

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психології розвитку

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ
ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-наукова програма «Психологія»

Здобувача вищої освіти
ОС «Магістр»
Інни ДУБОВОЇ

Науковий керівник:
Кандидат медичних наук,
доцент кафедри психології
розвитку
Євгеній ПРОКОПОВИЧ

Допустити до захисту в ЕК
кафедра психології розвитку
протокол № __ від _____
Завідувач кафедри:
Наталія ДЕМБИЦЬКА
_____ (підпис)

КИЇВ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	8
1.1. Зміст поняття розладів харчової поведінки	8
1.2. Соціально-психологічні чинники формування розладів харчової поведінки	13
1.3. Гендерні особливості розладів харчової поведінки	22
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	33
2.1. Обґрунтування методів дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку	33
2.2. Психологічна характеристика вибірки досліджуваних	43
Висновки до розділу 2:	47
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	49
3.1. Описова статистика	49
3.2. Кореляційний аналіз	67
Висновки до розділу 3:	103
РОЗДІЛ 4. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОРГАНІЗАЦІЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	105
4.1. Аналіз сучасних підходів до психокорекції РХП	105
4.2. Рекомендаційний зміст психокорекційного тренінгу розладів харчової поведінки	111
4.3. Рекомендації для практичних психологів щодо впровадження корекційних програм РХП	116
ВИСНОВКИ	125
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:	128
ДОДАТКИ	138

ВСТУП

Вже багато років дослідження феномену розладів харчової поведінки та факторів, що слугують детермінантами цього явища, мають пріоритетність у завданнях соціальних та поведінкових наук. Значущість проблеми обумовлена рядом причин, серед яких, за даними некомерційної організації FAIR Health, збільшення кількості діагностики розладу харчової поведінки: за останні кілька років кількість звернень за медичною допомогою через РХП зросла на 65% як відсоток від загальної кількості медичних звернень. Також дослідники вказують, що 5.5-17.9% молодих жінок та 0.6-2.4% молодих чоловіків отримали діагноз «Розлад харчової поведінки» згідно DSM-5 в ранньому юнацтві (Silén & Keski-Rahkonen, 2022).

Крім того, зростання кількості діагностованих харчових розладів пояснюється їхнім тісним зв'язком з емоційною сферою особистості, оскільки одними з найбільш поширених способів зниження стресу є переїдання, обмеження споживання їжі та інші види порушень харчової поведінки. Саме через наявність об'єктивно або суб'єктивно складних ситуацій актуальність з роками залишається стійкою.

Дослідники неодноразово наголошують на тому, що розлади харчової поведінки впливають на якість життя. Це явище поєднує як фізичний аспект – надмірна або недостатня маса тіла, так і психологічний – порушення сприймання свого тіла (дисморфофобія), що в сукупності призводять до порушень психічного здоров'я особистості. Науковий інтерес до різних аспектів харчової поведінки неодноразово привертав увагу дослідників, серед яких можна виокремити таких науковців, Т.І. Алексєєва, О.Ю. Барташук, Л.Ф. Бурлачук, М. Гриньова, Л.В. Сохань та інші. Окрему увагу було приділено психологічним особливостям розладів харчової поведінки, що розглядалися у працях Л. Абсалямової, О.

Бацилевої, О. Варипаєва, Н. Долишньої, О. Кузьмінської, Х. Рахубовської та інших дослідників.

Аналіз сучасних зарубіжних джерел підтверджує, що особистісні особливості відіграють ключову роль у прогнозуванні як індивідуальних, так і соціальних наслідків харчової поведінки (С. Nederkoorn, S. Schulz, R.G. Laessle, M.A. Friedman, K.D. Brownell, M.T. Van der Merwe). Окрім внутрішніх факторів, значний вплив на формування ставлення до власного тіла мають зовнішні чинники. До них належать моделі харчової поведінки, які демонструють батьки (J.M. Greeson), особливості соціального середовища (К. Holmqvist, С. Lunde, А. Frisen) та вплив інформаційного простору.

Вивчення розладів харчової поведінки здійснюється через аналіз таких феноменів, як психологічна готовність до змін у харчових звичках (Л. Абсалямова), рівень тривожності та відчуття впевненості (Х. Рахубовська), локалізація відповідальності (Л. Бурлачук, , Г. Золотова), здоровий спосіб життя (О.В. Кузьмінська, Я. Нікіфорова), особливості індивідуального переживання психотравми (П. Горностай, В. Коростій, С. Максименко), труднощі соціалізації (Н. Гребельна, А. Маслюк, В. Міткжов, П. Писаренко) та тілесність (В. Косяк, Т. Нечитайло, Л. Сидоренко).

Стать та гендер – тісно пов'язані конструкти, які грають важливу, але малодосліджену роль в розвитку розладів харчової поведінки. Значно менше досліджень розглядають зв'язок і статі, і гендеру з харчовою поведінкою. Довгий час розлади харчової поведінки розглядалися як феномен, який стосується виключно дівчат та жінок. Виходячи з цього, потрібно докласти більше зусиль до дослідження ролі як статі, так і гендеру в дослідженнях, спрямованих на аналіз розладів харчової поведінки.

Необхідність пошуку взаємозв'язків між особливостями харчової поведінки та іншими психологічними характеристиками може проявити ті закономірності, які в більш ранніх дослідженнях були прихованими або

проігнорованими. З цього можна сформулювати актуальність нашого дослідження, яка полягає у розширенні теоретичної бази досліджуваного явища – розладів харчової поведінки – в аспекті взаємозв'язку з гендерними особливостями осіб юнацького віку. Практична значущість полягає у визначенні відмінностей та подібностей між чоловіками та жінками у проявах розладів харчової поведінки, що в подальшому можна використовувати як основу методів психологічного впливу, реабілітації людей, яким діагностовані РХП.

Мета дослідження: дослідити гендерні особливості розладів харчової поведінки серед осіб юнацького віку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні концептуальні підходи до психологічного вивчення розладів харчової поведінки, зокрема з урахуванням гендерних і статевих особливостей їх прояву.
2. Організувати та провести дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки, зокрема специфіку тілесного локусу контролю та інтуїтивного харчування, а також особливостей рівню тривоги та депресії, і загальних рис особистісного профілю осіб юнацького віку.
3. Проаналізувати і проінтерпретувати отримані результати, встановити взаємозв'язки між статоворольовим індексом та розладами харчової поведінки у осіб юнацького віку, а також між порушеннями харчової поведінки та індивідуально-психологічними характеристиками, такими як тривожність, депресивність та базові риси особистості.
4. Розробити тренінгову програму та методичні рекомендації для організації корекційної роботи, що спрямована на оптимізацію харчової поведінки.

