зв'язки реальне відображення у групових відмінностях. Отримані дані демонструють чітку й статистично значущу диференціацію між жінками з високим перфекціонізмом і тими, хто має низький або середній рівень.

У групі з високим перфекціонізмом ($n = 21$) показник тілесного незадоволення становить $M = 101,2$, тоді як у групі з низьким/середнім рівнем – $M = 83,4$. Різниця є статистично значущою ($t = 4,12$; $p < 0,001$), що свідчить про суттєво вираженіше негативне ставлення до власного тіла у перфекціоністично орієнтованих учасниць. Це означає, що для них тіло значно частіше стає об'єктом самокритики та незадоволення, а невідповідність ідеалу переживається гостріше.

Аналогічна тенденція спостерігається щодо поведінкового контролю харчування: 30,5 у групі високого перфекціонізму проти 24,8 у другій групі ($t = 3,67$; $p = 0,001$). Це вказує, що жінки з вираженими перфекціоністичними установками значно частіше застосовують регламентовані, обмежувальні або

контролюючі стратегії. Поведінковий контроль у них набуває більш системного та інтенсивного характеру.

Щодо моніторингу тіла, різниця також є значущою: 34,7 проти 27,3 ($t = 3,54$; $p = 0,001$). Це означає, що перфекціоністично орієнтовані учасниці частіше оцінюють свою зовнішність, звертають увагу на форми, порівнюють себе з ідеалами або іншими людьми. Така підвищена частота самоспостереження підтримує постійне фокусування на можливих недоліках.

Найбільш виражена різниця виявлена за показником надцінності ваги та форми тіла: 4,5 у групі високого перфекціонізму проти 3,6 у другій ($t = 4,38$; $p < 0,001$). Це свідчить, що саме у перфекціоністичних жінок тілесні параметри стають центральним критерієм самооцінки, від якого значною мірою залежить їхнє самосприйняття та емоційний стан.

Усі досліджувані показники демонструють статистично значущі відмінності між групами, що свідчить про системний характер виявлених закономірностей. Отримані дані переконливо показують, що високий рівень перфекціонізму асоціюється з більш вираженим тілесним незадоволенням, частішим використанням поведінкового контролю, інтенсивнішим моніторингом зовнішності та більшою надцінністю ваги й форми тіла у структурі самооцінки. Таким чином, перфекціонізм виступає не як нейтральний особистісний фон, а як суттєвий диференціюючий чинник, що визначає інтенсивність і психологічну напруженість тілесно орієнтованого самоконтролю.

Це означає, що відмінності між жінками з різним рівнем перфекціонізму стосуються не лише загальної вимогливості до себе, а глибше – способу переживання власного тіла. У групі з високим перфекціонізмом тіло частіше стає об'єктом критичного оцінювання, а увага до його параметрів набуває постійного і нав'язливого характеру. Моніторинг зовнішності та контроль харчування тут виконують не лише регуляторну, а й психологічно компенсаторну функцію, пов'язану зі зниженням тривоги та відновленням відчуття відповідності стандартам. Водночас у жінок із

нижчим рівнем перфекціонізму тілесна сфера, ймовірно, менш тісно інтегрована у систему самооцінки, що зменшує інтенсивність самоспостереження та жорсткість контролю.

Виявлені відмінності вказують на те, що перфекціонізм структурно впливає на всі ключові компоненти тілесного досвіду – когнітивний (надцінність ваги і форми), емоційний (незадоволення тілом, тривога щодо зовнішності) та поведінковий (контроль, перевірки, самоспостереження). Таким чином формується цілісна система, у якій перфекціоністичні стандарти задають напрям оцінювання, тілесне незадоволення виступає тригером напруги, а поведінковий контроль – способом її тимчасового зниження.

Отримані результати логічно узгоджуються з попередніми кореляційними даними та посилюють їх, оскільки демонструють не лише наявність зв'язків, а й реальні міжгрупові відмінності за рівнем вираженості тілесно орієнтованих показників. Емпірично підтверджується гіпотеза дослідження про те, що жінки з високими перфекціоністичними установками демонструють більш ригідні, інтенсивні та емоційно насичені форми контролю за тілом.

З психологічної точки зору це має принципове значення, оскільки дозволяє розглядати перфекціонізм як ключовий механізм формування тілесної самокритики та поведінкового контролю. Він визначає не лише рівень вимог до себе, а й те, в якій сфері ці вимоги реалізуються та як саме вони переживаються. У досліджуваній вибірці такою сферою стає тіло, що перетворюється на центральний об'єкт перфекціоністичного саморегулювання. Відтак робота з надмірним тілесним контролем потребує врахування перфекціоністичних установок як базового особистісного чинника, без опрацювання якого поведінкові зміни можуть залишатися нестійкими.

2.5. Практичні рекомендації за результатами дослідження

Отримані результати дослідження свідчать про те, що перфекціоністичні установки, самокритика та страх невідповідності виступають важливими психологічними чинниками формування надмірного контролю за тілом. У зв'язку з цим практична робота має бути спрямована не лише на поведінкові аспекти харчування, а й на глибинні когнітивно-емоційні механізми, що підтримують ригідний тілесний контроль.

Рекомендації для психологічного консультування

У роботі з клієнтками, схильними до надмірного контролю за тілом, доцільно застосовувати інтегративний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові, емоційно-фокусовані та ресурсно-орієнтовані методи. Така стратегія зумовлена тим, що тілесний контроль у подібних випадках виконує не лише поведінкову, а й глибинну емоційно-регуляторну та самооцінну функцію. Відтак психотерапевтична робота має бути спрямована не лише на зміну зовнішніх проявів контролю, а й на трансформацію внутрішніх механізмів, які його підтримують.

