

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Зв'язок харчової поведінки з образом тіла у осіб молодого віку

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
денної форми навчання
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Несен Вероніки Євгенівни

Науковий керівник:

асистент кафедри

психодіагностики та клінічної
психології, доктор філософії в
галузі психології

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1.	8
1.1. Класифікація порушень харчової поведінки	8
1.2. Диференційна діагностика булімії та анорексії	10
1.3. Методи дослідження порушень харчової поведінки	14
Висновки до розділу 1	18
РОЗДІЛ 2.	20
2.1. Опис методів дослідження	20
2.2. Характеристика вибірки	25
Висновки до розділу 2	30
РОЗДІЛ 3.	32
3.1. Соціально-демографічні показники харчової поведінки та образу тіла в групах респондентів	32
3.2. Аналіз взаємозв'язків проявів харчової поведінки та образу тіла	48
3.3. Дослідження впливу проявів харчової поведінки на образ тіла та схильність до порушення харчової поведінки	51
Висновки до розділу 3	56
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасній науці значна увага приділяється проблемам повноцінного функціонування людини. До ознак гармонійної особистості належить добре самопочуття та здоровий спосіб життя, найважливішим чинником якого є харчування. Оскільки сучасна медицина значну увагу приділяє проблемам повноцінного функціонування людини, її психологічному та фізичному здоров'ю, то одним із найважливіших завдань стає вивчення особливостей харчової поведінки особистості. Як відомо, запорукою здоров'я та довголіття є правильне харчування. Їжа посідає одне з важливих місць у житті людини та необхідна для її повноцінного функціонування. Зі всього спектра людських потреб харчова відноситься до основних. Індивідуальні переваги у виборі продуктів харчування, кількості їх споживання, особливості емоційного ставлення до них становлять основу харчової поведінки. Багатогранною поведінковою, фізіологічною та медичною проблемою сучасної науки є порушення харчової поведінки. У сучасному суспільстві стає все більше людей з надмірною або недостатньою масою тіла.

В останні десятиліття проблема порушень харчової поведінки набула особливої актуальності у всьому світі у зв'язку зі стрімким зростанням кількості людей із надмірною вагою або гіпертрофованим прагненням до схуднення. Культ їжі, переїдання або, навпаки, недоїдання, діетоманія, загострена увага людей, особливо молодого віку, до свого тіла і зовнішності, завищені стандарти фізичної привабливості являють собою різні види харчових порушень і є неповноцінними формами психоемоційної адаптації сучасної людини до складних реалій сучасного життя.

У сучасному суспільстві все частіше виникають проблеми пов'язані із порушеннями харчової поведінки. Статистика стверджує, що нервовою анорексією хворіють, за різними даними, 0,5-3,7 відсотки жінок. Нервовою булімією – 1,1-4,2 відсотки.

Дані Національного інституту психічного здоров'я США (NIMH, 2015) демонструють інформацію про найбільшу поширеність порушень харчової поведінки серед осіб підліткового віку. Загальна поширеність порушень харчової поведінки серед підлітків становить 2,7%. Водночас ці цифри коливаються від 3,8% серед дівчат підліткового віку до 1,5% серед представників чоловічої статі. Також результати свідчать про зростання поширеності й тяжкості порушень харчової поведінки з віком. Порушення харчової поведінки є поширеним явищем серед осіб підліткового віку в Україні.

Актуальність обраної теми можна пояснити тим, що XXI століття стало століттям ідеальних критеріїв не лише для жінок, але й для чоловіків. На думку вітчизняних дослідників, у підлітковому віці виявляється специфічна соціальна активність щодо засвоєння соціальних норм, цінностей і поведінки, притаманної для дорослого віку.

Мета роботи: виявити психологічні особливості харчової поведінки та її зв'язок з образом тіла в молодому віці.

Відповідно до мети було сформовано наступні **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння харчової поведінки, її порушень і пов'язаних психоемоційних факторів у молодому віці.
2. Встановити особливості харчової поведінки та образу тіла в досліджуваних.
3. Виявити зв'язки між харчовою поведінкою та образом тіла в молодому віці.
4. Визначити чинники порушення харчової поведінки.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка.

Предмет дослідження: зв'язок харчової поведінки з образом тіла у осіб молодого віку.

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження:

- теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел стосовно харчової поведінки, порушень харчової поведінки, булімії; їх особливостей в молодому віці; а також психологічного стану при булімії.
- емпіричні: методики EDI (Eating Disorders Impairment Questionnaire) – 3 (Є. Старченко, 2016), «Тест ставлення до прийому їжі (ЕАТ-26)» (Н. М. Капталан, 2022) та опитувальник образу власного тіла (Т. Ю. Завада & А. О. Широка, 2022).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описова статистика, частотний аналіз, критерій Манна-Уїтні, критерій Крускала-Уолліса, кореляційний аналіз за критерієм Спірмена, регресійний аналіз. Надійність та вірогідність дослідження забезпечувалися застосуванням методів, які відповідають меті та завданням дослідження, поєднанням кількісного та якісного аналізу.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 72 респонденти, серед яких 41 жінка та 31 чоловік віком від 18 до 40 років. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що:

- Розширено уявлення про специфіку проявів порушень харчової поведінки та їх психологічні детермінанти в молодому віці, з урахуванням статевих, вікових та соціокультурних чинників.
- Поглиблено розуміння взаємозв'язку між образом тіла, емоційною саморегуляцією та харчовою поведінкою, що дозволяє краще описати механізми формування ризикових патернів у молоді.

- Уточнено роль когнітивних і перцептивних складових образу тіла як значущих чинників у структурі схильності до порушення харчової поведінки.
- Встановлено предикторну значущість таких психологічних характеристик, як незадоволеність тілом і прагнення до стрункості, щодо рівня симптомів харчових порушень, що може бути враховано при побудові профілактичних і психокорекційних програм.
- Узагальнено емпіричні дані щодо поширеності та характеру симптоматики порушення харчової поведінки серед різних груп молоді, що дозволяє окреслити сучасний ризик-профіль у контексті трансформованих культурних і соціальних норм.

Практичне значення полягає у подальшій можливості використання даних для розробки психологічних рекомендацій з метою уникнення порушень харчової поведінки. Отримані результати можна використовувати у загальноосвітніх навчальних закладах; у ВНЗ при викладанні дисциплін: «Клінічна психологія», «Патопсихологія»; у відділах клінічної роботи; при розробці рекомендацій та програм з психологічної роботи у порушеннях харчової поведінки.

Достовірність та обґрунтованість отриманих наукових результатів забезпечено цілісним поєднанням теоретико-методологічної послідовності та емпіричної валідності дослідження. При формулюванні мети й завдань було враховано ключові припущення та обмеження, що відповідають сучасному науковому контексту. Було застосовано репрезентативну вибірку, релевантну досліджуваній проблематиці, а також використано валідний і надійний емпіричний інструментарій, адаптований до вікових і культурних особливостей учасників. У дослідженні також було дотримано принципу відповідності між теоретичною моделлю, емпіричними показниками та інтерпретацією результатів, а сам аналіз ґрунтувався на поєднанні кількісного та якісного підходів. Усі використані методики були коректно

дібрані відповідно до поставлених завдань і дозволили повноцінно охопити досліджувані психологічні конструкти.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 34 найменувань, з них – 23 іноземною мовою, та 2 додатки. Дослідження містить 17 рисунків. Основний зміст викладено на 62 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 83 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НА ОСОБИСТІТЬ

1.1. Класифікація порушень харчової поведінки

Харчовою поведінкою називають сукупність звичок особистості, які пов'язані з прийняття їжі. Це, зокрема, і дієти, і режим прийняття їжі, і смакові переваги і т. д. Поведінка в харчуванні залежить від сімейних цінностей та традицій, етнічних, культурних особливостей, виховання та активностей членів родини, особливостей біології людей. Усе це роками складалось у відповідності з тим соціумом, де проживає людина, а також відповідно до еталонів та стандартів норми та краси. Такі звички мають тенденцію до змін упродовж років, проте не всі такі зміни можна вважати хворобливими чи такими, що мають якісь порушення [7, с. 38]. Тобто, у поняття харчової поведінки входять звички, емоції, поведінкові форми, установки, що належать до теми їжі, а також є індивідуальними відносно кожної людини зокрема. Поняття харчової поведінки можна розділити на адекватну (чи гармонійну) та відмінну (девіантну). Сам розподіл детермінується масою параметрів. Етнокультуральні чинники мають значний вплив на стереотипи харчової поведінки, зокрема під час стресу.

Розлади харчової поведінки – це серйозні психічні розлади, які впливають на всі аспекти життя людей, включаючи якість життя вдома та на роботі, особисте функціонування та соціальне життя. Нервова анорексія має найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань. Розлади харчової поведінки часто є хронічними та рефрактерними. Якщо аналізувати соціально-психологічні сторони ожиріння, то можна виокремити такі функції харчової поведінки, як релаксація, підтримка гомеостазу, комунікація, отримання задоволення, самоствердження як подання престижу їжі й

відповідної впливової зовнішності, підтримка звички чи ритуалу, пізнання, нагорода, компенсація, задоволення естетичної потреби та захист [9, с. 7].

До загальних видів харчової залежності належать:

1. Переїдання або гіперфагія – людина вживає їжі набагато більше, ніж їй необхідно, віддаючись прийняттю їжі повністю, влаштовуючи з цього ціле дійство. Це захворювання тісно пов'язане з ожирінням. У більшості промислово розвинених країн ожирінням страждають 30% чоловіків і 40% жінок у віці від 19 до 40 років.

2. Булімія (переїдання з подальшим самоочищенням) – ця форма харчової залежності більш небезпечна, ніж звичайне переїдання. Нервова булімія, може супроводжувати нервову анорексію, але може виникнути і самостійно. Пацієнти з нервовою булімією стежать за своєю вагою, багато займаються фізкультурою, регулярно дотримуються дієти, але принаймні два рази на тиждень у них виникають напади обжерливості [8]. На відміну від людей, які страждають на нервову анорексію, вони не втрачають вагу так швидко, проте можуть важити трохи менше або навіть трохи більше норми для їх росту, але їх соматичний стан погіршується.

3. Анорексія – це психічний розлад, що супроводжується значним пригніченням апетиту. Як різновид харчової залежності виділяється нервова анорексія – сильне обмеження в їжі або відмова від неї з метою схуднути. Характеризується анорексія спотвореним сприйняттям власного тіла. Хворі з недоліком маси тіла все ще відчують себе повними і прагнуть довести свою вагу до мінімально можливого значення.

4. Нервова орторексія – розлад прийому їжі, що характеризується нав'язливим прагненням до «здорового і правильного харчування», що призводить до значних обмежень у виборі продуктів харчування.

Порушення харчової поведінки ясно ілюструють зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Психічні розлади при нервовій анорексії та нервовій булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта, призводять до серйозних порушень соматичного стану пацієнта [11, с. 247].

1.2. Диференційна діагностика булімії та анорексії

Для нервової булімії характерними є часті повторювання споживання досить великої кількості їжі за один раз, що викликає відчуття провини та прагнення очищення організму від зайвого вмісту. Якщо людина з такою харчовою поведінкою втрачає прагнення до постійного очищення організму, то в неї розвивається порушення у переїданні, що супроводжується почуттям сильного сорому та провини.

Булімія має невеликий віковий зсув - від 15 до 21 року. Саме в підлітковому віці виникає потреба в позначенні, переживанні себе як окремої дорослої особи з супутнім почуттям дорослості. Провідною діяльністю є спілкування з однолітками і затвердження себе всередині кола спілкування. У разі якщо у підлітка виникають складності в тому, щоб вибудувати відносини з собою і реалізувати себе у відносинах в своїй референтній групі, він шукає компенсаторні стратегії. Однією з таких стратегій є корекція власної фігури. Але це не означає, що люди більш старшого віку не схильні до порушень прийому їжі: за деякими оцінками, 13% жінок старше 50 років страждають на порушення харчової поведінки [4].

Існують переконливі свідчення того, що саме мас-медіа просувають образ ідеального стрункого тіла та харчові диспропорції. Саме методом контентаналізу було встановлено, що антропометричні показники акторок, співачок, моделей та інших соціально популярних жінок за останнє століття дедалі більше просувалися у бік стрункості. Зокрема, близько чверті моделей у деяких модних глянцевиx журналах цілком відповідають клінічним критеріям нервової анорексії. Позитивна кореляція цього тренду стрункості з порівняно нещодавнім збільшенням випадків харчових порушень тлумачиться як доказ того, що мас-медіа впливають на виникнення порушень харчової поведінки. І навпаки, повних людей не так часто зображають у привабливому світлі у мас-медіа, незважаючи на той факт, що понад чверть людей у західних країнах мають надлишкову вагу.

Було виявлено, що пацієнтки з булімією виявляють гіперчутливість до негативних міжособистісних взаємодій, котрі надзвичайно інтенсивно стимулюють компульсивне переїдання. Таким чином, існує вагоме кореляційне підтвердження гіпотези про вплив друзів та колег на інтерналізацію образу ідеального стрункого тіла та порушень харчової поведінки, що виникли внаслідок цього. При інтерпретації результатів досліджень харчової поведінки людини важливо враховувати концептуальні та методологічні обмеження [1, с. 71].

Існує два типи булімії:

- 1) Очисна. Поведінка очищення є поширеною при булімії, причому блювота, що викликається особою, розглядається як найчастіша поведінка очищення. Поведінка очищення здійснюється для контролю ваги чи форми тіла, або для компенсації або протидії споживаній їжі. Поведінка може включати самоіндуковану блювоту або неправильне використання проносних, діуретиків або клізм. Зазвичай люди з булімією, які очищаються, відчувають нав'язливу потребу зробити це та відчуття полегшення після очищення. Очищаючий тип булімії може бути дуже шкідливим для здоров'я людини. Наслідки очищення залежать від застосованого методу очищення.
- 2) Неочисна. Булімію неочисного типу іноді плутають або порівнюють з порушенням переїдання. Однак ці порушення відрізняються від того, що людина з булімією буде робити, щоб компенсувати заїдання. Люди з неочищеною булімією використовують інші способи поведінки, наприклад, фізичні вправи або голодування, щоб компенсувати споживану їжу. Така поведінка вважається надмірною або екстремальною та може заважати повсякденному життю людини [3]. Наприклад, людина з булімією, яка не очищається, може переїдати, а після цього компенсувати годинами фізичних вправ, днями голодування або дуже обмеженим харчуванням.

Нервова анорексія характеризується хворобливими харчовими звичками та серйозним суб'єктивним занепокоєнням щодо ваги та форми власного тіла, які у більшості випадків зустрічаються на початку статевої зрілості або у пізньому підлітковому віці. За даними статистики, в Європі на нервову анорексію страждає 1–4% жіночого населення. За останнє десятиріччя у світі спостерігається зростання кількості захворювань на нервову анорексію. Основне зростання захворюваності відзначається в Шотландії, Швейцарії, США, але і в Україні також спостерігається збільшення цих показників. Також це порушення має найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань у світі. Високий рівень смертності обумовлений суїцидальними ризиками (у хворих на розлад харчової поведінки ризик спроб самогубства в 5-6 разів вищий ніж серед усіх інших психічних порушень) та низкою соматичних ускладнень, які є прямим наслідком схуднення та голодування.

Диференційна діагностика анорексії включає в себе оцінку широкого спектру фізичних, психічних та медичних факторів. Ось деякі аспекти, які можуть бути враховані під час цього процесу:

1. Психічні розлади: поряд з анорексією можуть спостерігатися інші психічні розлади, такі як булімія, депресія або тривожність. Важливо провести оцінку психічного стану для визначення можливих співпадінь або супутніх порушень.
2. Медичні причини: симптоми анорексії можуть бути наслідком медичних станів, таких як гіпертиреоз, хронічні шлункові захворювання або патологічні стани, що призводять до втрати апетиту. Обстеження фізичного стану може допомогти виключити ці причини.
3. Інші харчові розлади: потрібно розрізняти анорексію від інших харчових розладів, таких як булімія або заборона обмежувати споживання їжі. Кожен з цих порушень має власні характеристики і лікування.

4. Фізичні ознаки: оцінка фізичних ознак, таких як зміни ваги, втрата м'язової маси, а також стан шкіри, волосся та нігтів, може бути важливою складовою диференційної діагностики.
5. Історія харчування: аналіз історії харчування та способу життя може надати важливу інформацію про можливі причини анорексії та інші харчові розлади.
6. Лабораторні та інструментальні дослідження: іноді для виключення медичних причин або встановлення діагнозу може бути необхідним проведення лабораторних та інструментальних досліджень, таких як аналіз крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини тощо.

Загальною метою диференційної діагностики анорексії є точне визначення джерела симптомів і відповідне лікування для пацієнта.

1.3. Методи дослідження порушень харчової поведінки

Розлад харчової поведінки – складні захворювання, які все частіше вражають підлітків. Вони посідають третє місце серед хронічних захворювань підліткового віку з частотою до 5%. Розрізняють три основні підгрупи: рестриктивна форма, при якій різко обмежений прийом їжі; булімічна форма, при якій епізоди переїдання супроводжуються спробами мінімізувати наслідки переїдання; третя група зовсім не відповідає всім критеріям нервової анорексії або нервової булімії [5]. Остання група, яку зазвичай називають розлад харчової поведінки без інших специфікацій, становить більшість пацієнтів у підліткових центрах.