Об'єкт дослідження: розлади харчової поведінки.

Предмет дослідження: гендерні особливості розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку.

Методи дослідження:

1) системно-теоретичний аналіз, зокрема порівняльний, метод класифікації, логіко-історичний аналіз;

2) система емпірично-дослідницьких процедур, зокрема анкетування. Використано також сукупність психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей харчової поведінки осіб юнацького віку: «Опитувальник харчової поведінки» (EAT-26), методика «Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.), «Шкала інтуїтивного харчування – 2» (IES-2 Т.Тулка, адаптація Ящишиної Ю., Фатєєвої М.), «Статеворольовий опитувальник» С. Бем (адаптація Ярошенко А.), «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості» (TIPI, адаптація Кліманської М., Галецької І.), «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS, в адаптації Кутікова О., Нікішкової І.).

3) математико-статистичні методи обробки даних: кореляційний аналіз Ч. Пірсона (r), кореляційний аналіз Ч. Спірмена (ρ); методи порівняння вибірок: кутове перетворення Фішера (ϕ), U-критерій Манна-Уїтні, t-критерій Ст'юдента.

Характеристика вибірки: емпіричне дослідження проводилось на базі університетів України та інтернет-середовища серед осіб юнацького віку. До складу експериментальної групи увійшли 160 осіб у віці 18-25 років, середній вік – 21.5 років. З них 98 особи жіночої статі та 62 особи чоловічої статі.

Наукова новизна: у роботі здійснено комплексне вивчення гендерно зумовлених особливостей розладів харчової поведінки в осіб юнацького віку з урахуванням взаємозв'язку тілесного локусу контролю, інтуїтивного харчування, особистісних рис, тривожності, депресивності та статево-рольової ідентичності. Наукова новизна полягає у виявленні структурних відмінностей у профілях харчової поведінки чоловіків та жінок молодого віку, що дозволяє розширити уявлення про психологічні детермінанти РХП з урахуванням гендерного контексту.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані у практиці психологічного консультування, профілактики та психокорекції порушень харчової поведінки серед молоді. Отримані дані дають змогу розробити цільові рекомендації для врахування гендерних відмінностей у діагностиці та психологічному супроводі осіб з ознаками РХП, а також удосконалити психоосвітні програми, спрямовані на розвиток здорової харчової поведінки у студентському середовищі.

Достовірність і обґрунтованість отриманих результатів гарантується ґрунтовним теоретико-методологічним підґрунтям дослідження, що спирається на філософські, методологічні та теоретичні засади наукового пізнання. Це включає послідовне застосування системного підходу як загального наукового методу, а також використання якісного й кількісного аналізу для оцінки експериментальних даних, що дає змогу досліджувати структуру та стан харчової поведінки у представників юнацького віку.

Структура та обсяг роботи: вступ, 3 розділи, висновки, список використаних джерел (всього 71; іноземною мовою 40), додатки (10 шт.). Кількість сторінок основного тексту – 126, повний обсяг роботи – 147 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Зміст поняття розладів харчової поведінки

Актуальні наукові дані свідчать про те, що такі порушення харчової поведінки, як анорексія, булімія та епізоди компульсивного переїдання, становлять серйозну проблему, яка зачіпає близько 8,4% жінок і 2,2% чоловіків. При цьому, субклінічна поширеність серед осіб юнацького віку оцінюється на рівні близько 22%, що свідчить про ширший масштаб проблеми (Galmiche та ін., 2019, с. 1407).

Однак, перш ніж розглядати розлади харчової поведінки, варто надати визначення терміну «харчова поведінка», яке враховуватиме її значення та особливості розвитку в людини.

На харчові звички впливають біологічні, соціальні, психологічні та культурні аспекти. З біологічної точки зору, потреба у їжі належить до базових, оскільки сприяє підтримці внутрішньої рівноваги організму. Проте харчову поведінку формують не лише потреби, але й отриманий в минулому досвід та стратегії мислення. Істотним є не лише факт задоволення потреби, але й сам процес вживання їжі. Виходячи з цього, потреби не можуть виступати як чинники, на основі яких можна пояснити ту чи іншу форму поведінки, лише як диспозиції, що спрямовують дії людини (Максименко, 2011, с. 7).

В соціокультурному контексті відкривається ще один ракурс на процес розвитку харчової поведінки та її індивідуальні особливості, зокрема статеві відмінності. Останні характеризуються гендерною специфікою, бо потреби жінок та чоловіків в різних культурних середовищах набувають відмінних психосексуальних та соціально-психологічних ознак.

Тісно з цим пов'язані харчові звички – стереотипні дії з високою мірою автоматизації, які формуються внаслідок онтогенезу та визначаються життєвим

досвідом, культурними традиціями на суспільному та внутрішньо-сімейному рівнях, релігійними уявленнями, економічними чинниками, тенденціями моди та іншими факторами. Таким чином рівень розвитку культури, національна, релігійна та територіальна приналежність знаходять відображення в харчових звичках на рівні з сімейним вихованням.

Процес харчування людини з народження пов'язаний з міжособистісною взаємодією. Їжа може виступати як складова процесу спілкування та соціалізації, оскільки входить до атрибутів святкування певних подій, супроводжує в установленні неформальних та формальних стосунків. З огляду на це, поведінка людини щодо їжі зумовлена не лише фізіологічними запитами, а й психосоціальними чинниками.

Впродовж усього життя людина вчиться сприймати їжу та сам процес харчування, однак ключову роль відіграє дошкільний період. У цей час відбувається перехід від виключно молочного харчування до раціону з нижчим вмістом жирів, що вимагає поступового звикання до різноманітних рідких і твердих продуктів. Дослідження свідчать, що немовлята та дошкільнята можуть адаптувати обсяги споживання залежно від зміни калорійності продуктів. Протягом одного прийому їжі кількість з'їденого може змінюватися, проте загальний баланс харчування за добу залишається відносно стабільним.

Надмірний контроль з боку батьків може призвести до формування прихильності до висококалорійних та жирних продуктів, обмежити вибір дитини та порушити її здатність до саморегуляції. Ігнорування власних відчуттів голоду та насичення спричиняє втрату природної здатності регулювати кількість споживаної їжі. Якщо дорослі вважають, що малечі необхідно нав'язувати правила харчування щодо часу, обсягу та складу страв, у дитини залишається небагато можливостей для розвитку самоконтролю.