Першочерговим завданням є зниження надцінності ваги та форми тіла як головного критерію самооцінки. У багатьох клієнток тіло стає центральним «мірилом» особистісної вартості, що зумовлює залежність емоційного стану від найменших змін зовнішності. Тому важливо розширювати уявлення клієнтки про власну ідентичність поза тілесними параметрами, формувати багатовимірну структуру самооцінності, що включає особистісні якості, соціальні ролі, цінності, здібності, життєві досягнення та значущі стосунки. Робота в цьому напрямі знижує вразливість самооцінки до тілесних змін і сприяє формуванню більш стійкої внутрішньої опори.

У межах когнітивно-поведінкового підходу ефективними є техніки когнітивної реструктуризації, спрямовані на виявлення та корекцію дисфункційних переконань. Особливої уваги потребують дихотомічне мислення («або ідеально, або провал»), катастрофізація тілесних змін,

узагальнення типу «якщо я набрала вагу – я невдаха», а також глибинні схеми умовної цінності («моя цінність залежить від ваги», «мене приймуть лише за певної зовнішності»). Опрацювання цих переконань допомагає знизити жорсткість внутрішніх стандартів і послабити зв'язок між тілесними параметрами та самооцінкою.

Доцільно впроваджувати щоденники самоспостереження, де фіксуються ситуації, емоції, автоматичні думки й поведінка, пов'язана з тілесним контролем. Такий інструмент сприяє підвищенню усвідомленості, дозволяє клієнті побачити повторювані тригери контролю (стрес, соціальне порівняння, критика, відчуття втрати контролю в інших сферах) та поступово відокремити емоційні переживання від поведінкових реакцій. На цій основі формується здатність обирати альтернативні способи регуляції замість автоматичного посилення контролю.

Окрему увагу слід приділяти роботі з соромом і самокритикою, які часто є емоційним ядром тілесного незадоволення. У цьому контексті ефективними є підходи, спрямовані на розвиток самоспівчуття, прийняття власних емоцій і формування більш підтримуючого внутрішнього діалогу. Практики самоспівчуття допомагають знизити інтенсивність внутрішнього критика, нормалізувати переживання недосконалості та розвинути більш м'яке, турботливе ставлення до себе. Це зменшує потребу у жорсткому контролі як способі уникнення самозвинувачення.

Емоційно-фокусована робота передбачає допомогу клієнті у розпізнаванні й вираженні базових емоцій, що лежать під поверхнею контролю – тривоги, страху відторгнення, відчуття недостатності, потреби у схваленні. Усвідомлення цих переживань і пошук більш адаптивних способів їх проживання знижують потребу у тілесному контролі як універсальному механізмі регуляції.

Ресурсно-орієнтований компонент терапії спрямований на зміцнення особистісних опор: розвиток інтересів, соціальної підтримки, досвіду компетентності у різних сферах життя, тілесної усвідомленості, заснованої не

на оцінюванні, а на відчуттях. Це сприяє поступовому зміщенню фокусу з контролю на контакт із власним досвідом і потребами.

Таким чином, інтегративний підхід дозволяє впливати одночасно на когнітивні, емоційні та поведінкові механізми надмірного тілесного контролю. Його метою є не лише зменшення ригідності контролю, а й формування більш гнучкої, приймаючої та багатовимірної моделі самоставлення, у якій тіло перестає бути головним критерієм особистісної цінності.

Таблиця 2.10

Програма психологічного консультування «Гнучкість замість контролю»

№ заняття	Тема	Мета	Основні методи та вправи	Очікуваний результат
1	Психоосвіта та діагностика	Усвідомлення зв'язку «перфекціонізм – контроль – напруга»	Психоосвітня бесіда, модель «ідеал – контроль», щоденник самоспостереження	Розуміння механізмів проблеми
2	Образ тіла	Усвідомлення спотворень сприйняття тіла	Вправа «Реальне vs уявне тіло», аналіз соціальних стандартів	Зниження некритичного прийняття тілесних ідеалів
3	Перфекціоністичні стандарти	Виявлення внутрішніх жорстких вимог	Вправа «Я повинна...», аналіз витрат перфекціонізму	Усвідомлення надмірних вимог до себе
4	Дихотомічне мислення	Зменшення мислення «все або нічого»	Когнітивна реструктуризація, шкала «достатньо добре»	Формування більш гнучких оцінок
5	Страх помилок	Зниження тривоги перед відхиленнями	Техніка «Що станеться, якщо...», аналіз реальних наслідків	Зменшення катастрофізації
6	Самокритика	Усвідомлення внутрішнього критика	Техніка «Голос критика», аналіз самозвинувачень	Виявлення деструктивного внутрішнього діалогу
7	Самоспівчуття	Формування підтримуючого ставлення до себе	Вправа «Що б я сказала подрузі», лист підтримки собі	Зниження самокритики

8	Контроль і тривога	Усвідомлення контролю як способу зниження тривоги	Аналіз ланцюга «тривога – контроль», релаксаційні техніки	Розвиток альтернатив саморегуляції
9	Тілесна усвідомленість	Відновлення контакту з тілом без оцінювання	Сканування тіла, майндфулнес тілесних відчуттів	Зменшення напруги та моніторингу
10	Ідентичність поза тілом	Розширення самоцінності	Вправа «Я – більше, ніж тіло», аналіз життєвих ролей	Ослаблення надцінності зовнішності
11	Психологічна гнучкість	Формування нової стратегії саморегуляції	План «достатньо добре», поведінкові експерименти	Зменшення перфекціоністської ригідності
12	Профілактика рецидиву	Закріплення змін	Визначення тригерів повернення контролю, план підтримки	Стабілізація результатів