Розлад харчової поведінки пов'язані з серйозною біологічною, психологічною та соціальною захворюваністю та значною смертністю. Унікальні характеристики підлітків і перебіг статевого дозрівання є ключовими міркуваннями при визначенні діагнозу, лікування та наслідків розладів харчової поведінки в цій віковій групі. Ця позиція представляє консенсус щодо діагностики та лікування розладів харчової поведінки у підлітків між експертами з підліткової медицини зі Сполучених Штатів, Канади, Великобританії та Австралії. Було виявлено широку варіабельність у швидкості, часі та величині збільшення зросту та ваги під час нормального статевого дозрівання, відсутність менструальних періодів у ранньому статевому дозріванні та непередбачуваність менструації незабаром обмежують використання цих формальних діагностичних критеріїв у підлітків [7, с. 38]. Багатьом підліткам через стадію когнітивного розвитку не вистачає розумової здатності виражати абстрактні поняття, такі як самосвідомість, мотивація схуднути або пригнічені емоції. Крім того, на субклінічному рівні порушень харчової поведінки можуть виникати такі клінічні симптоми, як затримка статевого дозрівання, затримка росту або порушення засвоєння кістками мінеральних речовин. Важливо діагностувати порушення харчової поведінки в контексті множинних і різноманітних аспектів нормального статевого дозрівання, розвитку підлітків і остаточного

досягнення здорової дорослості, а не просто застосовувати формалізовані критерії.

Порушення харчування є характерною ознакою порушень харчової поведінки та пов'язані з тяжкістю, тривалістю та часом дисфункціональних харчових звичок. Виявлено значні харчові дефіцити кальцію, вітаміну D, фолієвої кислоти, вітаміну B12 та інших мінералів. Особливо важливо визначити недостатнє споживання енергії (калорій), білка, кальцію та вітаміну D, оскільки ці елементи мають вирішальне значення для росту та досягнення пікової кісткової маси.

Дослідження підкреслюють частий зв'язок між розладами харчової поведінки та іншими психіатричними захворюваннями. Важливі висновки включають частоту виникнення афективних розладів (особливо депресії) у 50–80% як для нервової анорексії, так і для нервової булімії; частота тривожних розладів (особливо obsесивно-компульсивного розладу та соціальної фобії) протягом життя у 30–65% випадків пов'язана з нервовою анорексією та булімією; 12–21% випадків зловживання психоактивними речовинами при нервовій анорексії; і 9%–55% для нервової булімії. Оцінки коморбідних порушень особистості серед пацієнтів з порушеннями харчової поведінки коливаються від 20% до 80% [7].

За допомогою методик DSM-IV і МКХ-10 було здійснено дослідження по порушенням харчової поведінки, що показало нездатність підтримання ваги на рівні або вище мінімального, відповідного віку та зросту. Відповідно до цього критерію потрібна наявність суттєвого зниження ваги у пацієнта, який страждає на нервову булімію. Згідно з рекомендаціями DSM-IV, як критерій «суттєвого зниження» рекомендується приймати масу тіла менше 85% від очікуваної. Більше чіткою слід вважати методику МКХ-10 щодо недостатності маси тіла для встановлення діагнозу булімія. У більшості індивідів напередодні захворювання маса тіла відповідає нормальним межам та прогресивно знижується з початком порушень внаслідок комбінацій жорстких дієтичних обмежень, виснажливих фізичних навантажень, а також

«очисних методів» , біодобавок, націлених на зниження маси тіла. У деяких хворих на булімію починається в ранньому підлітковому віці, коли вони не так втрачають масу тіла, скільки не набирають [4]. При цьому на тлі зростання, відбувається суттєве зниження маси тіла.

Іншим важливим аспектом є бажання пацієнта мати низьку вагу поряд з усвідомленими спробами уникнути її набір. Зазвичай хворі уникають прийомів їжі, а якщо їдять, то уникають їжу, яку оцінюють як «повну». Найчастіше пацієнти займаються виснажливими фізичними вправами з двох причин: у спробі «спалити» калорії і поліпшити своє самопочуття.

Завдяки цьому дослідженню виділили взаємовиключні типи, які слід враховувати при постановці діагнозу:

- Обмежувальний тип: протягом поточного епізоду пацієнт не залучається до регулярних епізодів переїдання або очисної поведінки;
- Тип з епізодами переїдання/очисної поведінки: протягом поточного епізоду пацієнт регулярно використовує епізоди переїдання або очисної поведінки.

Наступне дослідження полягало на основі тесту харчових настроїв (ЕАТ-26) дорослих чоловіків і жінок з коледжу/університету та осіб із надмірною вагою та ожирінням, які брали участь у поведінковій програмі контролю ваги. Ці два зразки були об'єднані в дослідженні, щоб оцінити психометричні властивості ЕАТ-26 і визначити, чи інструмент функціонує по-різному залежно від приналежності до підгруп. Результати даних моделей показали, що фактор орального контролю стосується самоконтролю під час прийому їжі та відсутнього тиску з боку інших у наборі ваги. Питання, пов'язані з проблемою їжі (що описується схильністю до надмірного мислення, пов'язаного з їжею), показали нижчий рівень складності в учасників з ожирінням [11]. Попередні результати показують, що дорослі з надмірною вагою та ожирінням, які були випадковим чином призначені на щоденну дієту з обмеженням енергії (програма з високим вмістом білка, заміна їжі), відчували більшу стурбованість їжею, ніж ті, хто був

призначений на щоденну програму обмеження енергії з постом через день. Особи в групі із зайвою вагою та ожирінням повідомили про вищий рівень страху перед переїданням, заклопотаність їжею, бажання бути худішими та поведінку на дієті, ніж у групі з нормальною вагою.

Висновки до розділу 1

Починаючи з підліткового віку, відзначається підвищена увага до своєї зовнішності, а також думку оточуючих про неї. Велике значення мають прийняті в суспільстві стандарти краси, які в XXI столітті можна визначити як тендітну, повітряну, граціозну фігурку. Немає нічого поганого в тому, що дівчина стежить за своєю вагою, якщо це не виходить за межі норми. Але іноді лише злегка надмірна вага або просто особа з широкими вилицями викликають хворобливе ставлення до «свого дефекту»: знижується настрій, з'являється відчуття, що оточуючі помічають це «потворність» і підсміюються, обмінюються багатозначними поглядами. Тобто розвивається дисморфобічний синдром – болісне переживання свого «фізичного недоліку». Тоді починаються пошуки найбільш прийнятної для себе способу схуднення, при цьому болюча боротьба із зайвою вагою може приймати різні форми.

Однією з гіпотез поширення порушень прийому їжі є величезний вплив суспільства на норми і цінності індивіда. Останні десятиліття суспільство віддає перевагу струнності. У свідомості людей міцно закріплений стереотип про те, що бути худим – значить бути успішним, здоровим, привабливим, дисциплінованим та інше. Повнота асоціюється з непривабливістю, лінню, некомпетентністю. Існує думка, що збільшення кількості порушень харчової поведінки за останні 40-50 років пов'язано з усе більшим поширенням у суспільстві ідеалу худорлявості. Ця думка ґрунтується на зайвій стурбованості пацієнтів з нервовою булімією і нервовою анорексією своєю вагою і тілом.

Порушення харчової поведінки, які виникають у підлітковому віці, перешкоджають пристосуванню до пубертатного розвитку та засвоєнню завдань розвитку, необхідних для того, щоб стати здоровою, функціонуючою дорослою людиною. Соціальна ізоляція та сімейні конфлікти виникають у той час, коли сім'ї та однолітки потрібні для підтримки розвитку. Питання, пов'язані з самооцінкою, автономією та здатністю до інтимних стосунків,

слід вирішувати відповідно до розвитку та чутливо. Зважаючи на те, що підлітки з порушеннями харчової поведінки зазвичай живуть вдома та щодня спілкуються зі своїми сім'ями, роль сім'ї слід вивчати як під час оцінки, так і під час лікування, приділяючи особливу увагу питанням контролю та відповідальності для підлітка в сімейному контексті. У підлітків жіночої статі порушення харчової поведінки пов'язані з труднощами емоційної регуляції, які, у свою чергу, співвідносяться з нав'язливо-компульсивними, перфекціоністськими та імпульсивними рисами особистості. Емоційне дисфункціонування всередині сім'ї та взаємодія з індивідуальними особливостями особистості, сприяють розвитку та підтримці нервової анорексії або булімії, однак механізми, що лежать в основі цього процесу досі недостатньо вивчені.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ОБРАЗУ ТІЛА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

2.1. Опис методів дослідження

Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) була вперше опублікована 1983 року D. M. Garner, M. P. Olmstead, J. P. Polivy та адаптована Є. Старченко у 2016 році. Основна мета була в тому, щоб не лише показати відмінність фізіологічних, поведінкових та особистісних характеристик між підгрупами пацієнтів з клінічно значущими девіаціями харчової поведінки, а й розділити осіб із субклінічними формами порушень та практично здорових. Респонденти повинні оцінити за 6-бальною шкалою частоту певних дій, думок чи почуттів. При підрахунку сумарного показника за відповіді «завжди», «зазвичай» та «часто» нараховуються відповідно 3, 2 та 1 бал; за відповіді «іноді», «рідко» та «ніколи» бали не нараховуються. Ряд тверджень мають зворотній напрямок оцінки [9]. Оригінальна версія Eating Disorder Inventory складалася із 64 тверджень, розподілених за 8-ми субшкалами:

1. прагнення до худоби: надмірне занепокоєння про вагу та систематичні спроби схуднути.
2. булімія: спонукання до наявності епізодів переїдання та очищення.
3. незадоволеність тілом: певні частини тіла (стегна, груди та сідниці) сприймаються як надмірно товсті.
4. неефективність: відчуття загальної неадекватності (мається на увазі почуття самотності, відсутність відчуття безпеки) та нездатності контролювати своє життя.

5. перфекціонізм: неадекватно завищені очікування щодо високих досягнень; нездатність прощати собі недоліки.
6. недовіра у міжособистісних відносинах: почуття відстороненості від контактів із оточуючими.
7. інтероцептивна некомпетентність: дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення.
8. страх зрілості: бажання повернутися у відчуття безпеки дитячих років.

У 1991 році Garner створив другу версію опитувальника, куди увійшли три нових фактори: аскетичність, регуляція потягів та соціальна невпевненість. Welch (1988, 1990) у своєму дослідженні виділив у опитувальнику 3 фактори. Досвід застосування Шкали оцінки харчової поведінки S. Criguillion-Doublet (1995) на 187 пацієнтах захищає восьмифакторну структуру, яка відповідає первісному конструкту Garner. Таким чином, немає узгодженості в оцінці факторної структури інструменту між різними дослідниками [6, с. 48].

За багаторічну історію використання EDI у різних культурах (США, Швейцарії, Німеччини тощо) показано, що опитувальник може бути використаний:

1. для психопатологічної оцінки поведінки, почуттів та фізіологічних симптомів при нервовій анорексії, нервовій булімії;
2. як скринінговий інструмент діагностики девіацій харчової поведінки у популяції;
3. для оцінки ефективності результатів лікування.

EDI-3 є переглядом одного з найбільш широко використовуваних показників самооцінки психологічних рис або конструктів, які виявилися клінічно значущими в осіб з розладом харчової поведінки. Ця нова версія є стандартизованим і простим у застосуванні показником, що дає об'єктивні оцінки та профілі, корисні для концептуалізації випадку та планування лікування для осіб із підтвердженим або підозрюваним розладом харчової поведінки [5]. Це також цінний дослідницький інструмент для оцінки

областей психопатології, визначення значущих підгруп пацієнтів і оцінки результатів лікування. Його можна заповнити за відносно короткий проміжок часу і проводити як індивідуально, так і в групі.

EDI-3 надає нормативну інформацію для жінок з порушеннями харчової поведінки у віці 13-53 років. Усі нормативні протоколи були зібрані в різних амбулаторних та стаціонарних закладах. Нормативна інформація надається для наступних діагностичних груп:

- a) нервова анорексія – рестриктивний тип;
- b) нервова анорексія – тип переїдання/очищення;
- c) нервова булімія;
- d) розлади харчової поведінки, не визначені іншим чином.

Шкали ризику порушень харчової поведінки, прагнення до худорлявості та незадоволеності тілом сильно корелюють (0,96 і 0,97 відповідно) зі своїми аналогами EDI-2 як для дорослих, так і для підлітків у США. Професійний посібник показує взаємозв'язки з широким спектром зовнішніх інструментів і представляє факторно-аналітичні дані, які забезпечують внутрішню структуру EDI-3.

EDI-3 SC є незалежною та структурованою формою самозвіту. Цю форму легко заповнити та вона надає дані щодо частоти симптомів (наприклад, переїдання; самоіндуковане блювання; режим фізичних вправ; використання проносних засобів, таблеток для схуднення та діуретиків). Детальна інформація щодо областей симптомів, оцінених за допомогою EDI-3 SC, необхідна для визначення того, чи відповідають пацієнти формальним діагностичним критеріям порушення харчової поведінки.

EDI-3, який легко вводити та оцінювати, дає 12 балів за шкалою, що не перекриваються, і 6 комбінованих балів, які можна використовувати для створення клінічно значущих профілів, які можна пов'язати з планами лікування, конкретними втручаннями та моніторингом лікування.

Тест про наявність порушень харчової поведінки (Eating Attitudes Test; EAT) – скринінгова тестова методика, розроблена Інститутом психіатрії

Кларка університету Торонто в 1979 році та адаптована Н. М. Капталан у 2022 році. Спочатку шкала призначалася для скринінгу нервової анорексії та складалася з 40 питань. У 1982 році розробники модифікували її та створили шкалу ЕАТ-26, що складається з 26 питань. Шкала ЕАТ-26 показала високий рівень кореляції з початковим варіантом. Згодом шкала ЕАТ-26 стала широко застосовуватися при скринінгу як нервової анорексії, так і нервової булімії. В даний час шкала ЕАТ-26 є найпоширенішим інструментом досліджень порушень харчової поведінки.

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

ЕАТ-26 виявив себе як надійний інструмент для оцінки ступеня вираженості проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення до схуднення, побоювання набору ваги та обмежувальних тенденцій у стилі харчування [10].

Показано, що опитувальник ЕАТ-26 може бути використаний:

- 1) як скринінговий інструмент девіацій харчової поведінки загалом у популяції, а також у специфічних підгрупах;
- 2) як перша частина двоетапного діагностичного пошуку; при цьому друга частина включає клінічне інтерв'ю у респондентів, які мають високий бал ЕАТ-26;
- 3) як критерій міжгрупового порівняння (у тому числі для зіставлення крос-культуральних відмінностей, оцінки виразності симптоматики в процесі лікування та ін.).

Доповненням для діагностики ставлення до власного тіла слугував опитувальник образу власного тіла (Т. Ю. Завада & А. О. Широка, 2022). Дана методика спрямована на оцінки соматичних, психічних та поведінкових порушень, пов'язаних із харчовою поведінкою. Шістнадцять пунктів

опитувальника побудовані на основі досвіду клінічної роботи та публікацій, написаних в соціокультурній, когнітивній та біхевіоральній парадигмі.

Валідність та стандартизація перевірені на вибірці, яка включає в себе 904 досліджуваних жіночої статі віком 13-23 роки (819 здорових та 85 з діагнозом нервової булімії та анорексії). Для валідизації опитувальника використовувались: аналіз головних компонентів; кореляції з антропометричними характеристиками, опитувальник харчової поведінки та шкали задоволеності тілом, кореляція із порушенням харчової поведінки.

Психометричні властивості Опитувальнику образу власного тіла дозволяють використовувати його як скринінговий інструмент у популяційних дослідженнях і як допоміжний тест у процесі клінічної діагностики. У рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) та перцептивний (заснований на сприйнятті). За результатами клінічних досліджень, перший компонент має значно більше значення розвитку порушення харчової поведінки, тобто незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок із реальною зміною ваги та відчуттями, що породжуються цим процесом. З погляду авторів методики, оцінний компонент ставлення до тіла відображає: глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, формою тіла, специфічними його частинами), емоції та почуття щодо зовнішності - когнітивний аспект (переконання щодо зовнішності, схема тіла) уникнення дивитися у дзеркало, зважуватися, відвідувати тренажерні зали). [38; с. 80]

2.2. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 72 особи. Частка жінок становила 56,9 %, тоді як чоловіків було 43,1 % (Додаток А, Таблиця А.1). У розрізі вікових категорій найбільшу частку респондентів становили люди віком від 31 до 40 років (44,4 %), далі за чисельністю йшли особи віком 24-30 років (30,6 %). Меншу частку склали респонденти у вікових групах 18-20 (16,7 %) і 21-23 років (8,3 %) відповідно (Додаток А, Таблиця А.2). За критерієм місцезнаходження більшість учасників дослідження перебували на території України (61,1 %), тоді як 38,9 % респондентів знаходились за кордоном (Додаток А, Таблиця А.3). Графічне відображення статистичних даних представлено на рисунку 2.1.

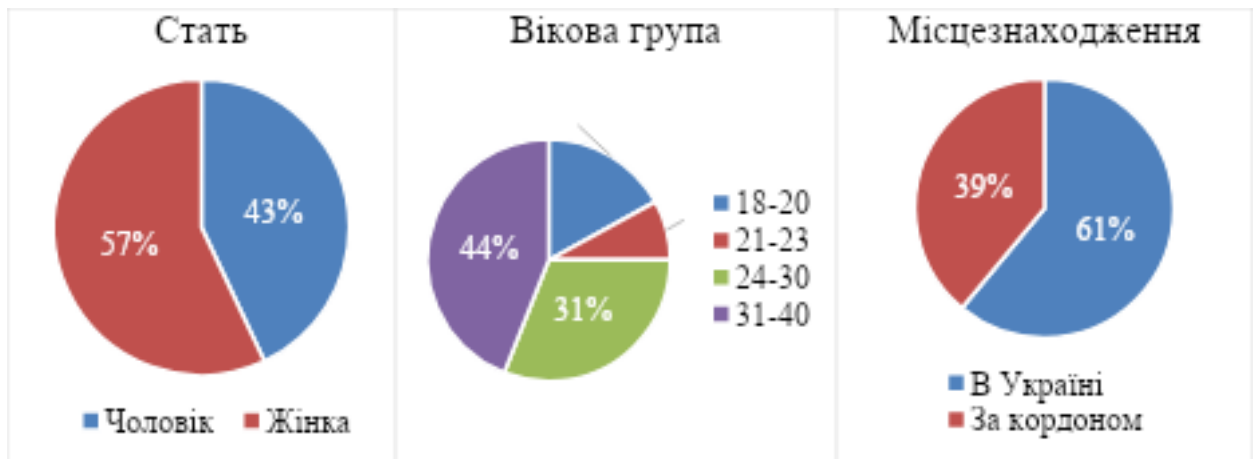


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю, віком та місцезнаходженням

Щодо частоти переїдання до відчуття неможливості продовжувати споживання їжі, найпоширенішим варіантом відповіді був «один раз на тиждень», який обрали 33,3 % опитаних. Водночас 29,2 % повідомили, що такі епізоди трапляються один раз на місяць або рідше, а 11,1 % ніколи не стикалися з подібним (Додаток А, Таблиця А.4, рис. 2.2).