Харчова культура охоплює всі аспекти приготування, виробництва та споживання їжі. Вона є носієм традицій, що відображають етнічну та національну

самобутність, а також постійно змінюється під впливом суспільних трансформацій. Людина засвоює сімейні харчові звички з раннього віку разом із іншими соціально значущими цінностями (Міхеєнко, 2011, с. 119). Графік прийому їжі, способи споживання та вибір продуктів відображають стиль харчової поведінки родини. Це є складовою культури харчування, що, як ми вже зазначали раніше, формується ще в дитинстві й залишається важливою частиною життя надалі.

Процес прийому їжі, а саме її обсяги та якість, безпосередньо залежать від рівня голоду та насиченості. Почуття голоду виступає фізіологічним механізмом, що регулює споживання їжі. Воно проявляється у вигляді дискомфортних відчуттів і спазмів у шлунку, які стимулюють потребу їх позбутися через вживання їжі (Михайлов та ін., 2003, с. 79).

Водночас у межах цього дослідження важливо розрізнити безпосередньо голод як фізіологічний стан та його психологічне усвідомлення, яке формується при відсутності їжі та спонукає до пошуку певних продуктів для зменшення дискомфорту. Це цілеспрямоване бажання вживати конкретну їжу називають апетитом. На відміну від голоду, він не пов'язаний із потребою організму у відновленні енергетичного балансу.

Стани насичення і ситості є протилежними до станів голоду та апетиту, оскільки для них характерною ознакою є відсутність бажання споживати їжу. Насичення спонукає закінчити прийом їжі, при ситості бажання пригнічується тимчасово. Фізіологічно ці стани супроводжує відчуття наповненості шлунку. Дослідники виділяють чотири стадії формування стану ситості: сенсорна стадія, когнітивна стадія, стани після вживання їжі та стани після всмоктування їжі. Припинення процесу вживання їжі ще до повного її всмоктування і засвоєння з боку фізіології харчування є ідеальним. На противагу цьому, за умови систематичного завершення процесу вживання їжі лише після її засвоєння, виникає переїдання та ризик набору надлишкової ваги.

Підводячи підсумок написаного, можна прийти до проміжного висновку, що питання вивчення харчової поведінки відокремлена від проблеми вивчення процесу травлення. Як було неодноразово зазначено, задоволення потреби в поживних та енергетично-значущих речовинах є найпростішою формою реалізації харчової поведінки. Однак за своєю соціально-культурною природою у людини вона з'являється складніших формах. Зокрема задоволення естетичної та чуттєвої насолоди, дотримання ритуалів та звичок (релігійні, національні, сімейні) та інше.

Таким чином, харчова поведінка – це сукупність специфічних дій, спрямованих на взаємодію організму з навколишнім середовищем для забезпечення його потреби у харчуванні. Це поняття охоплює ставлення людини до їжі, її вживання, особливості прийому їжі в повсякденному житті та під впливом стресових обставин. Також воно включає реакції, пов'язані з образом власного тіла, а також зусилля щодо його підтримки чи корекції (Негірєв, 2021, с. 32). Таким чином, харчова поведінка містить переконання, ритуали, манеру споживання, емоційні аспекти та особисті особливості взаємодії з їжею, які є унікальними для кожної людини.

Харчову поведінку можна розділити на адекватну (гармонійну) та неадекватну (девіантну), тобто ту, що відхиляється (Мойзріст, 2009, с. 89). Виходячи з цього, харчова поведінка знаходиться в градації від нормальних харчових патернів до патологічної харчової поведінки. Як і в будь-яких феноменах можливість визначення чіткої межі між «нормою» та «патологією» є відносною, однак, використовуючи класифікації «Довідника по діагностиці і систематиці психічних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-V) ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition)", 2014). та Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), можна побачити перелік діагностичних критеріїв для типологізації порушень харчової

поведінки, що охоплюють втрату маси тіла, аменорею, страх ожиріння та психодинамічні аспекти самооцінки.

Відповідно до класифікації DSM-V, розлади харчової поведінки поділяються на три основні типи: нервову анорексію, нервову булімію та невизначені порушення, що включають компульсивне переїдання. У МКХ-10 розлади, пов'язані зі споживанням їжі (F50), віднесені до групи поведінкових синдромів, обумовлених фізіологічними дисфункціями. До цієї категорії входять як типові, так і атипові форми нервової анорексії (НА) та булімії (НБ), а також психогенне переїдання та інші порушення харчової поведінки.

В контексті харчової поведінки, А. Keski-Rahkonen та L. Mustelin (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016, с. 342) послуговуються термінологією «розлади харчової поведінки», до яких включають переїдання, НА та НБ, психогенну блювоту та інше. За їхньою дефініцією розлади прийому їжі визначаються як аномальні харчові звички, що мають психологічне походження та завдають шкоди як фізичному, так і психічному здоров'ю людини (Варипаєв, 2012, с. 323).

Багато вчених схильні розглядати порушення харчової поведінки як один із різновидів поведінкової (нехімічної) адикції. Хоча така адикція не суперечить правовим чи культурним нормам, вона все ж значно впливає на особистісну цілісність людини (Золотова, 2013, с. 65). Надмірна концентрація на харчуванні поступово замінює повсякденне життя з його обов'язками та соціальними взаємодіями, затримуючи особистісний розвиток і негативно позначаючись на стосунках із іншими людьми.

Розлади харчової поведінки – група порушень зі схожими механізмами розвитку, що пов'язані хворобливою стурбованістю масою і формою тіла, які ззовні проявляються викривленням стереотипу харчування. Цей поведінковий діапазон розгортається від виражених обмежень в споживанні їжі (аж до повної відмови) при НА до епізодів переїдання (при НБ і компульсивному переїданні).

Нервова анорексія – це розлад, при якому маса тіла навмисне знижується (ІМТ менший від 18,5), і його виникнення та підтримка обумовлені діями самої людини, яка уникає споживання їжі. Маючи на меті подолання страху перед ожирінням застосовуються такі стратегії поведінки, як блювання, вживання проносних засобів та препаратів, що пригнічують почуття голоду (Neale & Hudson, 2020, с. 6).

Нервова булімія – це розлад, що проявляється багаторазовими систематичними епізодами переїдання і тривогою щодо збільшення маси тіла. Надмірна тривога змушує людину застосовувати заходи, що убезпечуватимуть людину від набору маси тіла від засвоєної їжі. До цих заходів належить очищувальна поведінка (зокрема блювання, прийом проносних засобів), тимчасове голодування, збільшена фізична активність (Gibson та ін., 2019, с. 270).