Рекомендації для профілактики дезадаптивного контролю за тілом

Профілактичні заходи мають бути спрямовані на формування гнучкого, приймаючого ставлення до тілесності та зниження ригідності саморегуляції, яка лежить в основі надмірного контролю. Ключовим завданням є зміщення акценту з зовнішніх параметрів на внутрішній тілесний досвід. Важливо розвивати у клієток усвідомлене ставлення до тілесних сигналів – відчуття голоду й насичення, втоми, напруження, комфорту – та формувати орієнтацію на самопочуття, функціональність і тілесний добробут, а не лише на цифри ваги, калорійність чи візуальні показники. Такий підхід сприяє відновленню контакту з тілом як із джерелом інформації, а не лише об'єктом оцінювання.

Доцільно впроваджувати психоосвітні модулі, спрямовані на пояснення механізмів формування тілесного незадоволення. Важливо розкривати роль соціальних ідеалів, культурних стандартів привабливості, вплив медіапростору, фільтрованих зображень і нормалізованого перфекціонізму зовнішності. Психоосвіта має також включати розгляд

когнітивних спотворень – дихотомічного мислення, узагальнень, селективної уваги до «недоліків», катастрофізації – які підтримують негативне тілесне самосприйняття. Усвідомлення цих механізмів знижує їхню автоматичність і посилює здатність до критичного осмислення власних думок про тіло.

Важливим напрямом профілактики є розвиток толерантності до невизначеності та формування навичок емоційної регуляції. Надмірний тілесний контроль часто виконує функцію зниження тривоги, створюючи ілюзію стабільності й керованості. Тому клієнткам важливо навчитися витримувати емоційний дискомфорт без негайного переходу до контролюючих дій. Робота може включати вправи на поступове зіткнення з невизначеністю, розвиток здатності «залишатися з переживанням», розширення репертуару способів самозаспокоєння.

Тренування навичок релаксації, дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-практики та тілесно-орієнтовані методи сприяють зниженню загального рівня напруги. Вони допомагають клієнтці відчутти тіло зсередини – через відчуття, рух, дихання – замість постійного зовнішнього оцінювання. Це поступово зменшує потребу у ригідних формах контролю як способі регуляції емоційного стану.

Окремого значення набуває робота з соціальним порівнянням. Необхідно допомагати клієнткам усвідомлювати автоматичність порівнянь, їх вибірковість і нереалістичність. Формування критичного ставлення до стандартів зовнішності в медіапросторі, аналіз маніпулятивності зображень, розуміння різноманіття тілесних форм сприяють зниженню інтеріоризації вузьких ідеалів. Підтримка середовища, у якому цінується функціональність, здоров'я, унікальність, а не відповідність шаблону, також виконує профілактичну роль.

Таким чином, профілактика надмірного тілесного контролю має бути багаторівневою: когнітивною (критичне осмислення установок), емоційною (розвиток регуляції), тілесною (відновлення контакту з відчуттями) та соціальною (зниження впливу нереалістичних стандартів). Такий

комплексний підхід дозволяє формувати більш гнучку модель самоставлення, у якій тіло перестає бути центральним об'єктом жорсткого контролю та оцінювання.

Таблиця 2.11

Профілактична програма попередження дезадаптивного контролю за тілом

№ заняття	Тема	Мета	Основні методи та вправи	Очікуваний результат
1	Психоосвіта про образ тіла	Усвідомлення психологічної природи тілесного незадоволення	Бесіда, обговорення впливу медіа, аналіз соціальних стандартів	Зниження некритичного прийняття «ідеалів»
2	Як формується тілесне незадоволення	Розуміння механізмів порівняння та самокритики	Вправа «Соціальні порівняння», аналіз тригерів	Усвідомлення джерел невдоволення
3	Тіло і самооцінка	Відділення самоцінності від зовнішності	Вправа «Я — це більше, ніж тіло»	Зниження надцінності тілесності
4	Усвідомленість тіла	Розвиток контакту з тілом без оцінки	Сканування тіла, тілесні майндфулнес-практики	Зменшення ригідного моніторингу
5	Харчування і регуляція	Формування гнучкого ставлення до їжі	Психоосвіта про фізіологію голоду/насичення	Зниження тривожного контролю їжі
6	Контроль і тривога	Усвідомлення контролю як способу заспокоєння	Ланцюг «тривога → контроль», релаксація	Альтернативні способи саморегуляції
7	Робота з самокритикою	Зменшення внутрішнього тиску	Техніка «Голос критика», когнітивний аналіз	Ослаблення самозвинувачення
8	Самоспівчуття	Формування підтримуючого ставлення до себе	Лист підтримки, вправи самоприйняття	Зниження сорому за тіло
9	Перфекціонізм у тілесній сфері	Профілактика ригідних стандартів	Вправа «Ціна ідеалу», принцип «достатньо добре»	Формування гнучких очікувань
10	Соціальний вплив	Зниження залежності від оцінювання	Обмеження тригерного контенту, медіагігієна	Ослаблення соціального тиску
11	Психологічна гнучкість	Розвиток адаптивної	Поведінкові експерименти,	Зменшення потреби у

		саморегуляції	вправи на прийняття	жорсткому контролю
12	Підсумок і профілактика рецидиву	Закріплення змін	Визначення тригерів, план підтримки	Стабільність гнучкого ставлення до тіла

Рекомендації для роботи з перфекціоністичними установками

Оскільки перфекціонізм виступає ключовим психологічним чинником надмірного контролю, терапевтична робота має цілеспрямовано охоплювати його дезадаптивні прояви. Йдеться не про повне усунення прагнення до якості чи розвитку, а про диференціацію між конструктивним самовдосконаленням і ригідною, каральною вимогливістю до себе. Багато клієнтів сприймають перфекціонізм як «частину характеру» або навіть як необхідну умову успіху, тому важливим етапом є психоосвіта щодо його подвійної природи – ресурсної та деструктивної.