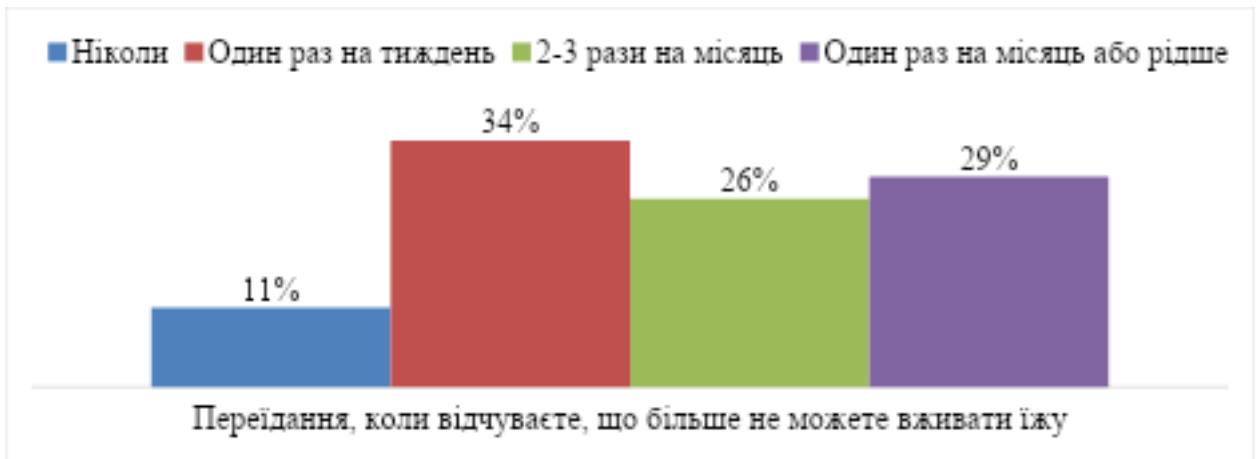


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за частотою переїдання

Щодо поведінки, пов'язаної з блювотою з метою контролю ваги, абсолютна більшість респондентів (65,3 %) вказали, що ніколи не вдавалися до подібної практики, тоді як 20,8 % робили це один раз на місяць або рідше (Додаток А, Таблиця А.5, рис. 2.3).



Рис. 2.3. Розподіл респондентів за частотою викликання блювоти з метою контролю ваги

Використання проносних засобів або таблеток для зниження ваги найчастіше також не застосовувалося: 61,1 % учасників відповіли, що ніколи не вдавалися до таких методів. Водночас майже п'ята частина (20,8 %) зазначила, що застосовувала їх один раз на місяць або рідше (Додаток А, Таблиця А.6, рис. 2.4).

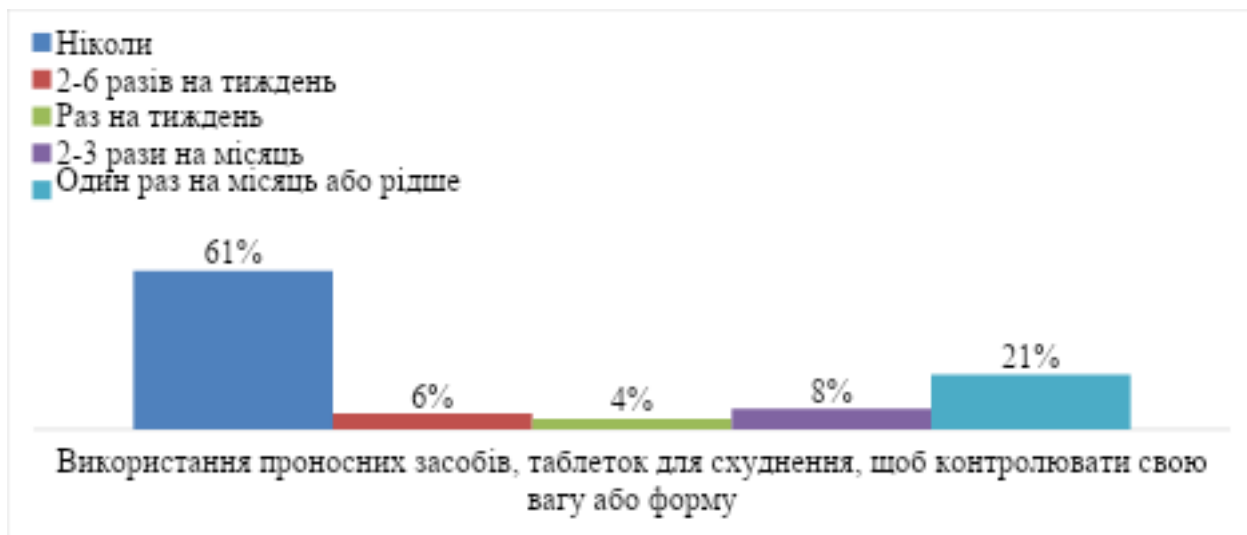


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за частотою використання фармакологічних препаратів з метою контролю ваги

Схожа ситуація спостерігалася і щодо фізичних тренувань тривалістю понад 60 хвилин на день, спрямованих на контроль ваги: найчастішими відповідями були «2–6 разів на тиждень» (31,9%) та «раз на тиждень» (31,9%) (Додаток А, Таблиця А.7, рис. 2.5).

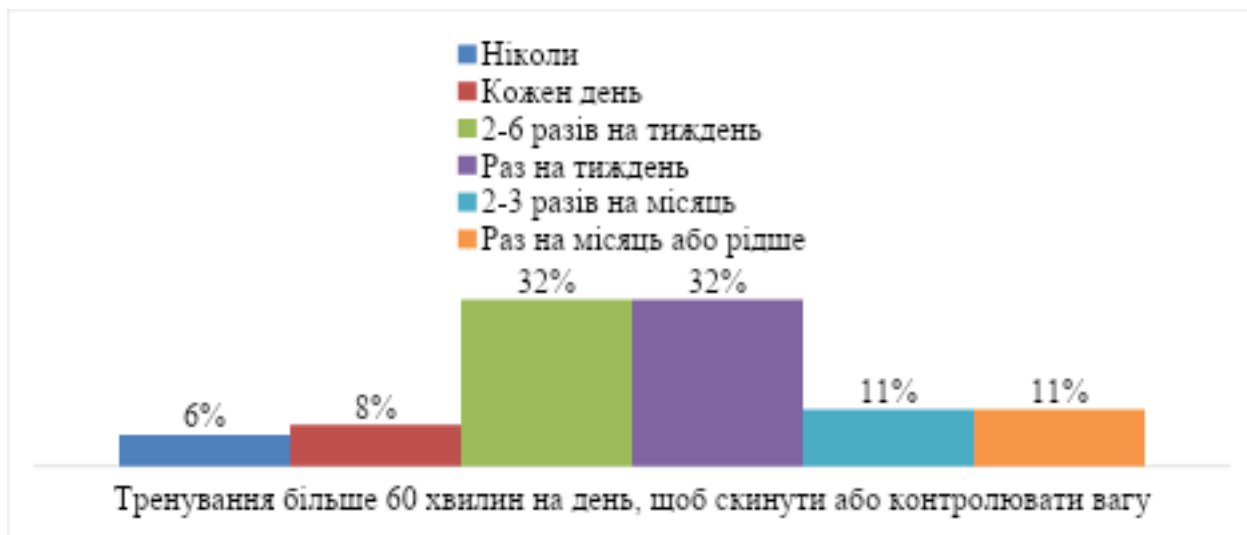


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за частотою виснажливих тренувань з метою контролю ваги

Втрату 10 кг або більше за останні пів року засвідчили 34,7% респондентів, тоді як 65,3% цього не зазнавали (Додаток А, Таблиця А.8). У

той же час лише 18,1 % брали участь у лікуванні розладу харчової поведінки, решта 81,9 % – ні (Додаток А, Таблиця А.9, рис. 2.6).



Рис. 2.6. Розподіл респондентів за фактами втрати 10+кг за останні півроку та лікування від розладу харчової поведінки

За результатами шкали ЕАТ-26, 34,7 % респондентів мали прояви порушень харчової поведінки, тоді як 65,3 % перебували в межах норми (Додаток А, Таблиця А.10, рис. 2.7). Щодо задоволеності власним тілом, 38,9 % повідомили про його відсутність, тоді як 61,1 % виявили задоволення своїм тілом (Додаток А, Таблиця А.11, рис. 2.7).

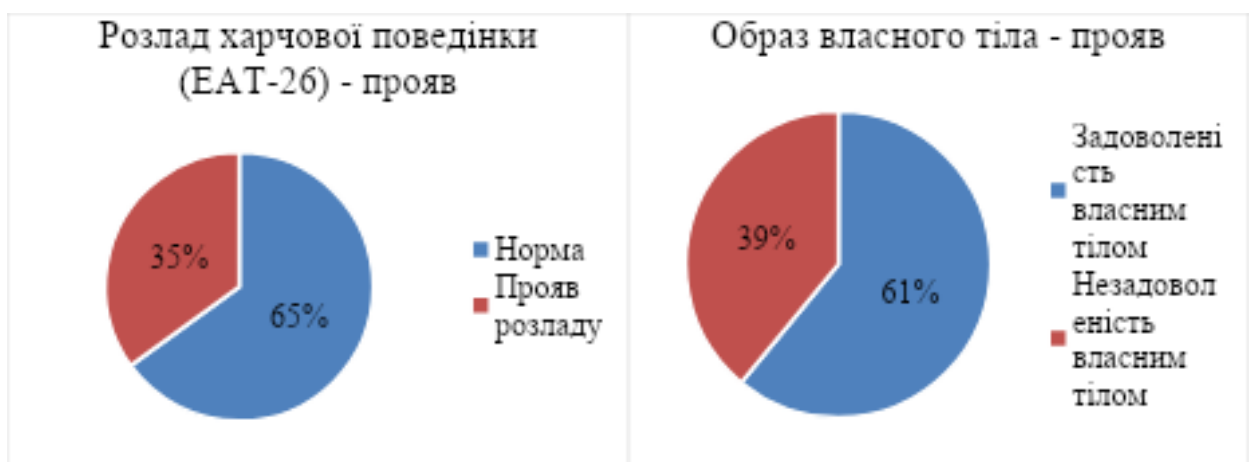


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за рівнями проявів досліджуваних шкал

Середні показники за шкалою ЕАТ-26 засвідчили, що середнє значення для загального показника порушення харчової поведінки становить 13,0 бала, при цьому медіана – 5,0 бала, а стандартне відхилення – 14,9 бала (Додаток

А, Таблиця А.12). Деталізовані дескриптивні статистики щодо окремих психологічних конструктів показали, що найвищі середні бали були зафіксовані на шкалах незадоволеності тілом (7,25), неефективності (4,99), перфекціонізму (5,61), а також недовіри у міжособистісних стосунках (5,53). Варіативність результатів є досить значною, що підтверджується відповідними значеннями стандартного відхилення (Додаток А, Таблиця А.13). За шкалою «Образ власного тіла» середній показник склав 15,9 бала при медіанному значенні 8,0 бала і стандартному відхиленні 14,4 бала, що також вказує на суттєві відмінності між респондентами (Додаток А, Таблиця А.14).

Висновки до розділу 2

У методологічному розділі обґрунтовано підхід до емпіричного дослідження психологічних особливостей харчової поведінки та образу тіла в осіб молодого віку. Було визначено оптимальні психодіагностичні методики, репрезентативну вибірку та процедуру збору даних, що разом забезпечило надійне підґрунтя для подальшого аналізу.

У дослідженні застосовано стандартизовані та валідизовані опитувальники. Зокрема, Тест ЕАТ-26 використано для скринінгу та оцінки харчової поведінки. Цей інструмент є міжнародно визнаним і має високі показники надійності та внутрішньої узгодженості. Методика EDI-3 є однією з найвідоміших та найнадійніших психодіагностичних методик для діагностики психоемоційних характеристик, пов'язаних із порушеннями харчової поведінки. Для оцінки образу тіла була обрана методика Опитувальник образу власного тіла у адаптованій версії, що дає змогу кількісно виміряти рівень невдоволеності та стурбованості власною зовнішністю. Вибір цієї методики зумовлений її доведеною валідністю та надійністю. Застосування цих методик забезпечує отримання достовірних і репрезентативних даних про ключові психологічні конструкти дослідження.

Емпірична вибірка дослідження охопила респондентів обох статей, віком від 18 до 40 років. Загальна кількість учасників становила 72 особи, що відповідає вимогам до статистичної достовірності результатів. Статевий склад вибірки був збалансованим, із дещо більшою часткою дівчат (57%), враховуючи гендерні особливості проблем харчової поведінки та образу тіла. Така структура вибірки вважається оптимальною для дослідження, оскільки вона відображає як універсальні, так і специфічні для статі аспекти досліджуваних явищ.

Основні емпіричні характеристики вибірки засвідчили актуальність проблеми. Значна частина респондентів продемонструвала певні ризикові патерни харчової поведінки та критичне ставлення до власного тіла. Зокрема, за результатами ЕАТ-26 було виявлено, що приблизно 35% учасників

набрали 20 і більше балів, що вказує на ймовірність наявності порушень харчової поведінки у цієї групи. Крім того, більшість опитаних зізналися у періодичних спробах контролю ваги: дотриманні дієт, свідомому обмеженні калорій, пропусканні прийомів їжі та інтенсивних фізичних навантаженнях з метою схуднення. Подібні прояви особливо виражені серед дівчат, що узгоджується з наявними даними про вплив соціального тиску та ідеалів зовнішності на молодь. Водночас частина респондентів продемонструвала відносно збалансовану харчову поведінку та прийняття свого тіла, що свідчить про варіативність досвіду в цій віковій категорії.

Емпірична процедура дослідження була ретельно спланована і дотримувалась етичних норм. Опитування проводилося груповим способом у навчальних закладах, за інформованої згоди учасників. Усі анкети заповнювалися анонімно, що підвищило відвертість відповідей. Процедура передбачала стандартизовані інструкції щодо заповнення опитувальників та однакові умови для всіх респондентів. Збір даних проводився протягом визначеного періоду, після чого результати були зашифровані та підготовлені до статистичного аналізу. Надійність результатів також підкріплена використанням кількох методик для оцінки суміжних показників, що дозволяє перехресно перевірити узгодженість висновків.

Отримані емпіричні дані стали основою для подальшого аналізу у розділі 3. У підсумку методологічне забезпечення дослідження продемонструвало свою ефективність. Узагальнені в цьому розділі підходи і процедури гарантують, що наступний етап базуватиметься на якісному та валідному емпіричному матеріалі, отриманому в ході дослідження.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ З ОБРАЗОМ ТІЛА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

3.1. Соціально-демографічні показники харчової поведінки та образу тіла в групах респондентів

В межах дослідження для вибору коректних статистичних методів першочергово було оцінено нормальність розподілу даних. Результати перевірки нормальності розподілу змінних за допомогою статистичних критеріїв демонструють систематичне відхилення від нормального розподілу для всіх розглянутих показників (Додаток А, Таблиця А.15). Зокрема, значення p для кожної змінної були статистично значущими ($p < 0,001$), що вказує на те, що нульова гіпотеза про нормальність розподілу була відхилена для всіх змінних. Виходячи з цього для аналізу було обрано непараметричні методи.

Аналіз статистично значущих відмінностей між жінками та чоловіками за низкою психометричних показників, пов'язаних з порушеннями харчової поведінки, було здійснено за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні, з огляду на невиконання припущення про нормальність розподілу даних. Результати свідчать про наявність виразних статевих відмінностей за більшістю досліджуваних змінних (Додаток Б, Таблиця Б.1, рис. 3.1).

Насамперед, жінки продемонстрували значно вищі показники за загальним рівнем порушень харчової поведінки за шкалою ЕАТ-26 ($M = 20.10$, $SD = 16.24$), порівняно з чоловіками ($M = 3.68$, $SD = 3.56$), що супроводжувалося дуже високою статистичною значущістю ($p < 0.001$) і великою силою ефекту ($r = 0.614$). Аналогічну динаміку зафіксовано і за субшкалами: прагнення до стрункості ($p < 0.001$; $r = 0.509$), булімія ($p = 0.001$; $r = 0.433$), незадоволеність тілом ($p < 0.001$; $r = 0.608$), а також неефективність

($p < 0.001$; $r = 0.536$). Ці показники свідчать про значно вищий рівень проблематизації харчової поведінки та тілесності серед жінок.

Додатково статистично значущі, хоча менш виражені відмінності були виявлені щодо інтероцептивної некомпетентності ($p = 0.003$; $r = 0.397$) і недовіри у міжособистісних стосунках ($p = 0.040$; $r = 0.279$), де жінки також мали вищі оцінки. Ці результати можуть вказувати на певну схильність жінок до порушень сприйняття внутрішніх тілесних сигналів і зниженої міжособистісної довіри як факторів, що супроводжують або зумовлюють порушення харчової поведінки.

Єдиною змінною, за якою не було зафіксовано статистично значущої гендерної відмінності, виявився перфекціонізм ($p = 0.166$; $r = 0.188$). Хоча середнє значення в чоловіків було навіть дещо вищим ($M = 5.58$), порівняно з жінками ($M = 5.17$), різниця не досягла рівня статистичної значущості, що може свідчити про приблизно однаковий рівень перфекціоністських установок у представників обох статей.