Компульсивне переїдання (КП) є розладом, що характеризується неконтрольованими епізодами надмірного споживання їжі упродовж певного часу, після яких виникає почуття провини або самозасудження. У DSM-5 КП включає симптом вживання значно більших об'ємів їжі, ніж зазвичай у схожих обставинах. Напади компульсивного переїдання супроводжуються швидким споживанням їжі без відчуття голоду, відчуттям дискомфортної переповненості, прихованим харчуванням на самоті через почуття сорому.

Загалом, можна зробити висновок, що розлади харчової поведінки – це тривалі порушення у процесі споживання їжі або пов'язаних із нею звичок, які призводять до змін у харчовій поведінці та значною мірою впливають на фізичний і психоемоційний стан людини. Найчастіше зустрічаються такі порушення, як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання.

1.2. Соціально-психологічні чинники формування розладів харчової поведінки

Для ефективної ідентифікації груп ризику розвитку розладів харчової поведінки (РХП необхідно детально аналізувати спектр факторів ризику та їхній вплив на виникнення цих розладів. Ряд нещодавніх досліджень людей із діагностованими розладами харчової поведінки виявило проміжок в середньому у 5 років між проявленням перших симптомів РХП та зверненням до фахівців за допомогою. Саме недостатнє усвідомлення критеріїв розладів харчової поведінки медичними працівниками є критерієм, що може спричиняти цю затримку, оскільки відсутність розуміння показників РХП призводить до не розпізнавання їх у клієнтів. Дослідження факторів ризику РХП дозволяє виявляти патерни психосоціальних, біологічних і генетичних схильностей до їхнього розвитку навіть за відсутності явних порушень харчової поведінки.

Дослідження Rapid Review, де проводили аналіз опублікованих у період з 2009 по 2021 рік робіт, що вивчали фактори ризику, пов'язані з РХП, продемонструвало дев'ять категорій факторів ризику. Серед отриманих результатів міститься генетика, шлунково-кишковий мікробіом, дитячий та підлітковий досвід, риси особистості та супутні психічні захворювання, стать і гендер, соціально-економічний статус, етнічні меншини, образ тіла та соціальний вплив, професійний спорт.

Було встановлено, що генетичні чинники суттєво сприяють розвитку як нервової анорексії, так і нервової булімії (Bulik та ін., 2010, с. 74). Проведені дослідження підтверджують, приблизно половина генетичних факторів є спільною для обох розладів, тоді як інші 50% є унікальними для кожного з них (Bulik та ін., 2010, с. 75). Генетичні чинники та спадкові патерни РХП значно частіше впливають на жінок, ніж на чоловіків.

Водночас у даній роботі основна увага приділятиметься саме соціально-психологічним і соціокультурним чинникам, що сприяють формуванню схильності до РХП. Зокрема, соціокультурний вплив вважається одним із ключових детермінант викривленого сприйняття власного тіла та розвитку

патологічних харчових патернів. Така тенденція базується на поширеній ідеалізації худорлявості та фізичної привабливості, що супроводжується критикою або соціальним осудом надмірної ваги. Джерелами цих настанов виступають засоби масової інформації, родина, соціальне оточення та професійні колективи, формуючи стандарти зовнішнього вигляду, яким люди прагнуть відповідати.

Ряд авторів вказують, що на формування розладів харчової поведінки впливають як психологічні так і соціальні фактори, зокрема: висока особистісна тривожність, хронічний стрес, негативні сімейні обставини, прояви дисморфофобії (занепокоєння особливостями свого тіла) (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016, с. 343).

Є дослідження, що доводять, що різні дитячі переживання пов'язані з розвитком РХП у майбутньому. Серед цих подій особливо виділяють час внутрішньоутробного розвитку, характеристики сімейного середовища, а також досвід насильства й травматизацій. Негативні дитячі переживання, серйозні відхилення сімейної динаміки, дитячі травми (зокрема емоційне чи сексуальне насильство) є факторами ризику, які, згідно з дослідженнями, з великою ймовірністю сприяють розвитку РХП. Ряд досліджень свідчить про те, що компульсивне переїдання у жінок частіше корелює з пережитим емоційним насильством, тоді як сексуальне та фізичне насильство частіше асоціюється з подібною симптоматикою у чоловіків. Окрім цього, серед осіб із РХП значно частіше спостерігається досвід нехтування їхніми емоційними та фізіологічними потребами в дитинстві, жорстоке поводження з боку дорослих та недостатній рівень турботи й підтримки.

Деякі наукові роботи засвідчують кореляцію між рівнем соціальної тривожності, зокрема страхом негативної оцінки, та розвитком розладів харчової поведінки. Вони приходять до висновків, що низька соціальна підтримка має

значний зв'язок з більш вираженою симптоматикою РХП (Wonderlich-Tierney & Vander Wal, 2010, с. 87).

Продовжуючи аналіз попереднього дослідження, ряд авторів висувають перелік рис особистості, які виступають факторами підвищеного ризику формування розладів харчової поведінки. До цих рис відносять тривожність, перфекціонізм та компульсивність. Вони можуть суттєво впливати на тяжкість вираженості симптомів, сприйнятливність до лікування та ризик рецидиву РХП.

Метааналіз рис особистості (Farstad та ін., 2016, с. 97) виявив значний зв'язок з певними поведінковими патернами та симптоматикою розладів харчової поведінки. Результати дослідження демонструють, що у порівнянні з контрольною групою особи з РХП мають високі значення перфекціонізму (встановлення надзвичайно високих стандартів по відношенню до себе, що супроводжується критикою), нейротизму (підвищена схильність до сприйняття та переживання негативних емоцій), імпульсивності, особливо під впливом негативних емоцій, компульсивності (схильність до нав'язливої поведінки), мотивації уникнення невдач (прагнення уникати невдач у ситуаціях, пов'язаних з оцінкою оточуючих) та інтроверсії.

Психологічний профіль осіб, які страждають на нервову анорексію, зазвичай характеризується схильністю до нав'язливих думок, обмежених соціальних контактів, високих вимог до себе та значної емоційної стриманості. Пацієнти з буліміїним підтипом цього розладу часто демонструють протилежні тенденції – імпульсивність та відкритість у соціальних взаємодіях, що робить їхню поведінку схожою на типові риси нервової булімії. Водночас велика частина досліджень була проведена в умовах, коли пацієнти перебували у стані різких обмежень у харчуванні або навіть повного голодування. Такий стан може суттєво впливати на їхні особистісні риси, створюючи викривлену картину психологічного профілю.