Доцільно допомагати клієнткам усвідомлювати, що здорове прагнення до розвитку базується на інтересі, цінностях і реалістичних очікуваннях, тоді як дезадаптивний перфекціонізм ґрунтується на страху невідповідності, соромі та умовній самоцінності. У цьому контексті важливо формувати реалістичні стандарти, розвивати навички гнучкого планування, врахування обмежень ресурсів і прийняття помилок як природної частини досвіду. Це сприяє переходу від жорсткої системи «повинна» до більш адаптивної моделі «обираю – пробую – коригую».

Робота має обов'язково включати зниження страху помилок, оскільки саме він часто лежить в основі ригідного контролю. Помилка в перфекціоністичній системі сприймається не як інформація для навчання, а як доказ особистісної неспроможності. Тому терапевтичні інтервенції спрямовуються на розвиток толерантності до недосконалості, нормалізацію помилок та формування досвіду безпечного «недоідеального» виконання завдань. Важливим є переосмислення переконань типу «я повинна завжди відповідати ідеалу», «якщо не ідеально – значить погано», «цінність дорівнює результату».

Ефективними є вправи на експериментування з принципом «достатньо добре» замість «ідеально». Це можуть бути поведінкові експерименти, у межах яких клієнтка свідомо виконує певну дію без доведення її до ідеалу й аналізує реальні наслідки, порівнюючи їх із катастрофічними очікуваннями. Такі вправи допомагають зменшити перебільшення негативних наслідків і поступово послабити жорсткість внутрішніх стандартів.

Важливим напрямом є аналіз «вартості перфекціонізму» – емоційних, поведінкових і міжособистісних витрат постійної вимогливості до себе. Клієнтки досліджують, яку ціну вони платять за ідеал: хронічну втому, тривожність, труднощі відпочинку, напружені стосунки, втрату задоволення. Це сприяє формуванню більш збалансованого ставлення до досягнень і відкриває простір для альтернативних способів самопідтвердження.

Паралельно розвивається внутрішня підтримка як противага самокритиці. Практики самоспівчуття, робота з внутрішнім діалогом, формування образу «внутрішнього союзника» допомагають замінити каральний тон на підтримуючий. Зниження самокритики й розвиток самоприйняття мають принципове значення, оскільки саме самокритика часто запускає цикл тілесного контролю як спосіб «виправити себе». Коли ж зменшується інтенсивність внутрішнього осуду, потреба у тілесному контролі як засобі компенсації поступово втрачає свою регуляторну функцію.

Таким чином, робота з перфекціонізмом у контексті надмірного тілесного контролю спрямована на трансформацію базової моделі самоставлення: від жорсткої, умовної та оцінювальної – до більш гнучкої, приймаючої та орієнтованої на розвиток без самопокарання. Саме ця зміна створює психологічні умови для зменшення ригідного контролю та формування здоровіших форм саморегуляції.

Таблиця 2.12.

Програма психологічної роботи з перфекціоністичними установками

№ заняття	Тема	Мета	Основні методи та вправи	Очікуваний результат
1	Психоосвіта про перфекціонізм	Усвідомлення механізмів перфекціонізму	Модель «ідеал – напруга – виснаження», обговорення особистого досвіду	Розуміння деструктивної сторони перфекціонізму
2	Виявлення власних стандартів	Усвідомлення внутрішніх вимог	Вправа «Я повинна...», аналіз життєвих правил	Виявлення жорстких переконань
3	Джерела перфекціонізму	Розуміння походження стандартів	Аналіз впливу родини, соціуму, досвіду	Усвідомлення сформованих установок
4	Страх помилок	Зниження тривоги перед невдачами	Техніка «Що станеться, якщо...», реалістичний аналіз	Ослаблення катастрофізації
5	Дихотомічне мислення	Формування гнучких оцінок	Когнітивна реструктуризація, шкала «достатньо добре»	Зменшення мислення «все або нічого»
6	Самокритика	Усвідомлення внутрішнього критика	Вправа «Голос критика», аналіз самозвинувачень	Розпізнавання саморуйнування
7	Самоспівчуття	Формування підтримки замість осуду	Лист підтримки собі, вправи самоприйняття	Зниження самокритики
8	Потреба у схваленні	Зменшення залежності від оцінки інших	Вправа «Для кого я це роблю?», аналіз соціального тиску	Зростання автономності
9	Ціна ідеалу	Усвідомлення втрат	Таблиця «вигоди – втрати», аналіз	Мотивація до змін

		перфекціонізму	наслідків	
10	Навчання помилятися	Формування толерантності до недосконалості	Поведінкові експерименти «неідеально»	Зниження страху помилок
11	Психологічна гнучкість	Формування адаптивних стандартів	Вправа «достатньо добре», гнучке планування	Ослаблення ригідності
12	Профілактика повернення	Закріплення нових установок	Визначення тригерів, план підтримки	Стабільність змін

Таким чином, практична робота з клієнтками, схильними до надмірного контролю за тілом, має бути комплексною, багаторівневою та інтегративною, охоплюючи когнітивні, емоційні й поведінкові механізми підтримання проблеми. Надмірний тілесний контроль формується не як окрема звичка, а як результат взаємодії перфекціоністичних переконань, негативного тілесного самосприйняття та специфічних способів емоційної регуляції. Тому ефективна психологічна допомога передбачає системні зміни у структурі самоставлення, а не лише корекцію окремих поведінкових проявів.