Нарешті, результати порівняння за змінною "образ власного тіла" вказують на дуже виразну гендерну розбіжність: жінки продемонстрували в середньому майже вчетверо вищі оцінки ($M = 23.51$, $SD = 14.88$), ніж чоловіки ($M = 5.81$, $SD = 3.46$), що супроводжувалося значним розміром ефекту ($r = 0.596$; $p < 0.001$). Це підтверджує, що у жінок образ тіла частіше набуває проблемного або негативного забарвлення, що є характерною ознакою ризику для розвитку порушень харчової поведінки.

У сукупності отримані дані вказують на статистично і практично значущу специфіку в динаміці проявів порушень харчової поведінки та пов'язаних психологічних конструктів, що потребує врахування в контексті психодіагностики, профілактики й психотерапії зазначених станів.

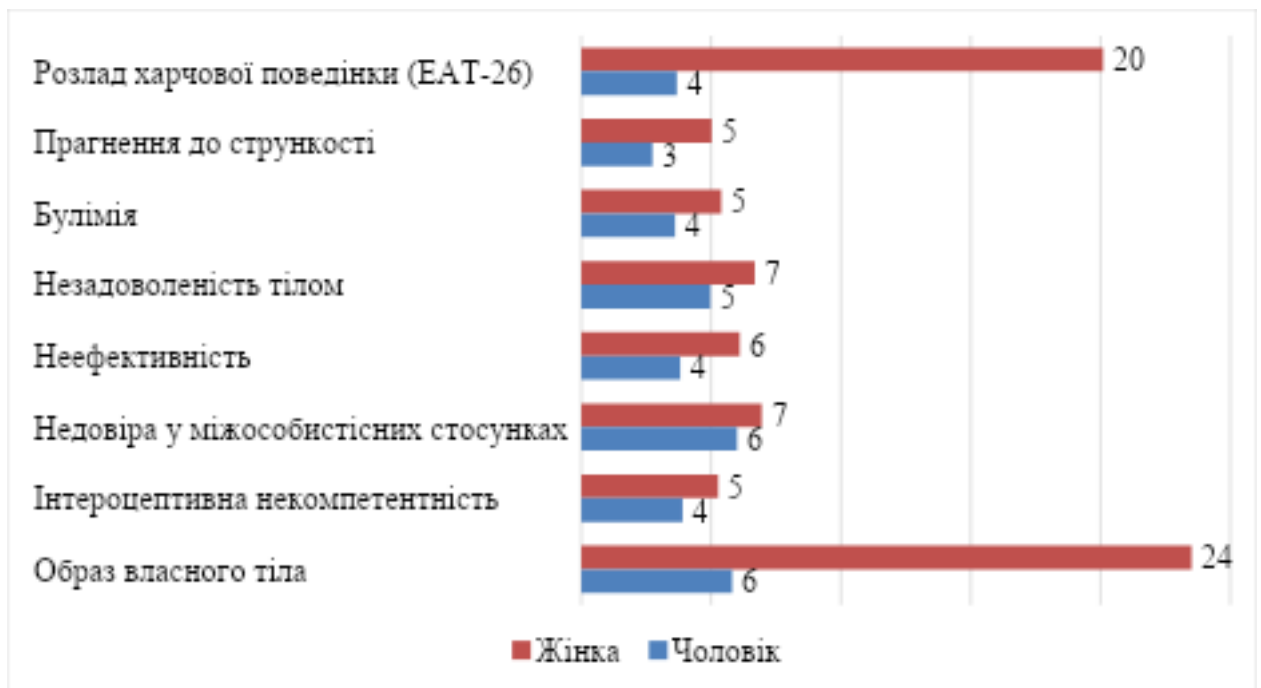


Рис. 3.1. Статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками

Порівняльний аналіз між групами учасників, які перебувають в Україні та за кордоном, проведений за допомогою критерію Манна-Уїтні, виявив лише одну статистично значущу відмінність серед усіх досліджуваних змінних. Це дозволяє зробити висновок про загальну подібність психологічних характеристик двох вибірок у контексті порушень харчової поведінки, хоча окремі тенденції заслуговують на увагу (Додаток Б, Таблиця Б.2, рис. 3.2).

Єдиним показником, за яким було зафіксовано статистично значущу різницю ($p = 0.003$), стала субшкала булімії. Учасники, які перебували в Україні, мали вищі середні бали ($M = 5.18$, $SD = 3.09$), ніж ті, хто перебував за кордоном ($M = 3.75$, $SD = 3.09$), при цьому сила ефекту була помірною ($r = 0.397$). Ця різниця може свідчити про вищий рівень булімічних тенденцій серед молоді, що залишилась в Україні, ймовірно, як відповідь на підвищений рівень стресу, пов'язаний із соціальними або воєнними обставинами.



Рис. 3.2. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від місця перебування

Інші показники, попри певні відмінності у середніх значеннях, не продемонстрували статистично значущих різниць між групами. Наприклад, середній бал за шкалою порушень харчової поведінки (EAT-26) був вищим у респондентів з України ($M = 14.41$), ніж у тих, хто перебуває за кордоном ($M = 10.86$), однак ця різниця не досягла рівня статистичної значущості ($p = 0.862$; $r = 0.025$). Аналогічно, не було виявлено значущих відмінностей за показниками прагнення до стрункості, незадоволеності тілом, неефективності, інтероцептивної некомпетентності чи образу власного тіла, хоча в усіх випадках середні значення для респондентів в Україні були вищими.

Незначні відмінності спостерігалися й за шкалою прагнення до стрункості ($p = 0.156$; $r = 0.193$), де тенденційно вищі значення мали учасники з України ($M = 4.45$), порівняно з тими, хто перебуває за кордоном ($M = 3.39$), що може свідчити про дещо підвищений рівень занепокоєння щодо зовнішнього вигляду серед респондентів у межах країни. Водночас, жодна з решти змінних, включно з перфекціонізмом, недовірою у міжособистісних стосунках та образом тіла, не виявила суттєвих різниць між групами.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що місцезнаходження респондентів – в Україні чи за її межами – загалом не зумовлює суттєвих

відмінностей у вираженості більшості показників, пов'язаних із порушеннями харчової поведінки. Єдиним винятком є вираженість булімічних тенденцій, які виявилися вищими у тих, хто перебуває в Україні, що може вказувати на контекстуально обумовлений вплив зовнішніх стресогенних факторів.

Порівняльний аналіз між учасниками, які протягом останніх шести місяців зазнали втрати 10 кг або більше, та тими, хто такої втрати не мав, дозволив виявити низку статистично значущих відмінностей за показниками порушень харчової поведінки та супровідних психологічних характеристик (Додаток Б, Таблиця Б.3, рис. 3.3). Отримані результати демонструють, що значна втрата маси тіла пов'язана з вищими значеннями за низкою шкал, що може вказувати як на можливу наявність порушень харчової поведінки, так і на психологічні чинники, які їх супроводжують або зумовлюють.

Значуща відмінність була виявлена за загальним показником шкали EAT-26. Учасники, які втратили 10 кг або більше, продемонстрували значно вищі результати ($M = 19.48$, $SD = 13.29$), ніж ті, хто не мав такої втрати ваги ($M = 9.60$, $SD = 14.64$). Ця відмінність була статистично значущою ($p < 0.001$), а сила ефекту – великою ($r = 0.607$), що свідчить про істотні розбіжності між групами. Подібна динаміка спостерігалась за шкалою прагнення до стрункості ($p < 0.001$; $r = 0.571$): респонденти з втратою ваги мали значно вищі бали ($M = 6.44$), ніж інші учасники ($M = 2.77$), що може вказувати на підвищену фіксацію на зовнішності та ідеалі «стрункого тіла».

Значущими були й відмінності за шкалою неефективності ($p = 0.002$; $r = 0.441$), де респонденти з втратою ваги знову мали вищі показники ($M = 6.92$) у порівнянні з контрольною групою ($M = 4.15$), що може свідчити про нижчу самооцінку або відчуття внутрішньої некомпетентності у цієї групи. Крім того, статистично значущі розбіжності були виявлені також за шкалою булімії ($p = 0.040$; $r = 0.283$) та образу власного тіла ($p = 0.038$; $r = 0.298$), де учасники з втратою ваги продемонстрували вищі значення, що вказує на більшу проблематизацію харчової поведінки та власного тіла.

Додатково, за шкалою недовіри у міжособистісних стосунках було виявлено помірну за силою, але статистично значущу відмінність ($p = 0.012$; $r = 0.354$), що свідчить про вищий рівень міжособистісної настороженості серед респондентів із різкою втратою ваги.

Натомість відмінності за іншими шкалами – зокрема незадоволеністю тілом ($p = 0.074$), перфекціонізмом ($p = 0.052$) та інтероцептивною некомпетентністю ($p = 0.114$) – не досягли порогу статистичної значущості, хоча в усіх випадках також спостерігалася тенденція до вищих середніх значень у групі з втратою маси тіла.

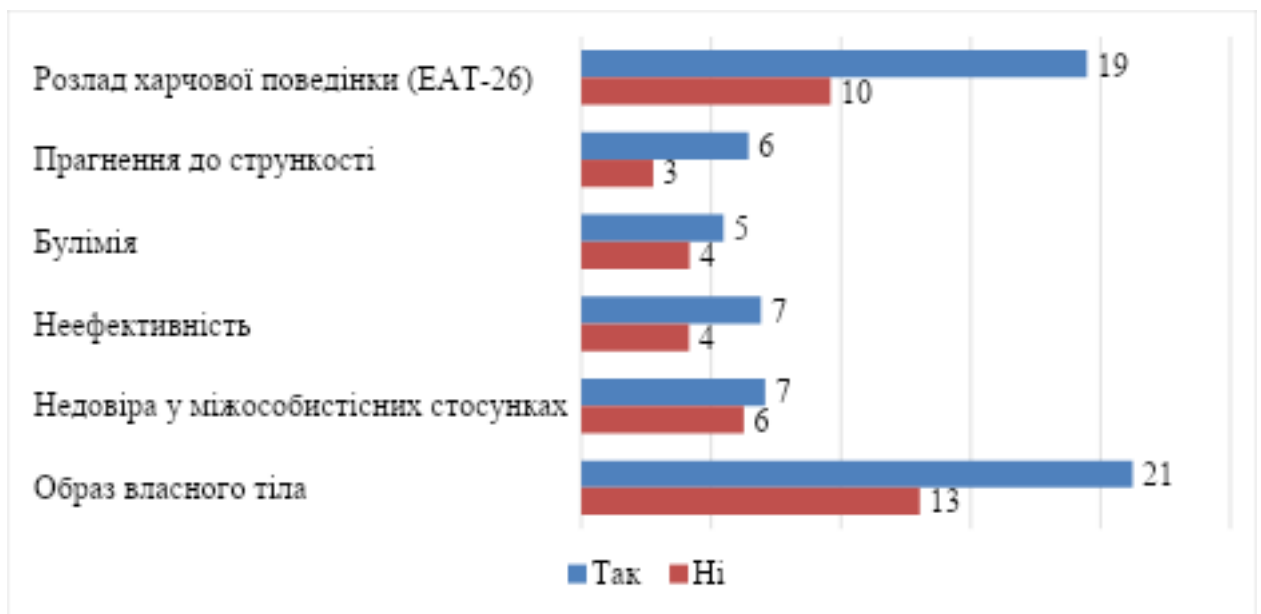


Рис. 3.3. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від факту різкої втрати ваги

Отже, результати аналізу дозволяють зробити висновок, що різка втрата ваги (10 кг або більше протягом останніх шести місяців) супроводжується вищим рівнем вираженості ключових симптомів, пов'язаних із порушеннями харчової поведінки, а також низкою несприятливих психологічних характеристик. Це може свідчити як про потенційні ризики формування клінічно значущих розладів, так і про необхідність скринінгового психологічного супроводу осіб із подібними змінами у фізичному стані.

Порівняльний аналіз між респондентами, які повідомили про проходження лікування з приводу розладів харчової поведінки, та тими, хто не мав відповідного досвіду, виявив глибокі та статистично значущі відмінності за ключовими клінічними показниками та супровідними психологічними конструкціями (Додаток Б, Таблиця Б.4, рис. 3.4). Ці результати вказують на суттєву відмінність у вираженості розладу харчової поведінки та пов'язаних особистісних характеристик залежно від історії лікування.

Насамперед, респонденти з досвідом лікування демонстрували значно вищий загальний показник за шкалою EAT-26 ($M = 27.77$, $SD = 9.44$), у порівнянні з тими, хто лікування не проходив ($M = 9.78$, $SD = 13.88$). Різниця була високозначущою ($p < 0.001$), а розмір ефекту надзвичайно сильним ($r = 0.718$), що вказує на серйозні розбіжності у рівні симптоматики між цими двома групами. Відмінності такого масштабу є діагностично значущими і свідчать про клінічно виражену симптоматику у групі з досвідом лікування.

Аналогічно високі ефекти спостерігалися за шкалами прагнення до стрункості ($p < 0.001$; $r = 0.730$) та незадоволеності тілом ($p < 0.001$; $r = 0.687$). Учасники, які проходили лікування, мали значно вищі оцінки за цими параметрами, що підтверджує відому тенденцію до інтенсивнішої проблематизації власного тіла та зовнішності серед осіб із клінічними проявами розладів харчової поведінки. Високі значення були також виявлені за шкалою неефективності ($p < 0.001$; $r = 0.617$), що свідчить про характерне зниження самооцінки й емоційної впевненості у власній ефективності в осіб, які проходили лікування.

Цікаво, що значущою виявилася й відмінність за шкалою булімії ($p = 0.007$; $r = 0.460$): середній бал у групі з лікуванням склав 6.85, тоді як у контрольній групі – 4.14. Це свідчить про те, що навіть після звернення по допомогу поведінкові прояви можуть залишатися значно вираженими. Відмінність також була зафіксована за шкалою інтероцептивної некомпетентності ($p = 0.005$; $r = 0.485$), що вказує на труднощі у

розпізнаванні та інтерпретації власних тілесних та емоційних станів у цієї групи.

Окремої уваги заслуговує показник образу власного тіла: середній бал у групі респондентів, які проходили лікування, був більш ніж удвічі вищим ($M = 29.31$), ніж у решти учасників ($M = 12.93$), що супроводжувалося високим рівнем значущості ($p = 0.001$) та сильним ефектом ($r = 0.578$). Цей результат підтверджує, що негативне сприйняття тіла є центральною характеристикою клінічного профілю розладів харчової поведінки.

Натомість, за шкалою недовіри у міжособистісних стосунках не було виявлено статистично значущої різниці ($p = 0.415$; $r = 0.143$), а отже міжособистісна сфера, на відміну від тілесної та емоційної, може не бути критичною у диференціації респондентів із досвідом лікування та без нього. Цікаво, що за шкалою перфекціонізму спостерігалася статистично значуща, але зворотна за напрямом відмінність ($p = 0.004$; $r = 0.510$): особи без досвіду лікування мали дещо вищі показники ($M = 5.59$) порівняно з тими, хто його проходив ($M = 4.23$). Це може свідчити або про зміни перфекціоністських установок у процесі терапії, або про інші компенсаторні механізми.

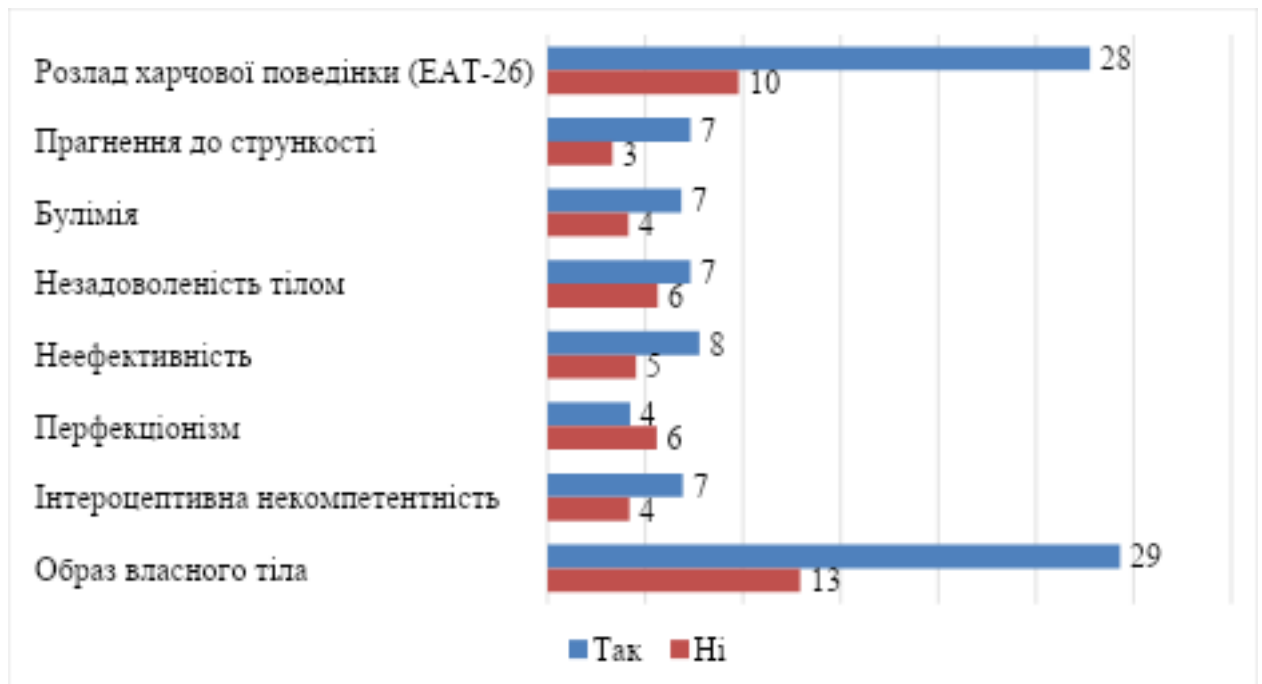


Рис. 3.4. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від факту лікування розладів харчової поведінки

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що досвід лікування розладів харчової поведінки пов'язаний з істотно вищими показниками за більшістю шкал, зокрема тими, що відображають клінічну симптоматику, ставлення до тіла та емоційне функціонування. Це свідчить про наявність стабільного й диференційованого патопсихологічного профілю у респондентів із досвідом лікування.