Окремі дослідники намагаються оцінити психологічні характеристики осіб із РХП у періоди ремісії, щоб виявити можливі преморбідні чинники нервової анорексії. Однак даний підхід є дискусійним, оскільки особистісні особливості, які фіксуються у фазі одужання, можуть бути деформованими внаслідок тривалого перебігу хвороби, а не лише відображати її передумови. Це породжує методологічне питання: чи спостережувані риси особистості є первинними факторами, що сприяли виникненню РХП, чи вони є наслідком тривалої патології харчової поведінки.

Особливу увагу у дослідженнях нервової анорексії та булімії привертає феномен перфекціонізму. Він проявляється у непомірно високих вимогах до власних досягнень, жорсткій самокритичності та прагненні до бездоганності, яке часто виходить за межі реалістичних очікувань. Методологічно виважені дослідження підтверджують, що перфекціонізм є значущим предиктором нервової анорексії та булімії.

Аналізуючи питання коморбідності розладів харчової поведінки з депресією та тривожністю, варто зазначити, що дослідники підтверджують наявність спільних рис цих порушень. За допомогою структурної діагностики в клінічних та епідеміологічних дослідженнях, а також при вивченні сімейних систем, було виявлено, що такі стани, як депресія та тривожність, часто супроводжують нервову анорексію та булімію.

Прояви тривожності при нервовій анорексії можна спостерігати у вигляді надмірної стурбованості щодо ваги, форми тіла та обмеження харчування. Клінічні дані свідчать, що навіть незначні відхилення від встановлених дієтичних норм здатні спричинити виражену тривогу. Крім того, тривожні розлади є однією з найпоширеніших супутніх патологій серед осіб із нервовою анорексією. Багато досліджень засвідчують, що у таких пацієнтів протягом життя спостерігаються різні форми тривожних розладів – генералізований тривожний розлад, obsesивно-компульсивний розлад або соціофобія. Важливо зазначити, що

тривожні симптоми часто передують розвитку розладів харчової поведінки, що дає підстави припускати існування взаємозв'язку між дитячою тривожністю та підвищеним ризиком формування нервової анорексії (Сингаївська, 2022, с. 60).

Щодо депресії, клінічні спостереження показують, що цей стан також часто супроводжує нервову анорексію. Пацієнти нерідко демонструють такі симптоми, як знижений настрій, безнадійність, низьку самооцінку, дратівливість та суїцидальні думки. Проте існують суперечливі дані щодо послідовності виникнення цих станів: у деяких випадках депресія є первинною, тоді як в інших – вторинною стосовно нервової анорексії. Довготривалі дослідження демонструють, що депресивні симптоми можуть зберігатися навіть після досягнення ремісії, що свідчить про складність повного психічного відновлення пацієнтів із РХП. Крім того, встановлено взаємозалежність між низькою самооцінкою та розладами харчової поведінки: занижена самооцінка підвищує ймовірність виникнення РХП, водночас самі ці розлади можуть істотно знижувати рівень самооцінки (Rodgers та Paxton, 2014, с. 23).

Нервова булімія також характеризується високою частотою коморбідних тривожних розладів. Однією з популярних гіпотез є модель зменшення тривожності, згідно з якою компульсивне переїдання та очищення можуть мати анксиолітичний ефект (Міткжов та ін., 2011, с. 98). Також поширеною є точка зору, що ці дії є проявами obsесивно-компульсивної поведінки. Особливої уваги заслуговує соціальна тривожність, що може суттєво впливати на формування НБ через незадоволеність тілом та прагнення відповідати ідеалізованим стандартам зовнішності.

Теорії виникнення РХП неодноразово підкреслюють важливість низької самооцінки як вагомий фактор, що сприяє як початку, так і підтримці цих розладів (Andersén та Birgegård, 2017, с. 972). В кількох дослідженнях наголошується, що низька самооцінка змушує людей прагнути досягнути бажаних цілей у сфері контролю ваги та форми тіла, що нібито повинно

покращити їхнє сприйняття власної зовнішності. Більш виражена невпевненість у собі трансформується в негативне сприйняття власного тіла (Рахубовська, 2012, с. 190). Це призводить до виникнення гострої потреби виправити уявні недоліки, які людина сприймає як «дефекти» зовнішності, до непропорційного зосередження на вазі та формі тіла, надмірних дієт та інших способів контролю ваги, які, в свою чергу, можуть спричинити або різке зниження ваги, або ж епізоди компульсивного переїдання.

Згідно з останніми дослідженнями, між низькою самооцінкою та розладами харчової поведінки існує взаємозалежний зв'язок: низька самооцінка підвищує ризик розвитку РХП, проте й самі розлади харчової поведінки можуть істотно знижувати самооцінку (Бацилева, 2015, с. 61).

Наукові дослідження свідчать, що люди з порушеннями харчової поведінки часто відзначають відсутність зв'язку зі своїм тілом та емоційною сферою. Було висловлено припущення, що переживання сильного стресу підсилює схильність до переїдання як способу уникнення чи регуляції негативного емоційного стану (Levitan та Davis, 2010, с. 789). Залежність від такого механізму може переростати в компульсивне переїдання, що, згідно з концепцією Arnow та співавторів (Arnow та ін., 1995, с. 85), є проявом емоційного харчування.

Інші дослідження також демонструють, що у людей із розладами харчової поведінки часто спостерігається відчуття емоційного відчуження від власного тіла. Вони нерідко використовують переїдання як засіб подолання дискомфорту або спосіб втечі від негативних переживань (Levitan та Davis, 2010, с. 790). У таких випадках компульсивне споживання їжі розглядається як форма емоційного харчування (Arnow et al., 1995).

Як зазначає Л.М. Абсалямова (Абсалямова, 2014, с. 10), харчова поведінка, будучи первинно зумовленою біологічною необхідністю, у сучасних умовах набуває ширшого значення. Вона виконує функцію зняття емоційного напруження, стає джерелом задоволення, засобом соціальної взаємодії, способом

самовираження та демонстрації статусу (престижність споживання). Окрім цього, їжа може слугувати механізмом компенсації дефіциту спілкування, турботи, підтримки, а також виконувати роль нагороди чи заохочення. Таким чином, психологічний аспект харчової поведінки відзначається багатомотивованістю та багатофункціональністю, що може сприяти її закріпленню як стійкої поведінкової моделі.

Аналізуючи статеву та гендерну перспективу факторів схильності до розвитку розладів харчової поведінки, автори відмічають, що РХП частіше діагностують у жінок, крім того, порівняно з чоловіками, вони стикаються з більшою вираженістю симптомів і частіше вдаються до суворих дієтичних обмежень. До спільних факторів ризику серед обох статей належать низька самооцінка, надмірне занепокоєння формою та вагою тіла (Бурлачук та Шебанова, 2015, с. 60).