На когнітивному рівні робота спрямовується на трансформацію дисфункційних схем, пов'язаних із умовною самоцінністю, дихотомічним мисленням, катастрофізацією тілесних змін та переконаннями про необхідність постійної відповідності ідеалу. Формування більш реалістичних і гнучких стандартів знижує внутрішній тиск і послаблює зв'язок між тілесними параметрами та особистісною цінністю. Це дозволяє клієнтці сприймати власне тіло не як об'єкт постійного оцінювання, а як частину цілісного «Я», що має право на варіативність і недосконалість.

На емоційному рівні важливим завданням є розвиток навичок регуляції афективних станів без звернення до ригідного контролю як універсального способу зниження напруги. Усвідомлення емоцій, робота з тривогою, соромом, страхом відторгнення та почуттям недостатності допомагають

зменшити емоційні тригери, які запускають посилення контролю. Розвиток самоспівчуття, прийняття власних переживань і формування підтримуючого внутрішнього діалогу сприяють зниженню самокритики, що часто лежить в основі тілесного незадоволення.

На поведінковому рівні терапія орієнтована на зниження ригідності саморегуляції та розширення репертуару адаптивних стратегій. Це включає поступове послаблення жорстких правил, експериментування з більш гнучкими формами поведінки, розвиток тілесної усвідомленості, заснованої на відчуттях, а не оцінках. Такі зміни допомагають зруйнувати замкнений цикл «незадоволення – контроль – тимчасове полегшення – нове незадоволення» та формують більш стабільні способи підтримання психологічної рівноваги.

Зниження дезадаптивного перфекціонізму відіграє в цьому процесі центральну роль. Коли послаблюється страх помилок, зменшується потреба відповідати жорсткому ідеалу та зростає толерантність до недосконалості, тіло перестає бути головним полем перфекціоністичної самореалізації. Формування більш гнучкого ставлення до себе і до тілесності сприяє зменшенню надмірного контролю, зниженню емоційної напруги та стабілізації самооцінки.

У підсумку така комплексна робота не лише зменшує вираженість ригідного тілесного самоконтролю, а й підвищує загальне психологічне благополуччя. Клієнтки набувають більш стійкого відчуття власної цінності, незалежного від коливань зовнішніх параметрів, розвивають здатність до гнучкої саморегуляції та формують більш приймаюче, турботливе ставлення до себе. Саме ці зміни є основою довготривалого терапевтичного ефекту.

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що поставлені завдання емпіричного етапу були реалізовані, а висунута гіпотеза отримала переконливе статистичне підтвердження.

У підрозділі 2.1 обґрунтовано логіку організації дослідження та сформовано методичну основу для перевірки зв'язку між перфекціонізмом і надмірним тілесним контролем. Емпіричний етап був проведений на вибірці 40 жінок – учасниць марафонів схуднення, що є релевантним для теми роботи, оскільки саме в цій групі тілесна тематика об'єктивно актуалізована, а практики самостереження та регуляції харчування є частиною повсякденного досвіду. Використаний комплекс методик (MPS, FMPS, BSQ, EDE-Q, OBCS) забезпечив багатовимірне охоплення змінних: перфекціонізм як особистісна детермінанта та контроль за тілом як когнітивно-емоційно-поведінковий феномен.

У підрозділі 2.2 встановлено, що вибірка загалом характеризується помірно підвищеним і високим рівнем перфекціонізму, причому домінує група з високим рівнем (52,5%). Виявлено не лише вираженість внутрішніх стандартів (самоорієнтований компонент), а й значну частку соціально приписаного тиску. Принципово важливим є те, що в структурі перфекціонізму помітно представлені уразливі дезадаптивні компоненти – страх помилок і сумніви у власних діях, які задають емоційно напружений стиль саморегуляції та підвищують ризик ригідного контролю. Аналіз домінуючих типів показав, що у вибірці майже однаково представлені самоорієнтований (42,5%) та соціально приписаний (37,5%) перфекціонізм, а змішаний тип (20%) створює зону найбільшого психологічного навантаження через подвійне джерело вимог – внутрішнє й зовнішнє.

У підрозділі 2.3 виявлено, що у вибірці сформований виражений профіль проблемної тілесної саморегуляції: високі показники тілесного незадоволення, регулярний поведінковий контроль харчування, підвищена

частота моніторингу тіла та стійка надцінність ваги й форми тіла як критерію самооцінки. Якісний аналіз показав, що більшість учасниць має високий рівень тілесного незадоволення (57,5%), часто застосовує контролюючі поведінкові стратегії (50%), а також демонструє високу надцінність ваги та форми тіла (72,5%). Це свідчить, що контроль за тілом у досліджуваній групі не обмежується раціональною самодисципліною, а набуває системного характеру, пов'язаного з емоційним напруженням і залежністю самооцінки від зовнішності.