Порівняння між респондентами, які за результатами шкали ЕАТ-26 не виявляли ознак розладів харчової поведінки (група «Норма»), та тими, у кого спостерігалися його прояви (група «Прояв розладів»), виявило статистично значущі й надзвичайно виразні відмінності за низкою психологічних показників, що формують патопсихологічний профіль розладу харчової поведінки (Додаток Б, Таблиця Б.5, рис. 3.5). Дані демонструють різко виражену симптоматику у респондентів з проявами розладів харчової поведінки, що чітко відокремлює їх від осіб без клінічних ознак.

Найбільш різюча відмінність спостерігалася за шкалами прагнення до стрункості, незадоволеності тілом, неефективності та інтероцептивної некомпетентності. Усі ці змінні показали максимальні статистичні розбіжності ($p < 0.001$), з критично високими значеннями розміру ефекту ($r > 0.96$ для прагнення до стрункості, незадоволеності тілом і образу тіла; $r = 0.985$ для неефективності). Наприклад, за прагненням до стрункості респонденти з проявами порушень харчової поведінки набрали в середньому 7.52 бала, тоді як учасники без проявів – лише 2.19 бала, що демонструє різючу різницю у фіксації на контролі зовнішнього вигляду. Аналогічно, за інтероцептивною некомпетентністю – що відображає труднощі у розпізнаванні тілесних і емоційних сигналів – респонденти з проявами розладів мали вдвічі вищі оцінки ($M = 7.68$), ніж решта ($M = 3.09$), що свідчить про системну дезінтеграцію тілесного самосприйняття.

Значущою також виявилася різниця за шкалою булімії ($p < 0.001$; $r = 0.765$), де респонденти з проявами порушення харчової поведінки мали

стабільно високі показники ($M=7.04$), тоді як інші – помітно нижчі ($M=3.34$), що свідчить про частіші епізоди переїдання або компенсаторної поведінки. Водночас показник образу власного тіла був надзвичайно відмінним: середній бал у групі з проявами порушення становив 33.24, а в нормальній групі – лише 6.66, що не лише підкреслює глибину тілесної незадоволеності, але й свідчить про її центральне місце в симптомокомплексі порушення харчової поведінки ($r=0.959$).

Додатково, значуща відмінність була виявлена за шкалою недовіри у міжособистісних стосунках ($p < 0.001$; $r = 0.660$), де респонденти з проявами порушення харчової поведінки продемонстрували вищий рівень міжособистісної настороженості ($M=7.80$ проти $M=5.87$), що може вказувати на ускладнення соціального функціонування. Натомість, за шкалою перфекціонізму статистично значущих розбіжностей виявлено не було ($p=0.364$; $r=0.129$), що свідчить про порівняну інтенсивність перфекціоністських установок у обох групах.

Таким чином, прояви порушення харчової поведінки за шкалою ЕАТ-26 супроводжуються радикальним погіршенням цілого ряду психологічних характеристик, пов'язаних із тілесністю, емоційною регуляцією, ефективністю та соціальним функціонуванням. Ці відмінності мають як статистичну, так і клінічну значущість, підтверджуючи валідність класифікації за ЕАТ-26 як діагностичного маркера ризику.

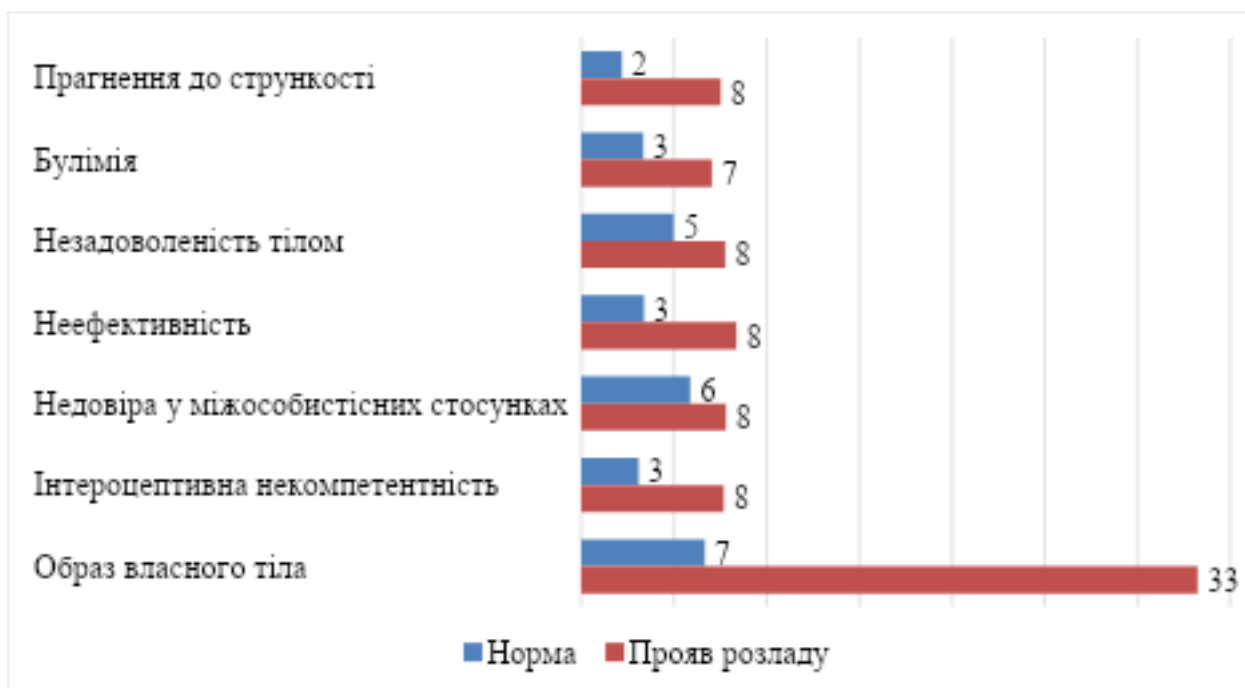


Рис. 3.5. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від факту лікування від результатів шкали ЕАТ-26

Порівняння між респондентами, які висловили задоволення власним тілом, та тими, хто повідомив про незадоволеність, виявило систематичні, високостатистично значущі й глибокі відмінності за всіма ключовими показниками, пов'язаними з порушеннями харчової поведінки та супровідними психоемоційними характеристиками (Додаток Б, Таблиця Б.6, рис. 3.6). Дані свідчать про те, що незадоволеність власним тілом є одним із найпотужніших маркерів дезадаптивних психологічних процесів, які підвищують ризик розвитку або підтримання порушення харчової поведінки.

Найбільш помітні розбіжності зафіксовано за шкалами прагнення до стрункості, неефективності, інтероцептивної некомпетентності та загального рівня порушення харчової поведінки за ЕАТ-26, де значення статистики Манна-Уїтні дорівнювали або були близькими до 0, а розмір ефекту сягав максимальної теоретичної межі ($r = 1.000$ або близько до цього). Наприклад, респонденти з незадоволеністю тілом набрали в середньому 7.36 бала за прагненням до стрункості, у той час як середній бал у задоволених – лише 1.93, що вказує на майже п'ятиразову різницю у вираженості цього

показника. Подібний розрив спостерігається й за шкалою неефективності ($M = 8.21$ проти $M = 3.14$) і шкалою ЕАТ-26 ($M = 28.21$ проти $M = 3.36$), що є особливо тривожним з огляду на клінічну значущість цих індикаторів.

Високозначуща й сильна різниця була виявлена також за шкалою булімії ($p < 0.001$; $r = 0.825$): учасники з незадоволеністю тілом мали середнє значення 7.04 бала, тоді як у задоволених – лише 3.09 бала. Ці дані свідчать про вищу ймовірність деструктивної компенсаторної поведінки у респондентів, що негативно сприймають власне тіло. Також суттєвою є відмінність за незадоволеністю тілом як субшкалою ($M = 7.46$ у незадоволених проти $M = 4.98$ у задоволених; $p < 0.001$; $r = 0.881$), що концептуально узгоджується з груповим поділом і засвідчує валідність вимірювання.

Крім того, значущими були й розбіжності за інтероцептивною некомпетентністю ($p < 0.001$; $r = 0.938$), що може вказувати на глибше порушення тілесної свідомості у незадоволених тілом осіб. Недовіра у міжособистісних стосунках також була вищою серед респондентів із незадоволеністю тілом ($M = 7.71$ проти $M = 5.80$; $p < 0.001$; $r = 0.681$), що може свідчити про їхню більшу міжособистісну вразливість і тривожність.

Натомість перфекціонізм не продемонстрував значущих відмінностей між групами ($p = 0.697$; $r = 0.054$), що дає підстави припускати, що цей фактор є незалежним від задоволеності тілом і, ймовірно, має інший механізм впливу на харчову поведінку або загальне функціонування особистості.



Рис. 3.6. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від факту лікування від результатів шкали образу власного тіла

Узагальнюючи, отримані результати підтверджують, що незадоволеність власним тілом тісно пов'язана з усіма основними характеристиками, властивими порушеннями харчової поведінки, включно з афективною та когнітивною дезрегуляцією, деструктивною поведінкою та зниженим емоційним контактом із власним тілом. Висока сила ефектів і послідовність результатів свідчать про критичну важливість тілесного самосприйняття в структурі психопатології порушення харчової поведінки.

Результати непараметричного дисперсійного аналізу за критерієм Крускала–Уолліса виявили статистично значущі відмінності між віковими групами за всіма основними змінними, що стосуються порушень харчової поведінки та супутніх психологічних конструктів ($p < 0.05$), зокрема за такими змінними, як загальний рівень порушення харчової поведінки, прагнення до стрункості, булімія, незадоволеність тілом, неефективність, недовіра у міжособистісних стосунках, інтероцептивна некомпетентність та образ власного тіла (Додаток Б, Таблиця Б.7, рис. 3.8).

Найвищі рівні порушень харчової поведінки спостерігалися у групах 18-20 (M = 24.75) та 21-23 років (M = 35.50), тоді як у вікових групах 24-30 (M = 12.91) і 31-40 років (M = 4.50) ці показники були значно нижчими ($\chi^2 = 26.91$; $p < 0.001$). Це свідчить про виражену вікову чутливість до симптоматики порушення харчової поведінки у ранньому періоді.

Подібна динаміка простежується і за прагненням до стрункості, де найвищі показники були у групах 21-23 (M = 6.50) та 13-20 років (M = 6.00), тоді як у старших групах рівень цього показника поступово знижувався: 24-30 років (M = 3.59), 31-40 років (M = 3.16) ($\chi^2 = 13.94$; $p = 0.003$). Це дозволяє припустити, що фіксація на ідеалі стрункості є найбільш інтенсивною у ранньому юнацькому віці.

Значущі відмінності були також виявлені за показником булімії ($\chi^2 = 11.46$; $p = 0.009$): найвищі значення мали респонденти 18-20 (M = 6.75) та 21-23 років (M = 6.50), порівняно з учасниками 24-30 (M = 4.45) та 31-40 років (M = 3.59), що свідчить про зниження ймовірності булімічної поведінки з віком.

Щодо незадоволеності тілом, найвищі середні значення були зафіксовані у групі 21-23 років (M = 7.50), за нею йде група 18-20 років (M = 7.25), а значно нижчі показники спостерігалися у респондентів 24-30 (M = 6.23) та особливо 31-40 років (M = 4.97) ($\chi^2 = 30.52$; $p < 0.001$). Цей результат підтверджує зростання тілесної впевненості з віком.

За шкалою неефективності спостерігалася чітка вікова градація: найвищі середні значення у групах 18-20 (M = 8.00) і 21-23 років (M = 8.00), помірні – у групі 24-30 (M = 6.23), і суттєво нижчі у групі 31-40 років (M = 2.72) ($\chi^2 = 34.18$; $p < 0.001$). Це свідчить про поступове підвищення суб'єктивного відчуття ефективності з набуттям зрілості.

Різниця за шкалою перфекціонізму була менш вираженою, хоча також досягла рівня статистичної значущості ($\chi^2 = 8.14$; $p = 0.043$). Найвищі значення спостерігалися у групі 21-23 років (M = 6.50), тоді як у 18-20

($M = 4.50$), 24-30 ($M = 5.86$) та 31-40 років ($M = 5.09$) показники були більш помірними.

За шкалою недовіри у міжособистісних стосунках найвищі значення мали респонденти 18-20 років ($M = 8.00$), поступово знижуючись у групах 21-23 ($M = 7.00$), 24-30 ($M = 6.73$) та 31-40 років ($M = 5.78$) ($\chi^2 = 18.84$; $p < 0.001$). Ця динаміка вказує на вікову еволюцію довіри та міжособистісної стабільності.

Інтероцептивна некомпетентність – ще один критично важливий показник у контексті порушення харчової поведінки – також демонструє чітку вікову тенденцію: найвищі значення були у групах 18-20 ($M = 7.50$) і 21-23 ($M = 7.50$), середні – у 24-30 ($M = 5.14$), а найнижчі – у 31-40 років ($M = 2.78$) ($\chi^2 = 22.10$; $p < 0.001$), що свідчить про зростання здатності розпізнавати внутрішні сигнали у старшому віці.

Нарешті, образ власного тіла був найгіршим у групі 21-23 років ($M = 32.00$) та 18-20 років ($M = 28.75$), порівняно з 24-30 ($M = 15.32$) та 31-40 років ($M = 8.44$) ($\chi^2 = 31.55$; $p < 0.001$), що підтверджує особливо критичне ставлення до власного тіла у ранньому юнацькому періоді.

Таким чином, отримані результати свідчать про виражені вікові відмінності у психопатологічних та особистісних характеристиках, пов'язаних з ризиком розвитку порушень харчової поведінки. Ранній юнацький вік виявляється періодом максимальної вразливості, що вимагає пріоритетної уваги з боку профілактичних програм, освітніх інтервенцій та психотерапевтичної підтримки.



Рис. 3.7. Статистично значущі відмінності між респондентами, залежно від віку

3.2. Аналіз взаємозв'язків проявів харчової поведінки та образу тіла

Кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена виявив сильні й статистично значущі асоціації між харчової поведінки (порушення харчової поведінки) за шкалою ЕАТ-26, образом власного тіла та низкою супутніх психологічних характеристик харчової поведінки (Додаток Б, Таблиця Б.8, рис. 3.8). Результати свідчать про те, що більш виражені прояви порушення харчової поведінки та негативного образу тіла систематично пов'язані з емоційною дезрегуляцією, когнітивними спотвореннями, а також з тенденціями до деструктивної харчової поведінки.

Між загальним рівнем порушення харчової поведінки та образом власного тіла виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок ($\rho = 0.706$; $p < 0.001$), що підтверджує тісну асоціацію між харчової поведінки та негативним тілесним самосприйняттям. Цей взаємозв'язок знаходить подальше підтвердження в аналізі субшкал: зокрема, прагнення до стрункості є найбільш тісно пов'язаним як з ЕАТ-26 ($\rho = 0.851$; $p < 0.001$), так і з образом тіла ($\rho = 0.783$; $p < 0.001$). Це свідчить про ключову роль цього конструкту у формуванні як клінічної симптоматики, так і естетично-тілесної незадоволеності.

Також встановлено сильні позитивні кореляції між порушенням харчової поведінки та неефективністю ($\rho = 0.804$; $p < 0.001$), а також між образом тіла і тим самим показником ($\rho = 0.956$; $p < 0.001$). Останній результат особливо примітний, оскільки майже повна кореляція вказує на глибоку внутрішню взаємопов'язаність між тілесним образом і відчуттям власної некомпетентності або безпорадності, що може мати діагностичну та прогностичну цінність.

Додатково, булімія продемонструвала помірний зв'язок з розладом харчової поведінки ($\rho = 0.532$; $p < 0.001$), але дуже сильний – з образом тіла ($\rho = 0.804$; $p < 0.001$), що вказує на тісний зв'язок між компенсаторною поведінкою та тілесною незадоволеністю. Аналогічно, незадоволеність тілом

також мала високі коефіцієнти кореляції як з ЕАТ-26 ($\rho = 0.788$; $p < 0.001$), так і з образом тіла ($\rho = 0.754$; $p < 0.001$).

Суттєві асоціації встановлено і для інтероцептивної некомпетентності, яка демонструвала високу кореляцію як з ЕАТ-26 ($\rho = 0.625$; $p < 0.001$), так і, особливо, з образом тіла ($\rho = 0.913$; $p < 0.001$). Це вказує на те, що порушення здатності розпізнавати власні тілесні сигнали є важливим фактором формування як харчової поведінки, так і проблематичного тілесного самосприйняття.

Окремо слід зазначити, що перфекціонізм не продемонстрував значущих кореляцій ні з ЕАТ-26 ($\rho = 0.139$; $p = 0.246$), ні з образом тіла ($\rho = 0.005$; $p = 0.969$). Це може свідчити про незалежний характер цього конструкту від клінічної та тілесної симптоматики в межах даної вибірки, або ж про специфіку його прояву, що не є лінійно пов'язаною з оціненими змінними.