Окремим фактором ризику виділяють період статевого дозрівання, який може впливати як на хлопців, так і на дівчат підліткового віку (Корнєва, 2023). Збільшення вироблення статевих гормонів, зокрема естрогену, дослідники пов'язують з виникненням розладів харчової поведінки. Дані досліджень демонструють, що раннє статеве дозрівання істотно пов'язане із підвищеним ризиком розвитку РХП у представників обох статей. Дослідження Favaro та ін. (Favaro та ін., 2009, с. 1718) продемонструвало прямий кореляційний зв'язок між раннім віком появи менархе та середнім віком виникнення анорексії та булімії у дівчат. Вони висунули припущення, що сприйняття змін свого тіла через появу менструації раніше, ніж у інших дівчат, може викликати підвищену незадоволеність власною формою тіла, що сприяє виникненню розладів харчової поведінки.

Повертаючись до відмінностей між ризиком виникнення РХП у чоловіків та жінок, вважається, що зміни тіла в період статевого дозрівання мають значно сильніший вплив на жінок у порівнянні з чоловіками. Беручи до уваги соціальний

фактор, дослідники підкреслюють, що зміни форми тіла внаслідок статевого дозрівання віддаляють жінок від суспільного ідеалу худорлявості, натомість чоловіків зміни цього періоду наближають до маскулінного ідеалу. Окремі дослідження вказують на зв'язок між симптомами булімії, загальною незадоволеністю тілом та статевим дозріванням: раннє статеве дозрівання у жінок і пізнє у чоловіків корелює з підвищеним ризиком розвитку РХП.

Виходячи з впливу соціальних чинників, варто також звернути увагу на гендерні ролі, оскільки вони також досліджувалися як фактор ризику розвитку РХП. Аналіз даних, отриманих дослідниками у вибірці студентів, показав, що популяризація маскулінних ідеалів у медіапросторі сприяє зростанню незадоволеності тілом та симптомів РХП серед чоловіків. Водночас високий рівень фемінінності у чоловіків асоціюється з нижчим рівнем незадоволеності м'язовою масою. У жінок цей взаємозв'язок виражений слабше, натомість маскуліність у представників обох статей негативно корелює із симптоматикою розладів харчової поведінки.

Відмінності у ставленні до чоловіків та жінок в соціокультурних середовищах також допомагають підкреслити яскравий гендерний розрив у виникненні розладів харчової поведінки. Оскільки зовнішній вигляд жінок піддається значно жорсткішій соціальній оцінці порівняно з чоловіками, представниці жіночої статі частіше стикаються з порушеннями харчової поведінки. Соціальний тиск змушує жінок слідувати тенденціям худорлявості, що призводить до більш жорстких дієт та викривлення режиму харчування. Більш детально ми проаналізуємо це питання в наступному розділі.

Разом із тим окремі дослідники акцентують увагу на внутрішньо-особистісних факторах, що визначають харчову поведінку, виокремлюючи їх на фізіологічному та психологічному рівнях. До фізіологічних аспектів належать відчуття голоду, ситості та потяг до певних продуктів, що мають вроджену

основу. Психологічні чинники включають сформовані у процесі розвитку харчові уподобання, мотивацію, особистісні риси та когнітивні установки.

Також важливим є соціальний аспект харчової поведінки, що пояснює ситуації, коли їжа споживається не через фізичне відчуття голоду, а під впливом зовнішніх соціальних обставин (Нікіфорова, 2015, с. 115). Наприклад, тривале перебування у закладі харчування разом з іншими людьми може стимулювати додаткове споживання їжі, навіть якщо фізіологічна потреба у ній уже була задоволена (С. Vögele та L. Gibson, 2017, 178).

Підсумовуючи, можна стверджувати, що розлади харчової поведінки є багатофакторними станами, розвиток яких зумовлюється складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Період статевого дозрівання, що супроводжується гормональними змінами та зростаючим соціальним тиском, може сприяти появі розладів, особливо у поєднанні з особистісними характеристиками, такими як перфекціонізм, висока тривожність чи імпульсивність. Соціокультурні умови, зокрема стандарти краси, що транслюються медіа, сімейні та міжособистісні взаємодії, а також стресові фактори, такі як булінг або жорсткий контроль ваги з боку оточення, можуть посилювати ризики розвитку патологічної харчової поведінки (Кириленко, 2019). Варто зазначити, що жоден із цих факторів не діє ізольовано – вони взаємопов'язані, що ускладнює прогнозування та профілактику розладів.

З урахуванням широкого спектра факторів, що впливають на розвиток РХП, важливо аналізувати їхню специфіку залежно від гендерних відмінностей. Подальший розгляд буде зосереджений на гендерних особливостях РХП, а також на тому, як біологічні, соціальні та культурні фактори моделюють прояви і поширеність цих розладів.

1.3. Гендерні особливості розладів харчової поведінки

Спершу варто визначити термін «гендер» для подальшого детального аналізу сучасних досліджень. Поняття гендеру формувалося у межах міждисциплінарних досліджень, проте саме Роберт Столлер уперше запровадив цей термін (Stoller, 1971, с. 62) у психологічну площину. Він запропонував використовувати поняття «гендер» для визначення статево-рольової ідентичності особистості, яка може відрізнятися від її біологічної статі.

Терміни «стать» та «гендер» мають різне значення та охоплюють різні аспекти ідентичності. Стать – це сукупність біологічних характеристик, що включають генетичні, фізіологічні та анатомічні особливості організму. Серед таких характеристик виділяють генетичні фактори, як-от статеві хромосоми (XX або XY), фізіологічні показники, зокрема рівень статевих гормонів (естроген, тестостерон тощо), а також анатомічні структури, як-от репродуктивна система. Стать зазвичай визначається при народженні та не змінюється протягом життя.

Натомість гендер є складнішим поняттям, яке відноситься до психосоціального явища, що формується під впливом культурних, соціальних та особистісних факторів і може змінюватися протягом життя людини. Гендер охоплює три ключові компоненти: гендерну ідентичність, гендерні ролі та гендерні взаємини (Chase та Ressler, 2009, с. 23).

Гендерна ідентичність стосується того, як людина самостійно визначає свою приналежність до певної гендерної категорії. Це може включати ідентифікацію себе як чоловіка, жінки, небінарної особи чи будь-якої іншої категорії, яка найкраще відповідає її внутрішньому відчуттю себе. Гендерна ідентичність є індивідуальним досвідом і не завжди відповідає біологічній статі, визначеній при народженні.