Ключові результати отримано у підрозділі 2.4, де встановлено статистично значущі прямі кореляції між перфекціонізмом і всіма показниками тілесного контролю. Загальний перфекціонізм має виражені зв'язки з тілесним незадоволенням, поведінковим контролем, моніторингом тіла та надцінністю ваги. Найвищі кореляції виявлено для страху помилок, що підтверджує його роль як центрального психологічного механізму, який переводить «високі стандарти» у ригідний тілесний контроль. Водночас соціально приписаний перфекціонізм демонструє особливо тісний зв'язок із надцінністю ваги та моніторингом, що підкреслює соціально опосередкований характер тілесного контролю (прагнення відповідати зовнішнім очікуванням і уникати негативної оцінки). Порівняння груп із різним рівнем перфекціонізму підтвердило наявність не лише кореляцій, а й реальних групових відмінностей: у групі з високим перфекціонізмом значущо вищі показники тілесного незадоволення, контролю харчування, моніторингу та надцінності ваги. Отже, перфекціонізм виступає диференціюючим чинником, що визначає інтенсивність і ригідність тілесно орієнтованого самоконтролю.

У підрозділі 2.5 сформульовано практичні рекомендації, які логічно випливають із результатів: ефективна психологічна допомога має бути спрямована не лише на поведінкове «послаблення контролю», а насамперед на зміну когнітивно-емоційного ядра проблеми – надцінності ваги, жорстких стандартів, самокритики, страху помилок і залежності самооцінки від

відповідності ідеалу. Запропоновані програми («Гнучкість замість контролю», профілактична програма та програма роботи з перфекціоністичними установками) відображають комплексний підхід: поєднання психоосвіти, когнітивної реструктуризації, розвитку самоспівчуття, тілесної усвідомленості та психологічної гнучкості як альтернативи ригідному самоконтролю.

Таким чином, результати розділу 2 підтверджують, що перфекціонізм є значущим психологічним предиктором надмірного контролю за тілом у жінок, залучених до програм зниження ваги. Найбільш «ризиковими» компонентами виявилися страх помилок і соціально приписаний перфекціонізм, які підтримують напружене самоствавлення, підсилюють фіксацію на зовнішності та формують ригідні стратегії регуляції харчування і самоспостереження. Отримані дані мають важливу теоретичну цінність для розуміння механізмів тілесного контролю та практичну значущість для розроблення психокорекційних програм, спрямованих на формування гнучкого й більш підтримуючого ставлення до себе та власного тіла.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на виявлення характеру та сили взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом у жінок, залучених до програм зниження ваги (марафонів схуднення), а також на визначення тих компонентів перфекціонізму, які найбільшою мірою пов'язані з тілесним незадоволенням, контролюючою харчовою поведінкою, частотою моніторингу тіла та надцінністю ваги і форми тіла у структурі самооцінки. Отримані результати дозволяють зробити низку узагальнень, що мають теоретичну й практичну значущість.

За підсумками теоретичного аналізу було встановлено, що перфекціонізм слід розуміти як багатовимірний особистісний конструкт, у якому поєднуються високі стандарти, підвищена вимогливість до себе, орієнтація на безпомилковість, а також дезадаптивні компоненти, пов'язані зі страхом помилок, сумнівами у власних діях, соціальним тиском та умовною самоцінністю. У роботі обґрунтовано, що саме дезадаптивний перфекціонізм створює психологічне підґрунтя для ригідних форм самоконтролю у сфері тілесності, оскільки тіло стає «видимим» і вимірюваним об'єктом, через який особистість намагається знизити тривогу, відновити відчуття керованості та підтвердити власну «достатність».

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці 40 жінок, показало, що перфекціонізм є вираженою характеристикою більшості учасниць: понад половина респонденток (52,5%) належать до групи з високим рівнем загального перфекціонізму. Водночас структура перфекціонізму у вибірці має подвійне джерело: майже порівну представлені самоорієнтований (42,5%) і соціально приписаний (37,5%) типи, а у кожній п'ятій учасниці (20%) виявлено змішаний тип, що поєднує внутрішні високі стандарти з інтенсивним переживанням зовнішніх очікувань. Принципово важливим є те, що в профілі перфекціонізму виразно представлені «уразливі» компоненти:

страх помилок і сумніви у власних діях, які задають емоційно напружений стиль саморегуляції та формують потребу в постійному підтвердженні «правильності» своїх дій.

Аналіз показників ставлення до тіла засвідчив, що у вибірці сформований виражений комплекс проблемної тілесної саморегуляції. Переважна частина респонденток демонструє високий рівень тілесного незадоволення (57,5%), регулярно використовує контролюючі поведінкові стратегії (часто – 50%), а також надає вазі та формі тіла надцінного значення у структурі самооцінки (високий рівень – 72,5%). Це означає, що тілесна сфера для багатьох учасниць є не нейтральною або суто здоров'язберезувальною, а емоційно напруженою зоною самокритики, порівняння та підтвердження власної цінності через відповідність стандартам.

Ключовим результатом роботи є встановлення статистично значущого, системного взаємозв'язку між перфекціонізмом і надмірним контролем за тілом. Загальний рівень перфекціонізму має сильні прямі кореляції з усіма параметрами тілесного контролю: тілесним незадоволенням ($r = 0,61$; $p < 0,01$), поведінковим контролем харчування ($r = 0,58$; $p < 0,01$), моніторингом тіла ($r = 0,55$; $p < 0,01$) та надцінністю ваги і форми тіла ($r = 0,63$; $p < 0,01$). Це підтверджує висунуту гіпотезу про те, що зростання перфекціоністичних установок супроводжується посиленням як емоційного компонента (незадоволення тілом), так і когнітивного (надцінність), і поведінкового (контроль/моніторинг) рівнів тілесної саморегуляції.