	Розлад харчової поведінки (ЕАТ-26)	Образ власного тіла
Образ власного тіла	0,706***	—
Прагнення до стрункості	0,851***	0,783***
Булімія	0,532***	0,804***
Незадоволеність тілом	0,788***	0,754***
Неефективність	0,804***	0,956***
Перфекціонізм		
Недовіра у міжособистісних стосунках	0,661***	0,776***
Інтероцептивна некомпетентність	0,625***	0,913***

Примітка. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Рис. 3.8. Взаємозв'язки між проявами харчової поведінки, образом власного тіла та симптомами розладу харчової поведінки за методикою ЕАТ-26

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують структурні єдності харчової поведінки, тілесним образом і низкою

афективно-когнітивних характеристик. Особливе значення в цій системі мають прагнення до стрункості, неефективність та інтероцептивна некомпетентність як центральні фактори, що підтримують і посилюють патологічні патерни харчової поведінки.

3.3. Дослідження впливу проявів харчової поведінки на образ тіла та схильність до порушення харчової поведінки

Множинна лінійна регресія, проведена з метою виявлення предикторів загального рівня порушень харчової поведінки (EAT-26), продемонструвала високі показники узгодженості моделі з емпіричними даними. Зокрема, загальна модель була статистично значущою ($F(7, 64) = 87.0; p < .001$), при цьому коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.905$ вказує, що приблизно 90.5% дисперсії залежної змінної пояснюється включеними до моделі предикторами (Додаток Б, Таблиця Б.9, рис. 3.9). Скориговане значення R^2 (0.894) підтверджує високу якість моделі навіть з урахуванням кількості змінних. Середня квадратична похибка становила 4.55, що є прийнятною в контексті масштабу шкали EAT-26.

У межах моделі було виявлено два статистично значущих предиктори порушення харчової поведінки: прагнення до стрункості ($\beta = 0.281; t = 4.23; p < .001$) та незадоволеність тілом ($\beta = 0.666; t = 10.82; p < .001$). Обидва чинники позитивно пов'язані з рівнем порушень харчової поведінки і виступають сильними предикторами клінічної симптоматики. Зокрема, кожне підвищення на 1 бал за шкалою незадоволеності тілом асоціюється в середньому з підвищенням на 6.44 бала за шкалою EAT-26, що свідчить про її критичну роль у формуванні харчових порушень. Вплив прагнення до стрункості є дещо менш вираженим, проте також суттєвим – збільшення цього показника на 1 бал передбачає підвищення на 1.24 бала за EAT-26.

Інші змінні, включені до моделі, не виявили статистично значущого впливу. Зокрема, булімія ($p = .111$), неефективність ($p = .791$), перфекціонізм ($p = .903$), недовіра в міжособистісних стосунках ($p = .061$) та інтероцептивна некомпетентність ($p = .578$) не демонстрували незалежного внеску в пояснення варіативності показника порушення харчової поведінки. Примітно, що деякі з цих змінних (особливо булімія та недовіра) мали помірні ефекти в однофакторному аналізі, проте втратили значущість у

контексті контролю впливу інших чинників, що може свідчити про їхню опосередковану дію або кореляційну зумовленість.

Оцінка припущень моделі виявила відхилення від нормальності залишків, зокрема за критерієм Шапіро-Уїлка ($W = 0.947$; $p = .004$) та Андерсона-Дарлінга ($A = 1.46$; $p < .001$), що свідчить про певне порушення нормального розподілу помилок. Додатково, тест Бройша-Пагана виявив гетероскедастичність ($\chi^2 = 24.3$; $p < .001$), що означає нерівномірність дисперсій залишків, хоча результати тесту Голдфельда-Квандта були на межі значущості ($p = .070$). Разом з тим, тест Дарбіна-Вотсона ($DW = 2.19$; $p = .400$) не виявив автокореляції залишків, що підтримує незалежність помилок.

Аналіз мультиколінеарності виявив підвищені значення VIF для деяких предикторів, зокрема неефективності ($VIF = 5.87$), інтероцептивної некомпетентності ($VIF = 4.35$) та недовіри ($VIF = 4.27$), що вказує на наявність кореляцій між предикторами, які можуть зменшувати стабільність оцінок. Водночас для головних предикторів (незадоволеності тілом, прагнення до стрункості) ці показники не перевищували критичних меж ($VIF < 3$).

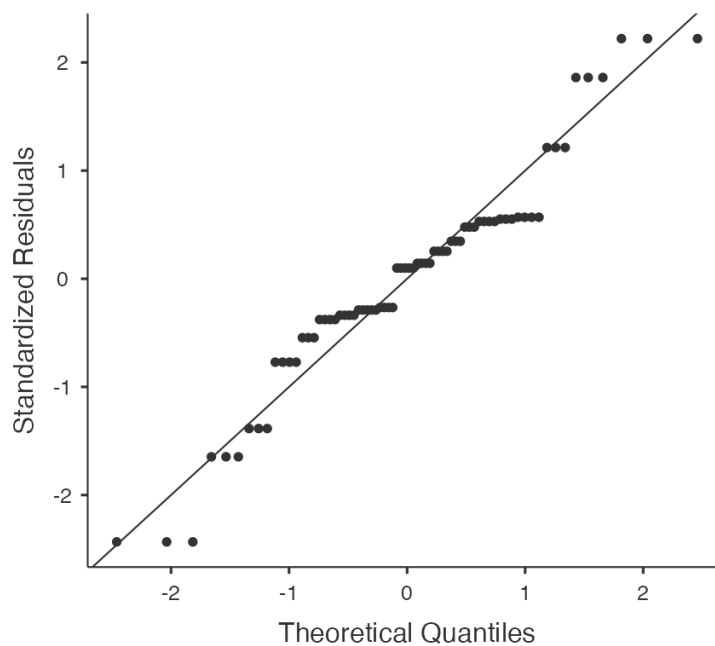


Рис. 3.9. Q–Q-графік стандартизованих залишків моделі множинної лінійної регресії предикторів загального рівня порушень харчової поведінки (ЕАТ-26)

Узагальнюючи, модель регресії підтверджує, що незадоволеність тілом і прагнення до стрункості виступають ключовими предикторами порушень харчової поведінки. Їх домінантна роль свідчить про те, що саме тілесно-образні когніції мають найбільший вплив на формування симптоматики порушення харчової поведінки в обстеженій вибірці. Інші психологічні чинники, хоч і можуть бути важливими в інших контекстах, у цій моделі не набули самостійного прогностичного значення.

Модель множинної лінійної регресії, побудована з метою прогнозування ставлення до власного тіла на основі психопатологічних характеристик, виявилась статистично значущою та добре узгодженою з емпіричними даними ($F(7, 64) = 116; p < .001$), з високим рівнем пояснювальної здатності: $R^2 = 0.927$, скориговане $R^2 = 0.919$ (Додаток Б, Таблиця Б.10, рис. 3.10). Це означає, що 92.7% варіації в оцінках образу власного тіла можна пояснити сукупною дією семи включених змінних. Значення RMSE становить 3.87, що свідчить про низький середній рівень помилок у моделі.

Серед включених предикторів, найбільш вагомим за силою та значущістю впливу виявився показник незадоволеності тілом, який мав найвищий стандартизований коефіцієнт ($\beta = 0.464; t = 8.60; p < .001$). Це підтверджує, що індивіди, які мають вищий рівень незадоволеності власним тілом, демонструють значно гірший загальний образ тіла (тобто більш негативне ставлення до нього).

Також статистично значущими предикторами стали інтероцептивна некомпетентність ($\beta = 0.220; t = 3.12; p = .003$), перфекціонізм ($\beta = -0.106; t = -2.73; p = .008$), прагнення до стрункості ($\beta = 0.134; t = 2.30; p = .025$) та недовіра у міжособистісних стосунках ($\beta = 0.142; t = 2.03; p = .047$). Позитивні регресійні коефіцієнти для більшості з них (окрім перфекціонізму) свідчать про те, що зростання показників цих змінних асоціюється з погіршенням ставлення до власного тіла. Негативний вплив перфекціонізму

може бути пов'язаний з уникненням самокритики або схильністю до ідеалізації, проте для його інтерпретації доцільне подальше дослідження.

Зі свого боку, змінні булімія ($p = .238$) та неефективність ($p = .196$) не виявили статистично значущого внеску в пояснення варіативності показника образу тіла, що може свідчити про їх опосередкований характер або надмірне перекриття з іншими змінними моделі.

Аналіз припущень моделі вказав на порушення нормальності розподілу залишків за критеріями Шапіро–Уїлка ($W = 0.900$; $p < .001$) та Андерсона–Дарлінга ($A = 1.32$; $p = .002$), що є важливим застереженням при інтерпретації результатів. Також виявлена гетероскедастичність за тестом Бройша-Пагана ($\chi^2 = 19.1$; $p = .008$), хоч інші тести (Голдфельда-Квандта та Гаррісона-Маккейба) не підтвердили порушення. Водночас, автокореляція залишків була присутня, про що свідчить значуще значення тесту Дарбіна–Вотсона ($DW = 2.80$; $p < .001$), що вимагає обережності в інтерпретації стандартних помилок.

Оцінка мультиколінеарності виявила підвищені значення VIF для неефективності ($VIF = 5.87$), недовіри ($VIF = 4.27$) та інтероцептивної некомпетентності ($VIF = 4.35$), що свідчить про потенційний ризик мультиколінеарності між деякими змінними. Проте ключові змінні, такі як прагнення до стрункості, незадоволеність тілом та перфекціонізм, демонструють прийнятні показники VIF (нижче 3).

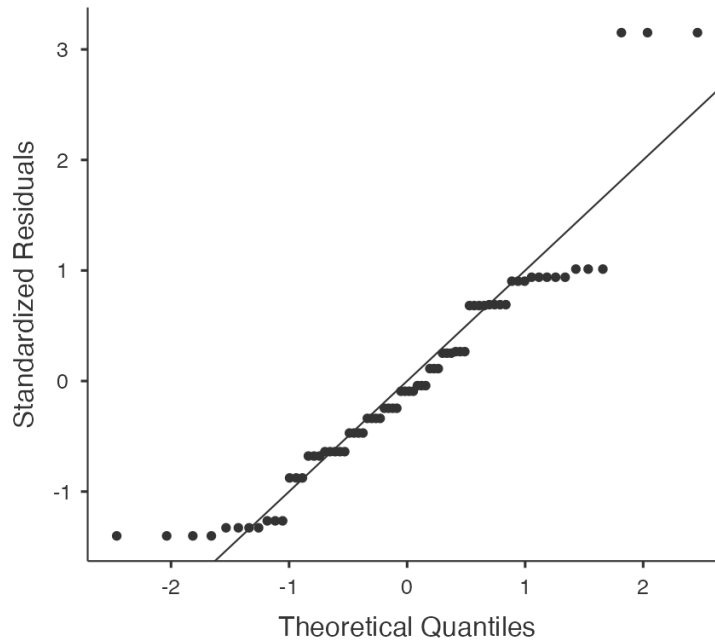


Рис. 3.10. Q–Q-графік стандартизованих залишків моделі множинної лінійної регресії предикторів образу власного тіла

Загалом, результати підтверджують, що образ власного тіла формується під впливом комплексу чинників, серед яких провідну роль відіграє незадоволеність тілом. Інші значущі предиктори – інтероцептивна некомпетентність, прагнення до стрункості, перфекціонізм і недовіра – також здійснюють вплив, що узгоджується з когнітивно-поведінковими моделями психологічних особливостей образу тіла. Водночас інші змінні, хоча й потенційно важливі, не мали незалежного предикторного впливу в межах даної моделі.

Висновки до розділу 3

Було виявлено статистично значущі гендерні розбіжності за більшістю показників: дівчата/жінки продемонстрували значно вищий рівень порушень харчової поведінки (загальний бал EAT-26) та їхніх складників – прагнення до стрункості, булімічні тенденції, незадоволеність тілом – у порівнянні з хлопцями/чоловіками. Також у жінок відзначено вищі середні значення за показниками неефективності, інтероцептивної некомпетентності та міжособистісної недовіри, що вказує на більш виражену проблематизацію тілесності та емоційного стану. Єдиним чинником без гендерних відмінностей виявився перфекціонізм. Крім того, образ тіла у жінок був значно негативнішим: їхні оцінки майже вчетверо перевищували чоловічі, підтверджуючи підвищений ризик розладів харчової поведінки у жіночої молоді.

Загалом психологічні характеристики респондентів з України та тих, хто перебував за кордоном, були подібними. Єдина статистично значуща різниця стосувалася шкали булімії – молодь в Україні мала вищі показники булімічних проявів. Це може пояснюватись підвищеним рівнем стресу у країні. Інші показники (загальний EAT-26, прагнення до стрункості, незадоволеність тілом, неефективність, інтероцептивні та міжособистісні показники, образ тіла) не продемонстрували суттєвих відмінностей між групами.

Респонденти, які за останні півроку втратили ≥ 10 кг маси тіла, суттєво відрізнялися від інших за рядом показників. Зокрема, у них був значно вищий загальний рівень порушень харчової поведінки (EAT-26), а також більш виражене прагнення до стрункості. Ця група характеризувалася підвищеним відчуттям неефективності (низькою самооцінкою), більш частими булімічними тенденціями та негативнішим сприйняттям власного тіла. Також у них зафіксовано вищий рівень міжособистісної недовіри. Різниці за показниками незадоволеності тілом, перфекціонізму і інтероцептивної некомпетентності не досягли статистичної значущості, хоча

мали тенденцію до гірших значень у групі зі швидкою втратою ваги. Отже, різка втрата маси тіла асоціюється з підвищеним ризиком розладів харчової поведінки та супутніх несприятливих психологічних характеристик.

Особи, що проходили лікування з приводу розладів харчової поведінки, мали значно гірші показники за ключовими шкалами порівняно з тими, хто не лікувався. У «лікуваній» групі спостерігався вищий загальний рівень симптоматики, вираженіші прагнення до стрункості та незадоволеність тілом, а також нижча впевненість у власній ефективності (вища неефективність). Значущо більшими були і показники булімії та інтероцептивної некомпетентності. Образ власного тіла у групі з досвідом лікування був більш ніж удвічі негативнішим, ніж у решти. Водночас між групами не виявлено різниці у міжособистісній довірі. Ці дані вказують на сформований патопсихологічний профіль у осіб, що звертались по допомогу, – із високою клінічною симптоматикою, вираженою тілесною незадоволеністю та емоційними порушеннями. Цікавим є факт, що перфекціонізм у групі без лікування був навіть дещо вищим, ніж у тих, хто проходив лікування, ймовірно через зміни установок внаслідок терапії або інші компенсаторні механізми.

Порівняння груп «норма» (відсутність ознак порушення харчової поведінки за EAT-26) та «прояв розладу» (наявність ознак) виявило надзвичайно виразні розбіжності. Респонденти з проявами порушень харчової поведінки продемонстрували значно вищі (практично максимальні) показники за шкалами прагнення до стрункості, незадоволеності тілом, неефективності та інтероцептивної некомпетентності. Також булімічні прояви були значно частішими у групі з порушеннями харчової поведінки. Колосальна різниця виявлена за показником образу тіла. Це підкреслює центральну роль негативного тілесного самоприйняття в структурі симптомів порушення харчової поведінки. Крім того, у цій групі значно підвищена міжособистісна недовірливість. Перфекціонізм не відрізнявся між групами. Отже, наявність проявів порушень харчової поведінки чітко

супроводжується комплексом патологічних змін – інтенсивною невдоволеністю тілом, емоційною дезрегуляцією, харчовими дисфункціями та соціальними труднощами.

Група респондентів, невдоволених своїм тілом, різко відрізнялася від тих, хто задоволений, за всіма ключовими показниками порушення харчової поведінки. Незадоволені тілом особи мали набагато вищий рівень порушень харчової поведінки, значно сильніше прагнення до стрункості, глибше відчуття неефективності та емоційної нестабільності, а також більш виражені інтероцептивні труднощі. Майже п'ятиразова різниця спостерігалась за низкою шкал, що свідчить про максимальну силу ефекту. Незадоволені тілом мали також значно вищі булімічні прояви та підвищену міжособистісну недовіру. Відмінностей у перфекціонізмі між цими групами не знайдено. Таким чином, негативне ставлення до власного тіла є одним із найпотужніших маркерів дезадаптивних психічних процесів, тісно пов'язаних із ризиком порушень харчової поведінки.

Виявлено чіткі вікові відмінності у профілі харчової поведінки та пов'язаних рис. Респонденти юнацького віку (18-23 роки) продемонстрували найвищі рівні загального порушення харчової поведінки (EAT-26) та його основних компонентів у порівнянні зі старшими респондентами. Зокрема, групи 18-20 і 21-23 роки мали максимальні показники прагнення до стрункості та булімії, тоді як у віці 24-30 і особливо 31-40 років ці тенденції значно слабшали. Незадоволеність тілом і негативний образ тіла також були найвиразнішими у 21-23-річних, поступово зменшуючись у старших групах. Аналогічно, молодші підлітки мали вищу неефективність, інтероцептивну некомпетентність та міжособистісну недовірливість; з віком ці показники знижувалися, що відображає поступове підвищення психологічної зрілості. Хоча перфекціонізм дещо варіював з віком, його пік спостерігався у 21-23 роки. Загалом ранній юнацький вік є періодом максимальної вразливості щодо розвитку порушень харчової поведінки, тоді як у старшому віці

зазначені дезадаптивні прояви значно послаблюються. Це підкреслює важливість превентивної роботи саме з підлітками і юнаками.