Гендерні ролі стосуються соціальних норм, очікувань та стереотипів, які суспільство пов'язує з певною статтю. Вони включають поведінкові моделі, особистісні риси та зовнішній вигляд, які вважаються типовими або прийнятними для чоловіків та жінок у конкретній культурі. Вплив гендерних

ролей може змінюватися залежно від соціального середовища, історичного періоду та культурних норм.

Гендерні взаємини відображають спосіб взаємодії між людьми, що ґрунтується на їхній гендерній ідентичності та очікуваннях, які на них накладає суспільство. Це може включати як особистісні стосунки, так і соціальні взаємодії в ширшому контексті, включаючи робоче середовище, систему освіти та інші сфери суспільного життя.

С. Бем, досліджуючи вплив гендерних особливостей на поведінку людей, розробила теорію, що бере свій початок з концепції гендерних схем. Гендерні схеми виступають в якості психічних структур, що поділяють людей на фемінінних, маскулінних та андрогінних, в залежності від гендерних категорій (Бем, 1981, с. 102).

Теорія, викладена у даному матеріалі, розглядає стать як основу для побудови структури соціального середовища. За концепцією С. Бем, стать не лише визначає засвоєння певних понять і моделей поведінки, що вважаються типовими для жінок або чоловіків, а й впливає на сприйняття інформації про навколишній світ через призму схем маскулінності та фемінінності. З раннього віку гендерні уявлення стають частиною особистісного світогляду у вигляді стереотипів, моделей поведінки та уявлень, що відповідають біологічній статі. Водночас цей засвоєний досвід може змінюватися залежно від змін у спектрі гендерної схеми.

Маскулінність зазвичай розглядається як набір особистісних характеристик і моделей поведінки, що традиційно асоціюються з чоловічою статтю. Вона включає прийняття та відтворення культурно закріплених статевих ролей, орієнтацію на норми, що вважаються «чоловічими», а також демонстрацію соціально схвалених форм самореалізації. До основних атрибутів маскулінності належать автономність, цілеспрямованість, готовність до ризику, конкурентність та прагнення досягнень.

Фемінінність у загальному визначенні характеризується відповідністю соціально створеним уявленням про жіночність та прийняттям традиційних жіночих ролей. Вона пов'язується з підвищеною емоційністю, емпатійністю, комунікативною чутливістю, турботливістю та орієнтацією на міжособистісні стосунки.

Раніше маскуліність і фемінінність вважали протилежними полюсами єдиної шкали, що означало: що більшою мірою виражена одна характеристика, то меншою – інша. Однак сучасні дослідження ґрунтуються на підході, що розглядає ці риси як відносно незалежні одна від одної. Це дозволяє припустити, що одна й та сама людина може мати як високий рівень маскуліних, так і фемінінних якостей, або ж демонструвати низький рівень обох. Таке поєднання отримало назву андрогінності – стану, за якого особистість, незалежно від біологічної статі, поєднує в собі якості, традиційно приписувані обом гендерним групам.

В Україні становлення гендерної психології відбувалося у 90-х роках і було пов'язане з діяльністю таких дослідників, як Т. Говорун та О. Кікінежді. Вони підтримували концепцію С. Бем, наголошуючи на тому, що у суспільстві продовжує домінувати традиційний підхід до засвоєння біполярних маскуліних і фемінінних характеристик. Це призводить до стереотипного патріархального розподілу соціальних ролей, коли дівчатам з фемінінними характеристиками приписується роль «слабких» і «гарних», а юнакам із маскулініними рисами – роль «сильних» захисників (Кікінежді, 2015, с. 23). Важливо зазначити, що саме хлопці частіше демонструють стереотипне ставлення до гендерних ролей та дотримуються традиційних патернів поведінки, обумовлених гендерними нормами.

За твердженням М. Ткалич (Ткалич, 2012, с. 55), диференційована соціалізація у підлітковому віці призводить до гендерної сегрегації, оскільки внаслідок цього процесу кожна стать орієнтується на вибір конкретних занять та

сфер діяльності, у яких відбувається її реалізація. На основі розглянутого матеріалу можна дійти висновку, що усталена соціальна система розподілу ролей за статевою ознакою безпосередньо впливає на формування різних поведінкових моделей.

Отже, тоді як стать є біологічно обумовленою категорією, гендер значною мірою формується під впливом соціальних, культурних та психологічних чинників. Важливо розрізняти ці поняття, оскільки саме гендер часто відіграє критичну роль у розвитку різних психічних розладів, включаючи розлади харчової поведінки.

Протягом тривалого часу розлади харчової поведінки асоціювалися переважно з жіночою популяцією, що обумовило стереотипне сприйняття цих розладів як виключно «жіночої хвороби». Проте, порівняно з більш ранніми судженнями, сучасні дослідження значно більше визнають РХП як суттєву загрозу здоров'ю чоловіків. За даними 2017 року три останні десятиліття поширеність РХП серед чоловіків зростала навіть швидше, ніж серед жінок (Murray та ін., 2017, с. 8). Приблизно 8,4% жінок і 2,2% чоловіків, за глобальними оцінками, протягом свого життя стикаються з такими розладами, як НА, НБ або КП. Результати досліджень свідчать про те, що чоловіки можуть становити до 25% клінічних випадків РХП, що потребує більш ретельного аналізу та належного медичного супроводу.

Попри те, що усвідомлення важливості статевих аспектів у проявах РХП зростає, чоловіки досі залишаються недостатньо представленими в наукових дослідженнях. Важливо зазначити, що прояви розладів харчової поведінки у чоловіків та жінок можуть значно відрізнятися. Наприклад, чоловіки з анорексією частіше прагнуть знизити відсоток жиру в організмі для покращення видимості м'язової маси (Griffiths та ін., 2014, с. 770). Жінки частіше повідомляють про такі поведінкові практики, як ритуальне зважування,

примірювання одягу для перевірки змін у тілі або уникнення одягу, що підкреслює форми тіла.

У випадках булімії у чоловіків спостерігається більша схильність до вживання продуктів з високим вмістом білків та жирів під час епізодів переїдання, а також об'єктивно більші обсяги спожитої їжі порівняно з жінками (Nagata та ін., 2020, с. 565). Водночас чоловіки з НБ та КП зазвичай повідомляють про менший рівень психологічного дистресу та втрати контролю під час епізодів переїдання, ніж жінки.

Аналіз досліджень, які використовували стандартизовані методи оцінки РХП, такі як Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q), виявив, що серед підлітків із РХП дівчата мають вищі показники симптоматики порівняно з хлопцями (Mond та ін., 2013, с. 339). Подібні тенденції спостерігаються і в дослідженнях на популяційних вибірках.