Важливо, що найбільш тісні зв'язки з тілесним контролем продемонстрували саме дезадаптивні компоненти перфекціонізму. Страх помилок виявився найбільш «ризиковим» чинником у даній моделі ($r = 0,64$ – $0,66$ із показниками тілесного незадоволення та надцінності ваги; $p < 0,01$), що підкреслює: в основі надмірного тілесного контролю лежить не стільки прагнення до якості, скільки тривога невідповідності й страх «провалу» у власних очах або в очах інших. Соціально приписаний перфекціонізм також

показав високі кореляції з надцінністю ваги та формою тіла ($r = 0,60$; $p < 0,01$) і з тілесним незадоволенням ($r = 0,57$; $p < 0,01$), що вказує на роль соціального оцінювання та зовнішніх стандартів як чинників підсилення самоспостереження і контролю. Сумніви у власних діях ($r = 0,45-0,52$; $p < 0,05-0,01$) можна інтерпретувати як механізм «перевірочної» поведінки, який переноситься у тілесну сферу у вигляді частих оцінок, вимірювань і повторного контролю.

Порівняння груп із високим і низьким/середнім рівнем перфекціонізму показало статистично значущі відмінності за всіма параметрами тілесного контролю. Жінки з високим перфекціонізмом мають суттєво вищі показники тілесного незадоволення (101,2 проти 83,4; $p < 0,001$), поведінкового контролю (30,5 проти 24,8; $p = 0,001$), моніторингу тіла (34,7 проти 27,3; $p = 0,001$) та надцінності ваги (4,5 проти 3,6; $p < 0,001$). Це підтверджує, що перфекціонізм виступає не лише «фоновою» рисою, а реальним диференціюючим чинником, який визначає інтенсивність і ригідність тілесно орієнтованого самоконтролю.

Отримані дані дозволяють концептуально описати замкнений цикл взаємопідсилення: перфекціоністичні стандарти формують тілесні ідеали та умови прийняття себе; невідповідність ідеалу запускає самокритику, сором і тривогу; контроль за тілом тимчасово знижує напруження й створює ілюзію керованості; однак ригідність правил робить «зриви» і коливання неминучими; це, у свою чергу, посилює переживання провалу й активує ще жорсткіший контроль. Таким чином, надмірний тілесний контроль у багатьох випадках є не стільки раціональною поведінковою стратегією, скільки психологічним способом регуляції тривоги й підтримання умовної самоцінності.

Практичне значення роботи полягає у тому, що результати дозволяють чітко окреслити психологічні мішені для профілактики та консультування жінок, залучених до програм зниження ваги. З огляду на виявлені закономірності, ефективна психологічна допомога має бути спрямована на:

зниження страху помилок і катастрофізації у тілесній сфері; послаблення соціально приписаних очікувань і залежності самооцінки від зовнішньої оцінки; зменшення самокритики та сорому через розвиток самоспівчуття; формування психологічної гнучкості та альтернативних способів емоційної регуляції; поступове зниження надцінності ваги і форми тіла та розширення ідентичності поза тілесними параметрами. Запропоновані у роботі програми («Гнучкість замість контролю» та профілактичний курс) відповідають логіці отриманих емпіричних даних і можуть бути використані як основа для практичної діяльності психолога.

Разом із тим слід зазначити, що результати мають певні межі узагальнення, пов'язані з обсягом і специфікою вибірки (40 жінок, залучених до марафонів схуднення) та перехресним дизайном дослідження, який не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки. Перспективним напрямом подальших наукових пошуків є розширення вибірки, включення порівняльних груп (жінки, не залучені до марафонів; змішані гендерні вибірки), аналіз медіаторів (самокритика, сором, тривожність, самооб'єктивація), а також перевірка ефективності корекційних програм у форматі формувального експерименту.

Отже, мету дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, а гіпотеза підтверджена: перфекціонізм, насамперед його дезадаптивні компоненти (страх помилок, соціально приписаний тиск, сумніви у власних діях), статистично значущо пов'язаний із більш вираженим тілесним незадоволенням, частішим контролем харчування, інтенсивнішим моніторингом тіла та більшою надцінністю ваги й форми тіла. Виявлені закономірності підкреслюють необхідність психологічної роботи не лише з поведінковими стратегіями зниження ваги, а й із глибинними установками самоцінності, регуляцією тривоги та перфекціоністичними механізмами, що підтримують ригідний контроль за тілом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко О. В. Психологія харчової поведінки: теорія і практика : навч. посіб. – Київ : Центр учбової літератури, 2017. – 196 с.
2. Бабенко В. Г., Гончарук Н. М. Ожиріння: сучасні підходи до діагностики та лікування : навч. посіб. – Київ : Медицина, 2019. – 208 с.
3. Балабанова Л. М. Соціальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2016. – 416 с.
4. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : навч. посіб. – Київ : Каравела, 2016. – 320 с.
5. Борисюк А. С. Психологічні чинники формування порушень харчової поведінки в молоді. – *Психологія і суспільство*. – 2018. – № 2. – С. 88–98.
6. Вакуленко Л. О. Харчова залежність: психологічні механізми та профілактика. – *Психологічний часопис*. – 2019. – № 5(25). – С. 54–63.
7. Венгер О. П., Венгер Л. О. Ожиріння як медико-соціальна проблема: психосоматичний підхід. – *Сімейна медицина*. – 2017. – № 3. – С. 29–34.
8. Войтенко Т. П. Розлади харчової поведінки у підлітків: психологічний супровід : метод. рекомендації. – Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2020. – 64 с.
9. Галян І. М. Самооцінка особистості: психологічна природа, діагностика, корекція : монографія. – Львів : Сполом, 2018. – 240 с.
10. Гірняк А. Н. Психологія харчової залежності: клініко-психологічний аспект. – *Медична психологія*. – 2016. – № 2. – С. 42–47.
11. Гуменюк Л. Й. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2019. – 232 с.
12. Дзюба Т. М. Образ тіла та харчова поведінка: соціально-психологічний аналіз. – *Наука і освіта*. – 2017. – № 10. – С. 34–41.