Результати кореляційного аналізу підтвердили єдиний комплекс патологічних ознак, що охоплює харчову поведінку, образ тіла і пов'язані психічні характеристики. Загальний рівень порушень харчової поведінки тісно пов'язаний із негативним образом власного тіла. Особливо сильну асоціацію виявлено між прагненням до стрункості та зазначеними показниками: цей конструкт найтісніше корелює і з ЕАТ-26, і з образом тіла. Це вказує, що фокус на стрункості відіграє ключову роль у формуванні як клінічної симптоматики порушень харчової поведінки, так і незадоволеності своїм тілом. Встановлено дуже високі кореляції між негативним образом тіла і відчуттям власної неефективності ($\rho \approx 0.96$), що свідчить про глибоку взаємопов'язаність цих переживань: люди з почуттям безпорадності майже напевно мають негативне сприйняття тіла. Також булімічна поведінка сильно пов'язана з негативним образом тіла, хоча її зв'язок із загальним рівнем порушень харчової поведінки помірний. Незадоволеність власним тілом корелює високо як з ЕАТ-26, так і з образом тіла. Значущі асоціації відзначено і для інтероцептивної некомпетентності: здатності розпізнавати тілесні сигнали пов'язане з підвищеним рівнем порушень харчової поведінки та різко негативним образом тіла. Перфекціонізм не показав статистично значущих кореляцій ні з вираженістю порушення харчової поведінки, ні з образом тіла, тобто в межах даної вибірки він виступає окремим від клінічної симптоматики фактором. Отримані кореляції в цілому вказують, що найважливішими «вузлами» у мережі взаємозв'язків є прагнення до стрункості, відчуття неефективності та інтероцептивні труднощі – вони одночасно посилюють і підтримують як порушення харчової поведінки, так і негативне тілесне самосприйняття.

Модель множинної лінійної регресії з інтегральним показником ЕАТ-26 як залежною змінною виявила, що із сукупності досліджуваних факторів лише два мають самостійний значущий вплив на вираженість симптомів

порушення харчової поведінки. Ними виявилися незадоволеність тілом та прагнення до стрункості. Ці дві когнітивно-тілесні характеристики виступають найбільш потужними предикторами: їх включення дозволило пояснити близько 90% варіації показника EAT-26. Зокрема, високий рівень невдоволення власним тілом обумовлює різке підвищення індексу порушення харчової поведінки, а інтенсивне прагнення до стрункості також робить вагомий внесок. Інші психологічні змінні – булімічні прояви, відчуття неефективності, перфекціонізм, міжособистісна недовіра, інтероцептивна некомпетентність – не продемонстрували незалежного впливу в присутності двох провідних предикторів. Це означає, що хоча в однофакторному плані деякі з них були пов'язані з порушенням харчової поведінки, їхній ефект опосередковується або перекривається ядром – негативним тілесним самосприйняттям і одержимістю стрункістю. Таким чином, саме когніції щодо власного тіла (незадоволеність, прагнення ідеалу фігури) визначають найбільшу частку ризику розвитку харчових порушень у молоді.

ВИСНОВКИ

У результаті теоретичного аналізу наукової літератури було систематизовано сучасні уявлення про психологічні особливості харчової поведінки та образу тіла у молодому віці. Розлади харчової поведінки, зокрема анорексія, булімія та переїдання, розглядаються як багатofакторні психічні розлади, які виникають на тлі взаємодії соціокультурних, особистісних та біологічних чинників. Особливу роль у їх виникненні відіграє образ тіла, що формується в межах когнітивно-афективної взаємодії самооцінки, міжособистісних впливів та уявлень про соціальні стандарти привабливості. Було показано, що юнацький вік є критичним періодом для становлення тілесної ідентичності та харчових установок, що підвищує ризик дезадаптивних проявів у цій сфері.

У процесі встановлення особливостей харчової поведінки та образу тіла досліджуваних за допомогою порівняльного аналізу було встановлено, що дівчата суттєво частіше демонструють симптоми порушення харчової поведінки, включно з високим рівнем незадоволеності тілом, прагненням до стрункості, булімічними проявами, неефективністю та інтероцептивною некомпетентністю. Респонденти, які зазнали різкої втрати ваги або мали досвід лікування від розладів харчової поведінки, характеризуються вищими значеннями майже за всіма клінічно значущими шкалами, що підтверджує тяжкість їх стану. Наявність симптомів порушень харчової поведінки асоціюється з глибокими когнітивно-емоційними порушеннями та патологічним сприйняттям тіла. Так само респонденти, незадоволені власним тілом, демонструють значно вищий рівень симптомів порушень харчової поведінки, включно з булімією, прагненням до стрункості та інтероцептивними порушеннями. Найбільш уразливими щодо порушення харчової поведінки виявились респонденти віком 18-23 роки, які мають найвищі середні значення за більшістю шкал у порівнянні з респондентами віком 24-40 років.

Кореляційний аналіз показав, що порушення харчової поведінки мають потужні зв'язки з психологічними та тілесними конструкціями. Зокрема, рівень порушення харчової поведінки тісно пов'язаний із негативним образом тіла, прагненням до стрункості, відчуттям емоційної неефективності, незадоволеністю тілом та булімічними тенденціями. Найсильнішими зв'язками виявились ті, що поєднують негативне тілесне сприйняття з неефективністю, а також інтероцептивною некомпетентністю. Перфекціонізм, всупереч поширеним уявленням, не продемонстрував значущих кореляцій із симптомами порушень харчової поведінки, що дозволяє розглядати його як незалежний чинник, не безпосередньо пов'язаний із харчовою дисфункцією.

Модель регресійного аналізу підтвердила, що провідними предикторами порушень харчової поведінки є когнітивно-афективні компоненти тілесного сприйняття – незадоволеність тілом і прагнення до стрункості. Саме ці два показники забезпечили найвищу предиктивну силу моделі, пояснюючи понад 90% дисперсії загального індексу порушення харчової поведінки. Інші фактори не показали самостійного внеску в умовах контролю провідних предикторів. Це свідчить про центральну роль образу тіла у патогенезі харчових порушень у юнацькому віці та визначає стратегічні напрямки для профілактики і психокорекції таких станів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Геворгян С. А., Володіна, П. М. Харчові розлади як форма адитивної поведінки. 2019. С. 12-19.
2. Завада Т., Широка А. Ніяковіння жінок через своє тіло під час інтимної близькості з партнером (BISC-UA): україномовна адаптація шкали // Психологічні перспективи. 2022. С. 124-138.
3. Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки. 2022. С. 45-67.
4. Оніщенко Н. Емоційні фактори виникнення нервової анорексії. 2018. С. 18-29.
5. Осадча Л. Вплив соціальних та економічних факторів на харчову поведінку молоді. 2023. С. 33-52
6. Пастухова В., Завірюха, В. Сучасні дослідження і тенденції у вивченні розладів харчової поведінки осіб, які займаються фітнесом. 2024. С.71-88
7. Печериця І. Залежність від їжі: клінічні форми та психологічна корекція. 2022. С. 102-119.
8. Романюк О. Харчова поведінка студентської молоді: емпіричне дослідження. 2022. С. 57-70.
9. Старченко Є. Розлади харчової поведінки. Терапія і превенція. 2016. С. 5-28.
- 10.Тарасенко Д. Д. Психологічні змістові параметри розладів харчової поведінки осіб юнацького віку. 2025. С. 90-110.
- 11.Ворона І. Психологічні аспекти формування харчової поведінки у студентів. 2021. С. 21-39.
- 12.Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating // Psychol Med. 1982. № 12(3). P. 625-35.
- 13.Agras, W.S. Diagnostic significance of binge eating disorder. 1999. P. 14-27.
- 14.Alkon, Ch. Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia, and Compulsive Eating.2005.Retrieved <http://www.feminist.com/resources/artspeech/body/voices.htm#wh>

15. Boston, MA Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. Disorders International Conference on Eating Disorders. Boston. 2000. P. 55-68.
16. Carter A.S., Baker C.W., Brownell K.D.: Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosom. Med.* 2000. P. 62, 264-270
17. Cooke E.A., Guss J.L., Kissileff H.R., Devlin M.J., & Walsh B.T. Patterns of food selection during directions. *Clinical Psychology Review.* 1997. P. 865-890.
18. Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health.* 2008. P. 109–114.
19. Douka A., Grammatopoulou E., Skordilis E., Koutsouki D. Factor analysis and cut-off score of the 26-item eating attitudes test in a Greek sample. *J. Biology Exercise.* 2009. P. 51–67
20. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* volume 6. 2001. P. 1-21.
21. Elal G., Altug P., Slade, Tekcan A.: Factor structure of the Eating Attitudes Test (Eat) in a Turkish university sample. *Eating Weight Disord.* 2000. P. 46-59
22. Eldredge, K.L., & Agras, W.S. Academy for Eating Disorders, Vancouver, Canada. 1996. P. 40-53.
23. Garfinkel, P.E., Newman, A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eat Weight Disord.* 2001. P. 6, 1-21
24. Garner, D. M. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3. Manual.* Madrid : Hogrefe TEA Ediciones, S.A.U. 2010. P. 74-92.
25. Grilo, C.M., Masheb, R.M., Heninger, G., & Wilson, G.I. Controlled comparison of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder. 2002. P. 89-104.
26. Guss, J.L., Kissileff, H.R., Devlin, M.J., Zimmerli, E., & Walsh, B.T. Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting.* 2002. P. 18-73.

27. Kaye W, et al. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav* 2008. P. 121-35.
28. Kelina M.Yu., Marenova E.V., Meshkova T.A. Body dissatisfaction and influence of parents and peers as risk factors for eating disorders among girls of adolescent and young age. 2011. P. 44–51.
29. Natalie M. Papini, Myungjin Jung, Amanda Cook, Nanette V. Lopez, Lauren T. Ptomey, Stephen D. Herrmann, Minsoo Kang. Psychometric properties of the 26-item eating attitudes test (EAT-26): an application of rasch analysis. 2022. P. 66-77.
30. Paul E. Garfinkel & A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. Newman. 2001. P. 210-224.
31. Pereira A.T., Maia B., Bos S., Soares M.J., Marques M., Macedo A., Azevedo M.H. The Portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *Eur. Eating Dis. Rev.* 2008. P. 319–325.
32. Rogoza R., Brytek-Matera A., Garner D.M. Analysis of the EAT- 26 in a non-clinical sample. *Arch. Psychiatry Psychotherapy.* 2016. P. 54–58
33. Shingleton RM, Thompson-Brenner H, Thompson DR, Pratt EM, Franko DL. Gender differences in clinical trials of binge eating disorder: an analysis of aggregated data. *J Consult Clin Psychol.* 2015. P. 352-382.
34. Wichstrøm L.: Psychological and behavioral factors unipredictive of disordered eating: a prospective study of the general adolescent population in Norway. *Int. J. Eat. Disord.* 2000. P. 28, 33-42

ДОДАТКИ

Додаток А
Таблиця А.1

Frequencies of Стать

Стать	Counts	% of Total	Cumulative %
Жінка	41	56.9 %	56.9 %
Чоловік	31	43.1 %	100.0 %

Таблиця А.2

Frequencies of Вікова група

Вікова група	Counts	% of Total	Cumulative %
18-20	12	16.7 %	16.7 %
21-23	6	8.3 %	25.0 %
24-30	22	30.6 %	55.6 %
31-40	32	44.4 %	100.0 %

Таблиця А.3

Frequencies of Місцезнаходження

Місцезнаходження	Counts	% of Total	Cumulative %
В Україні	44	61.1 %	61.1 %
За кордоном	28	38.9 %	100.0 %

Таблиця А.4

Frequencies of Переїдання, коли відчуваєте, що більше не можете вживати їжу

Переїдання, коли відчуваєте, що більше не можете вживати їжу	Counts	% of Total	Cumulative %
Ніколи	8	11.1 %	11.1 %
Один раз на тиждень	24	33.3 %	44.4 %
2-3 рази на місяць	19	26.4 %	70.8 %
Один раз на місяць або рідше	21	29.2 %	100.0 %

Таблиця А.5

Frequencies of Виклик блювоти, щоб контролювати свою вагу чи форму

Виклик блювоти, щоб контролювати свою вагу чи форму	Counts	% of Total	Cumulative %
Ніколи	47	65.3 %	65.3 %
2-6 разів на тиждень	7	9.7 %	75.0 %
2-3 рази на місяць	3	4.2 %	79.2 %
Один раз на місяць або рідше	15	20.8 %	100.0 %

Таблиця А.6

Frequencies of Використання проносних засобів, таблеток для схуднення, щоб контролювати свою вагу або форму

Використання проносних засобів, таблеток для схуднення, щоб контролювати свою вагу або форму	Counts	% of Total	Cumulative %
Ніколи	44	61.1 %	61.1 %
2-6 разів на тиждень	4	5.6 %	66.7 %
Раз на тиждень	3	4.2 %	70.8 %
2-3 рази на місяць	6	8.3 %	79.2 %
Один раз на місяць або рідше	15	20.8 %	100.0 %

Таблиця А.7

Frequencies of Тренування більше 60 хвилин на день, щоб скинути або контролювати вагу

Тренування більше 60 хвилин на день, щоб скинути або контролювати вагу	Counts	% of Total	Cumulative %
Ніколи	4	5.6 %	5.6 %
Кожен день	6	8.3 %	13.9 %
2-6 разів на тиждень	23	31.9 %	45.8 %
Раз на тиждень	23	31.9 %	77.8 %
2-3 разів на місяць	8	11.1 %	88.9 %
Раз на місяць або рідше	8	11.1 %	100.0 %

Таблиця А.8

Frequencies of Втрата 10 кг або більше за останні 6 місяців

Втрата 10 кг або більше за останні 6 місяців	Counts	% of Total	Cumulative %
Так	25	34.7 %	34.7 %
Ні	47	65.3 %	100.0 %

Таблиця А.9

Frequencies of Лікування від розладу харчової поведінки

Лікування від розладу харчової поведінки	Counts	% of Total	Cumulative %
Так	13	18.1 %	18.1 %
Ні	59	81.9 %	100.0 %

Таблиця А.10

Frequencies of Розлад харчової поведінки (EAT-26) - прояв

Розлад харчової поведінки (EAT-26) - прояв	Counts	% of Total	Cumulative %
Норма	47	65.3 %	65.3 %
Прояв розладу	25	34.7 %	100.0 %

Таблиця А.11

Frequencies of Образ власного тіла - прояв

Образ власного тіла - прояв	Counts	% of Total	Cumulative %
Задоволеність власним тілом	44	61.1 %	61.1 %
Незадоволеність власним тілом	28	38.9 %	100.0 %

Таблиця А.12

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	72	13.0	5.00	14.9	0	48

Таблиця А.13

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum
Прагнення до стрункості	72	3.42	1.00	4.57	0	14
Булімія	72	2.68	1.00	3.44	0	12
Незадоволеність тілом	72	7.25	4.00	6.84	1	24
Неефективність	72	4.99	2.00	5.95	0	18
Перфекціонізм	72	5.61	5.00	3.16	2	13
Недовіра у міжособистісних стосунках	72	5.53	4.00	4.22	1	15
Інтероцептивна некомпетентність	72	4.50	2.00	6.00	0	20
Прагнення до стрункості - СТД	72	4.04	5.00	3.36	0	9
Булімія - СТД	72	4.63	6.00	3.15	0	8
Незадоволеність тілом - СТД	72	5.94	5.00	1.54	4	9
Неефективність - СТД	72	5.11	5.00	3.23	0	9
Перфекціонізм - СТД	72	5.35	5.00	1.64	3	9
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	72	6.54	6.00	1.49	4	9
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	72	4.68	6.00	3.36	0	9

Таблиця А.14

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum
Образ власного тіла	72	15.9	8.00	14.4	2	42

Таблиця А.15

Tests of Normality		statistic	p
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Shapiro-Wilk	0.793	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.260	< .001
	Anderson-Darling	5.87	< .001
Прагнення до стрункості - СТД	Shapiro-Wilk	0.821	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.261	< .001
	Anderson-Darling	5.33	< .001
Булімія - СТД	Shapiro-Wilk	0.719	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.363	< .001
	Anderson-Darling	9.48	< .001
Незадоволеність тілом - СТД	Shapiro-Wilk	0.755	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.342	< .001
	Anderson-Darling	8.25	< .001
Неефективність - СТД	Shapiro-Wilk	0.836	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.250	< .001
	Anderson-Darling	4.31	< .001
Перфекціонізм - СТД	Shapiro-Wilk	0.926	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.181	0.018
	Anderson-Darling	1.84	< .001
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Shapiro-Wilk	0.909	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.183	0.016
	Anderson-Darling	2.31	< .001
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Shapiro-Wilk	0.822	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.232	< .001
	Anderson-Darling	5.11	< .001
Образ власного тіла	Shapiro-Wilk	0.812	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.244	< .001
	Anderson-Darling	5.54	< .001

Note. Additional results provided by *moretests*

Таблиця Б.1

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Mann-Whitney U	246	< .001	Rank biserial correlation	0.614
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	312	< .001	Rank biserial correlation	0.509
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	361	0.001	Rank biserial correlation	0.433
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	249	< .001	Rank biserial correlation	0.608
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	295	< .001	Rank biserial correlation	0.536
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	516	0.166	Rank biserial correlation	0.188
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	458	0.040	Rank biserial correlation	0.279
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	383	0.003	Rank biserial correlation	0.397
Образ власного тіла	Mann-Whitney U	257	< .001	Rank biserial correlation	0.596

Note. $\mu_{\text{Жінка}} \neq \mu_{\text{Чоловік}}$

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Жінка	41	20.10	21.00	16.24	2.537
	Чоловік	31	3.68	2.00	3.563	0.6399
Прагнення до стрункості - СТД	Жінка	41	5.02	6.00	3.60	0.561
	Чоловік	31	2.74	5.00	2.529	0.4543
Булімія - СТД	Жінка	41	5.39	7.00	2.97	0.463
	Чоловік	31	3.61	6.00	3.138	0.5635
Незадоволеність тілом - СТД	Жінка	41	6.68	6.00	1.65	0.258
	Чоловік	31	4.97	5.00	0.482	0.0866
Неефективність - СТД	Жінка	41	6.10	7.00	3.49	0.545
	Чоловік	31	3.81	5.00	2.301	0.4133
Перфекціонізм - СТД	Жінка	41	5.17	5.00	1.70	0.266
	Чоловік	31	5.58	6.00	1.544	0.2774
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Жінка	41	6.95	7.00	1.66	0.259
	Чоловік	31	6.00	6.00	1.033	0.1855
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Жінка	41	5.27	7.00	3.78	0.591
	Чоловік	31	3.90	5.00	2.574	0.4622
Образ власного тіла	Жінка	41	23.51	30.00	14.88	2.324
	Чоловік	31	5.81	6.00	3.459	0.6212

Таблиця Б.2

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Mann-Whitney U	601	0.862	Rank biserial correlation	0.02516
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	497	0.156	Rank biserial correlation	0.19318
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	372	0.003	Rank biserial correlation	0.39692
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	610	0.944	Rank biserial correlation	0.00974
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	561	0.516	Rank biserial correlation	0.08929
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	604	0.887	Rank biserial correlation	0.02029
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	603	0.878	Rank biserial correlation	0.02192
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	498	0.161	Rank biserial correlation	0.19237
Образ власного тіла	Mann-Whitney U	517	0.250	Rank biserial correlation	0.16153

Note. μ в Україні \neq μ за кордоном

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	В Україні	44	14.41	5.00	16.75	2.525
	За кордоном	28	10.86	9.00	11.257	2.127
Прагнення до стрункості - СТД	В Україні	44	4.45	5.00	3.47	0.524
	За кордоном	28	3.39	5.00	3.119	0.589
Булімія - СТД	В Україні	44	5.18	7.00	3.09	0.466
	За кордоном	28	3.75	6.00	3.087	0.583
Незадоволеність тілом - СТД	В Україні	44	6.14	5.00	1.79	0.269
	За кордоном	28	5.64	5.00	0.989	0.187
Неефективність - СТД	В Україні	44	5.25	5.00	3.45	0.520
	За кордоном	28	4.89	5.00	2.885	0.545
Перфекціонізм - СТД	В Україні	44	5.41	5.00	1.82	0.275
	За кордоном	28	5.25	5.00	1.323	0.250
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	В Україні	44	6.59	6.00	1.59	0.240
	За кордоном	28	6.46	7.00	1.347	0.254
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	В Україні	44	5.09	6.00	3.43	0.517
	За кордоном	28	4.04	5.00	3.214	0.607
Образ власного тіла	В Україні	44	18.00	11.00	15.73	2.371
	За кордоном	28	12.57	8.00	11.564	2.185

Таблиця Б.3

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Mann-Whitney U	231	< .001	Rank biserial correlation	0.607
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	252	< .001	Rank biserial correlation	0.571
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	421	0.040	Rank biserial correlation	0.283
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	450	0.074	Rank biserial correlation	0.234
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	329	0.002	Rank biserial correlation	0.441
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	426	0.052	Rank biserial correlation	0.275
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	380	0.012	Rank biserial correlation	0.354
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	457	0.114	Rank biserial correlation	0.222
Образ власного тіла	Mann-Whitney U	413	0.038	Rank biserial correlation	0.298

Note. $H_a \mu_{Так} \neq \mu_{Hi}$

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Так	25	19.48	23.00	13.29	2.657
	Hi	47	9.60	2.00	14.64	2.136
Прагнення до стрункості - СТД	Так	25	6.44	6.00	1.45	0.289
	Hi	47	2.77	0.00	3.40	0.495
Булімія - СТД	Так	25	5.48	7.00	2.87	0.575
	Hi	47	4.17	6.00	3.22	0.470
Незадоволеність тілом - СТД	Так	25	6.32	6.00	1.52	0.304
	Hi	47	5.74	5.00	1.52	0.222
Неефективність - СТД	Так	25	6.92	7.00	1.63	0.326
	Hi	47	4.15	5.00	3.46	0.504
Перфекціонізм - СТД	Так	25	5.84	5.00	1.37	0.275
	Hi	47	5.09	5.00	1.72	0.250
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Так	25	7.08	7.00	1.29	0.258
	Hi	47	6.26	6.00	1.52	0.222
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Так	25	5.60	6.00	3.20	0.640
	Hi	47	4.19	5.00	3.38	0.493
Образ власного тіла	Так	25	21.24	30.00	13.68	2.736
	Hi	47	13.04	6.00	14.11	2.058

Таблиця Б.4

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Mann-Whitney U	108	< .001	Rank biserial correlation	0.718
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	104	< .001	Rank biserial correlation	0.730
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	207	0.007	Rank biserial correlation	0.460
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	120	< .001	Rank biserial correlation	0.687
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	147	< .001	Rank biserial correlation	0.617
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	188	0.004	Rank biserial correlation	0.510
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	329	0.415	Rank biserial correlation	0.143
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	198	0.005	Rank biserial correlation	0.485
Образ власного тіла	Mann-Whitney U	162	0.001	Rank biserial correlation	0.578

Note. $H_a \mu_{Так} \neq \mu_{Ні}$

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Так	13	27.77	25.00	9.444	2.619
	Ні	59	9.78	3.00	13.88	1.807
Прагнення до стрункості - СТД	Так	13	7.31	8.00	1.316	0.365
	Ні	59	3.32	5.00	3.25	0.423
Булімія - СТД	Так	13	6.85	7.00	0.899	0.249
	Ні	59	4.14	6.00	3.26	0.424
Незадоволеність тілом - СТД	Так	13	7.31	8.00	1.316	0.365
	Ні	59	5.64	5.00	1.42	0.185
Неефективність - СТД	Так	13	7.77	8.00	0.832	0.231
	Ні	59	4.53	5.00	3.27	0.425
Перфекціонізм - СТД	Так	13	4.23	4.00	0.832	0.231
	Ні	59	5.59	5.00	1.67	0.218
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Так	13	6.92	6.00	1.605	0.445
	Ні	59	6.46	6.00	1.47	0.191
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Так	13	6.92	6.00	1.256	0.348
	Ні	59	4.19	5.00	3.49	0.454
Образ власного тіла	Так	13	29.31	30.00	6.303	1.748
	Ні	59	12.93	6.00	14.03	1.826

Таблиця Б.5

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	9.00	< .001	Rank biserial correlation	0.985
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	138.00	< .001	Rank biserial correlation	0.765
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	9.00	< .001	Rank biserial correlation	0.985
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	9.00	< .001	Rank biserial correlation	0.985
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	512.00	0.364	Rank biserial correlation	0.129
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	199.50	< .001	Rank biserial correlation	0.660
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	77.50	< .001	Rank biserial correlation	0.868
Образ власного тіла	Mann-Whitney U	24.00	< .001	Rank biserial correlation	0.959

Note. $H_a \mu_{\text{Норма}} \neq \mu_{\text{Прояв розладу}}$

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Прагнення до стрункості - СТД	Норма	47	2.19	0.00	2.585	0.3770
	Прояв розладу	25	7.52	8.00	1.122	0.224
Булімія - СТД	Норма	47	3.34	6.00	3.185	0.4645
	Прояв розладу	25	7.04	7.00	0.735	0.147
Незадоволеність тілом - СТД	Норма	47	4.98	5.00	0.390	0.0568
	Прояв розладу	25	7.76	8.00	1.200	0.240
Неефективність - СТД	Норма	47	3.38	5.00	2.626	0.3830
	Прояв розладу	25	8.36	9.00	0.860	0.172
Перфекціонізм - СТД	Норма	47	5.36	5.00	1.466	0.2138
	Прояв розладу	25	5.32	5.00	1.952	0.390
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Норма	47	5.87	6.00	0.969	0.1414
	Прояв розладу	25	7.80	8.00	1.500	0.300
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Норма	47	3.09	5.00	3.006	0.4385
	Прояв розладу	25	7.68	7.00	1.345	0.269
Образ власного тіла	Норма	47	6.66	4.00	6.860	1.0006
	Прояв розладу	25	33.24	33.00	6.629	1.326

Таблиця Б.6

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Mann-Whitney U	45.0	< .001	Rank biserial correlation	0.9269
Прагнення до стрункості - СТД	Mann-Whitney U	0.0	< .001	Rank biserial correlation	1.0000
Булімія - СТД	Mann-Whitney U	108.0	< .001	Rank biserial correlation	0.8247
Незадоволеність тілом - СТД	Mann-Whitney U	73.5	< .001	Rank biserial correlation	0.8807
Неефективність - СТД	Mann-Whitney U	0.0	< .001	Rank biserial correlation	1.0000
Перфекціонізм - СТД	Mann-Whitney U	582.5	0.697	Rank biserial correlation	0.0544
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Mann-Whitney U	196.5	< .001	Rank biserial correlation	0.6810
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Mann-Whitney U	38.5	< .001	Rank biserial correlation	0.9375

Note. μ_a μ Задоволеність власним тілом \neq μ Незадоволеність власним тілом

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Задоволеність власним тілом	44	3.36	2.00	3.148	0.4746
	Незадоволеність власним тілом	28	28.21	25.00	13.198	2.494
Прагнення до стрункості - СТД	Задоволеність власним тілом	44	1.93	0.00	2.463	0.3713
	Незадоволеність власним тілом	28	7.36	7.00	1.162	0.220
Булімія - СТД	Задоволеність власним тілом	44	3.09	3.00	3.139	0.4732
	Незадоволеність власним тілом	28	7.04	7.00	0.693	0.131
Незадоволеність тілом - СТД	Задоволеність власним тілом	44	4.98	5.00	0.403	0.0607
	Незадоволеність власним тілом	28	7.46	8.00	1.427	0.270
Неефективність - СТД	Задоволеність власним тілом	44	3.14	5.00	2.530	0.3814
	Незадоволеність власним тілом	28	8.21	9.00	0.917	0.173
Перфекціонізм - СТД	Задоволеність власним тілом	44	5.32	5.00	1.506	0.2271
	Незадоволеність власним тілом	28	5.39	5.00	1.853	0.350
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Задоволеність власним тілом	44	5.80	6.00	0.954	0.1439
	Незадоволеність власним тілом	28	7.71	8.00	1.436	0.271

Group Descriptives

		Group	N	Mean	Median	SD	SE
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Задоволеність власним тілом		44	2.75	2.50	2.805	0.4228
	Незадоволеність власним тілом		28	7.71	8.00	1.272	0.240

Таблиця Б.7

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
Розлад харчової поведінки (ЕАТ-26)	26.91	3	< .001
Прагнення до стрункості - СТД	13.94	3	0.003
Булімія - СТД	11.46	3	0.009
Незадоволеність тілом - СТД	30.52	3	< .001
Неефективність - СТД	34.18	3	< .001
Перфекціонізм - СТД	8.14	3	0.043
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	18.84	3	< .001
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	22.10	3	< .001
Образ власного тіла	31.55	3	< .001

Group Descriptives

	Вікова група	N	Mean	SD	SE
Розлад харчової поведінки (ЕАТ-26)	18-20	12	24.75	16.136	4.6582
	21-23	6	35.50	13.693	5.5902
	24-30	22	12.91	13.522	2.8829
	31-40	32	4.50	5.814	1.0278
Прагнення до стрункості - СТД	18-20	12	6.00	3.693	1.0660
	21-23	6	6.50	0.548	0.2236
	24-30	22	3.59	3.875	0.8261
	31-40	32	3.16	2.677	0.4733
Булімія - СТД	18-20	12	6.75	0.452	0.1306
	21-23	6	6.50	0.548	0.2236
	24-30	22	4.45	3.542	0.7551
	31-40	32	3.59	3.241	0.5730
Незадоволеність тілом - СТД	18-20	12	7.25	1.545	0.4459
	21-23	6	7.50	1.643	0.6708
	24-30	22	6.23	1.602	0.3414
	31-40	32	4.97	0.474	0.0838
Неефективність - СТД	18-20	12	8.00	1.809	0.5222
	21-23	6	8.00	1.095	0.4472
	24-30	22	6.23	1.602	0.3414
	31-40	32	2.72	3.019	0.5336
Перфекціонізм - СТД	18-20	12	4.50	0.522	0.1508
	21-23	6	6.50	1.643	0.6708
	24-30	22	5.86	2.122	0.4525
	31-40	32	5.09	1.329	0.2349
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	18-20	12	8.00	1.279	0.3693
	21-23	6	7.00	2.191	0.8944
	24-30	22	6.73	1.032	0.2200
	31-40	32	5.78	1.237	0.2187
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	18-20	12	7.50	1.732	0.5000
	21-23	6	7.50	1.643	0.6708
	24-30	22	5.14	2.748	0.5859
	31-40	32	2.78	3.290	0.5815

Group Descriptives

	Вікова група	N	Mean	SD	SE
Образ власного тіла	18-20	12	28.75	12.715	3.6704
	21-23	6	32.00	10.954	4.4721
	24-30	22	15.32	13.720	2.9250
	31-40	32	8.44	9.987	1.7654

Таблиця Б.8

		Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Образ власного тіла
Розлад харчової поведінки (EAT-26)	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Образ власного тіла	Spearman's rho	0.706 ***	—
	p-value	< .001	—
Прагнення до стрункості - СТД	Spearman's rho	0.851 ***	0.783 ***
	p-value	< .001	< .001
Булімія - СТД	Spearman's rho	0.532 ***	0.804 ***
	p-value	< .001	< .001
Незадоволеність тілом - СТД	Spearman's rho	0.788 ***	0.754 ***
	p-value	< .001	< .001
Неефективність - СТД	Spearman's rho	0.804 ***	0.956 ***
	p-value	< .001	< .001
Перфекціонізм - СТД	Spearman's rho	0.139	0.005
	p-value	0.246	0.969
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	Spearman's rho	0.661 ***	0.776 ***
	p-value	< .001	< .001
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	Spearman's rho	0.625 ***	0.913 ***
	p-value	< .001	< .001

Таблиця Б.9

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²	AIC	BIC	RMSE	Overall Model Test			
							F	df1	df2	p
1	0.951	0.905	0.894	441	461	4.55	87.0	7	64	<.001

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Прагнення до стрункості - СТД	417.361	1	417.361	17.8880	<.001
Булімія - СТД	60.791	1	60.791	2.6055	0.111
Незадоволеність тілом - СТД	2732.514	1	2732.514	117.1150	<.001
Неефективність - СТД	1.660	1	1.660	0.0711	0.791
Перфекціонізм - СТД	0.346	1	0.346	0.0148	0.903
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	85.050	1	85.050	3.6452	0.061
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	7.306	1	7.306	0.3131	0.578
Residuals	1493.240	64	23.332		

Note. Type 3 sum of squares

Model Coefficients - Розлад харчової поведінки (EAT-26)

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	-38.4943	3.795	-10.143	<.001	
Прагнення до стрункості - СТД	1.2442	0.294	4.229	<.001	0.28105
Булімія - СТД	-0.5042	0.312	-1.614	0.111	-0.10670
Незадоволеність тілом - СТД	6.4423	0.595	10.822	<.001	0.66607
Неефективність - СТД	-0.1148	0.430	-0.267	0.791	-0.02491
Перфекціонізм - СТД	0.0487	0.400	0.122	0.903	0.00536
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	1.5172	0.795	1.909	0.061	0.15216
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	0.1988	0.355	0.560	0.578	0.04498

Normality Tests

	Statistic	p
Shapiro-Wilk	0.947	0.004
Kolmogorov-Smirnov	0.160	0.050
Anderson-Darling	1.46	<.001

Note. Additional results provided by *moretests*

Heteroskedasticity Tests

	Statistic	p
Breusch-Pagan	24.3	<.001
Goldfeld-Quandt	1.76	0.070
Harrison-McCabe	0.364	0.045

Note. Additional results provided by *moretests*

Heteroskedasticity Tests

Statistic	p
------------------	----------

Durbin–Watson Test for Autocorrelation

Autocorrelation	DW Statistic	p
-0.0981	2.19	0.400

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Прагнення до стрункості - СТД	2.97	0.337
Булімія - СТД	2.94	0.340
Незадоволеність тілом - СТД	2.55	0.392
Неефективність - СТД	5.87	0.170
Перфекціонізм - СТД	1.30	0.767
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	4.27	0.234
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	4.35	0.230

Таблиця Б.10

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²	AIC	BIC	RMSE	Overall Model Test			
							F	df1	df2	p
1	0.963	0.927	0.919	417	438	3.87	116	7	64	<.001

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Прагнення до стрункості - СТД	89.3	1	89.3	5.30	0.025
Булімія - СТД	23.9	1	23.9	1.42	0.238
Незадоволеність тілом - СТД	1246.9	1	1246.9	73.96	<.001
Неефективність - СТД	28.8	1	28.8	1.71	0.196
Перфекціонізм - СТД	126.0	1	126.0	7.47	0.008
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	69.3	1	69.3	4.11	0.047
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	164.6	1	164.6	9.76	0.003
Residuals	1079.0	64	16.9		

Note. Type 3 sum of squares

Model Coefficients - Образ власного тіла

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	-24.623	3.226	-7.63	<.001	
Прагнення до стрункості - СТД	0.576	0.250	2.30	0.025	0.1341
Булімія - СТД	0.316	0.266	1.19	0.238	0.0690
Незадоволеність тілом - СТД	4.352	0.506	8.60	<.001	0.4642
Неефективність - СТД	0.479	0.366	1.31	0.196	0.1071
Перфекціонізм - СТД	-0.929	0.340	-2.73	0.008	-0.1055
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	1.370	0.676	2.03	0.047	0.1417
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	0.943	0.302	3.12	0.003	0.2202

Normality Tests

	Statistic	p
Shapiro-Wilk	0.900	<.001
Kolmogorov-Smirnov	0.114	0.307
Anderson-Darling	1.32	0.002

Note. Additional results provided by *moretests*

Heteroskedasticity Tests

	Statistic	p
Breusch-Pagan	19.1	0.008
Goldfeld-Quandt	1.29	0.254
Harrison-McCabe	0.438	0.238

Note. Additional results provided by *moretests*

Heteroskedasticity Tests

	Statistic	p
--	------------------	----------

Durbin–Watson Test for Autocorrelation

Autocorrelation	DW Statistic	p
-0.412	2.80	< .001

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Прагнення до стрункості - СТД	2.97	0.337
Булімія - СТД	2.94	0.340
Незадоволеність тілом - СТД	2.55	0.392
Неефективність - СТД	5.87	0.170
Перфекціонізм - СТД	1.30	0.767
Недовіра у міжособистісних стосунках - СТД	4.27	0.234
Інтероцептивна некомпетентність - СТД	4.35	0.230