13. Дутчак М. В. Психологія здоров'я : навч. посіб. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2016. – 228 с.
14. Євдокимова О. О. Психологічні детермінанти компульсивного переїдання у молоді. – *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія.* – 2019. – Вип. 62. – С. 112–121.
15. Жданова І. В. Порушення харчової поведінки в юнацькому віці: чинники ризику. – *Психологічні перспективи.* – 2018. – Вип. 31. – С. 85–94.
16. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : навч. посіб. – Київ : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
17. Карамушка Л. М. Психологічне здоров'я особистості : навч. посіб. – Київ : Логос, 2017. – 224 с.
18. Кокурн О. М. Психологія стресу та копінг-поведінки : навч. посіб. – Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2016. – 184 с.
19. Колотило О. В. Психологічні особливості жінок із надмірною масою тіла. – *Проблеми сучасної психології.* – 2020. – Вип. 50. – С. 130–147.
20. Корольчук М. С. Психологія здоров'я : підручник. – Київ : КНТ, 2016. – 384 с.
21. Кремень В. Г. (ред.) Енциклопедія освіти. – Київ : Юрінком Інтер, 2017. – 1040 с.
22. Кривоногова О. В. Психосоматичні аспекти ожиріння: роль емоційної регуляції. – *Український медичний часопис.* – 2018. – № 6. – С. 41–46.
23. Кузнецова О. В. Розлади харчової поведінки: клінічні прояви і психотерапія : навч. посіб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. – 192 с.
24. Лісова О. П. Дефіцит самооцінки як предиктор залежної поведінки. – *Психологія: реальність і перспективи.* – 2019. – Вип. 13. – С. 98–103.
25. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2016. – 592 с.

26. Маркова М. В., Піонтковська О. В. Депресія, тривога та харчова поведінка при ожирінні. – *Медична психологія*. – 2020. – № 3. – С. 10–17.
27. Мартинюк І. А. Психотерапевтичні підходи у роботі з РХП: огляд ефективності. – *Психологічний журнал*. – 2021. – № 2. – С. 59–72.
28. Мельник Ю. Б. Психологія харчової поведінки студентської молоді. – *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Психологія*. – 2017. – Т. 22, вип. 2. – С. 44–52.
29. Міщенко Т. М. Клінічна психологія : навч. посіб. – Харків : Факт, 2018. – 368 с.
30. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2017. – 624 с.
31. Набочук А. М. Гендерні аспекти образу тіла та самооцінки. – *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. – 2018. – № 2. – С. 109–114.
32. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : навч. посіб. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2016. – 448 с.
33. Паламарчук Л. Д. Психологічна допомога жінкам із харчовою залежністю : кваліфікаційна робота. – Умань, 2023. – 70 с.
34. Панок В. Г. Практична психологія. Теорія і практика : навч. посіб. – Київ : Ніка-Центр, 2016. – 328 с.
35. Петрунько О. В. Психологія масової комунікації : навч. посіб. – Київ : КНТ, 2018. – 272 с.
36. Поліщук М. Є. Психологічні чинники ожиріння та харчової поведінки. – *Проблеми сучасної психології*. – 2017. – Вип. 38. – С. 271–283.
37. Романенко О. В. Психологічні механізми залежної поведінки : монографія. – Київ : Кондор, 2018. – 272 с.
38. Смоляр Н. І. Харчова поведінка та емоційні порушення: взаємозв'язок і корекція. – *Вісник Національного університету оборони України*. – 2019. – № 4. – С. 156–162.

39. Титаренко Т. М. Психологія життєтворення особистості : монографія. – Київ : Либідь, 2016. – 320 с.
40. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина: сучасні підходи : навч. посіб. – Київ : Медкнига, 2018. – 240 с.
41. Beck J. S. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. – 3rd ed. – New York : Guilford Press, 2020. – 434 p.
42. Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. – New York : Basic Books, 2019. – 440 p.
43. Cash T. F. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. – 2nd ed. – New York : Guilford Press, 2016. – 512 p.
44. Cooper Z., Fairburn C. G. The treatment of eating disorders: A transdiagnostic perspective. – In: *Handbook of Eating Disorders*. – 2017. – P. 317–336.
45. Fitzsimmons-Craft E. E., Bardone-Cone A. M. Eating disorders and social media: A systematic review. – *Current Psychiatry Reports*. – 2021. – Vol. 23. – P. 1–12.
46. Levine M. P., Smolak L. *The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders*. – New York : Routledge, 2016. – 416 p.
47. Lindvall Dahlgren C., Wisting L., Rø Ø. Feeding and eating disorders in DSM-5: clinical implications. – *Current Opinion in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30(6). – P. 462–468.
48. Tiggemann M., Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. – *International Journal of Eating Disorders*. – 2017. – Vol. 50(1). – P. 1–9.
49. Treasure J., Duarte T. A., Schmidt U. Eating disorders. – *The Lancet*. – 2020. – Vol. 395(10227). – P. 899–911.
50. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. – *Current Diabetes Reports*. – 2018. – Vol. 18. – P. 1–8.

51. Wade T. D., O'Shea A., Shafran R. Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A review. – *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 13. – P. 91–114.

52. World Health Organization. Obesity and overweight : Fact sheet. – Geneva : WHO, 2021.

53. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Feeding or eating disorders. – Geneva : WHO, 2019.

54. Zickgraf H. F., Ellis J. M. Initial validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS). – *Appetite*. – 2018. – Vol. 123. – P. 32–42.