Епідеміологічні дані підтверджують, що анорексія та булімія частіше зустрічаються серед жінок, ніж серед чоловіків (Маслюк, 2011, с. 458). Проте ступінь відмінностей значною мірою залежить від специфіки симптомів, які аналізуються. Жінки частіше повідомляють про невдоволення своєю вагою, використання дієт і очищення шлунку через блювання як методів контролю маси тіла. Чоловіки ж частіше серед симптомів називають епізоди переїдання та надмірні фізичні вправи з метою контролю ваги.

Необхідність подальшого дослідження гендерних відмінностей у проявах РХП пояснюється кількома важливими чинниками. Наукових праць, які присвячені вивченню харчової поведінки та уявлень про тіло серед чоловіків, досі недостатньо. Більшість наявних досліджень орієнтуються на жіночі вибірки та використовують методики, що можуть пропускати специфічні прояви РХП у чоловіків, зокрема якщо відсутні симптоми, типові для НА чи НБ (Galmiche та ін., 2019, с. 1408).

Як обговорювалося раніше, розлади харчової поведінки часто діагностуються поряд з порушеннями в емоційній сфері. Люди використовують різні стратегії для керування своїми емоціями, але якщо вони не застосовують адаптивних механізмів (наприклад, когнітивного переосмислення), поведінкові прояви РХП можуть виконувати функцію зменшення емоційного дискомфорту. В даному випадку стимулом прийому їжі є не фізіологічний голод, а емоціогенна харчова поведінка. Більш детальний аналіз демонструє, що різні негативні емоційні стани – тривожність, занепокоєння, самотність, нудьга – можуть як провокувати, так і підтримувати розлади харчової поведінки. Наприклад, стресові фактори, такі як смерть близької людини, та експериментально викликані негативні емоції збільшували ймовірність втрати контролю над споживанням їжі у жінок з ожирінням.

Необхідність дослідження гендерно-залежних закономірностей у розвитку РХП підтверджується тим, що чинники, пов'язані з підвищеною масою тіла, суттєво відрізняються у чоловіків та жінок. Наприклад, у жінок з депресивними або тривожними симптомами частіше спостерігалася надмірна маса тіла, ніж у чоловіків із подібними симптомами. Дослідження, проведені серед загальної популяції, також виявили сильніший зв'язок між ожирінням і депресією у жінок. Аналізуючи поведінкові реакції на стрес, Коттер та інші (Cotter та ін., 2013, с. 15) виявили, що у жінок частіше спостерігалася тенденція до «стресового переїдання», коли їжа використовувалася як спосіб емоційної регуляції.

Дослідження показують, що серед жінок більш виражений зв'язок між депресією та компульсивним переїданням, тоді як тривожні симптоми частіше корелюють із компенсаторною поведінкою, зокрема самоіндукованим блюванням та надмірними фізичними навантаженнями. Встановлено, що у жінок молодший вік є фактором ризику для розвитку симптомів РХП, тоді як у чоловіків цей зв'язок менш виражений або відсутній.

Щодо загальних тенденцій у поведінкових патернах, у чоловіків частіше спостерігається епізодичне переїдання без супутніх компенсаторних стратегій, тоді як жінки частіше демонструють циклічний характер порушень харчування, чергуючи переїдання та спроби жорсткого контролю ваги. Жінки частіше повідомляють тілом та прагнуть до зменшення своєї ваги, тоді як чоловіки говорять про незадоволеність м'язовою масою та прагнення до її збільшення.

Соціокультурні чинники також відіграють значну роль у формуванні гендерних відмінностей у РХП. Жінки частіше піддаються суспільному тиску щодо ідеалу стрункості, що може сприяти розвитку патологічного ставлення до їжі та тіла. Дослідження також вказують, що для жінок харчова поведінка часто пов'язана не лише з прагненням до контролю ваги, а й з емоційною регуляцією та міжособистісними проблемами, такими як конфлікти у стосунках або проблеми самооцінки.

Звернемося до більш детального аналізу соціокультурного фактору, оскільки це безпосередньо пов'язано з гендерними особливостями. З еволюційної точки зору певні риси, що стосуються традиційних гендерних ролей, могли бути переважно сформовані у представників однієї статі або іншої з метою забезпечення виживання людського виду (Lenroot та Giedd, 2010; Weisberg та ін., 2011; (Breton та ін., 2023)). Позаяк, гендерні ролі є соціокультурними стереотипами, які людина засвоює та реалізує протягом всього життя, певні соціально-схвалювані риси можуть істотно впливати на ризик розвитку розладів харчової поведінки. Наприклад, чутливість до соціальних сигналів і емпатія, ймовірно, були більш поширеними серед жінок через їхню традиційну роль у спільноті, пов'язану з доглядом за дітьми (Weisberg та ін., 2011; (Breton та ін., 2023)).

Прояви рис, що асоціюються з соціалізацією (тобто типовими жіночими рисами), можуть спричинити підвищену схильність до розладів харчової поведінки через, наприклад, посилену вразливість до соціально-оцінних суджень

з боку інших осіб. Дана гіпотеза знаходить підтвердження у дослідженнях інших психічних станів, таких як депресивні розлади (Breton та ін., 2022); Rubinow та Schmidt, 2019).

У період юнацького віку, коли перші симптоми розладів харчової поведінки часто починають проявлятися, соціальний тиск щодо відповідності гендерним ролям посилюється. Цей тиск може варіюватися залежно від статі/гендеру та впливати на ризик виникнення РХП у процесі розвитку особистості.

Дослідження також неодноразово підтверджували, що особи, які підтримують стереотипи маскулінних норм, мають більшу схильність до розвитку психічних порушень, хоча наводяться і зовсім інші результати (Arcand та ін., 2020). У той же час особи, які демонструють поєднання як жіночих, так і чоловічих рис (тобто «андрогінні» особи) і здатні адаптуватися до обставин, вважаються менш схильними до психічних труднощів завдяки своїй підвищеній адаптивності (Juster та ін., 2016).

У контексті розладів харчової поведінки дотримання гендерних норм та стереотипів також впливає на звернення за допомогою (Wong та ін., 2024, с. 76). Зокрема, підтримка стереотипів, пов'язаних з маскулінністю, може виступати бар'єром для отримання лікування РХП, оскільки звернення за допомогою при розладі, що вважається «типово жіночим», може сприйматися як загроза маскулінності.

Через зв'язок з образами тіла, нав'язаними суспільством, стать та гендер також впливають на ризик розвитку РХП. Історичні та соціокультурні ідеали краси – мускулістичність у чоловіків та стрункість у жінок – часто асоціюються з підвищеним ризиком виникнення симптомів РХП (Murray та ін., 2017; Lavender та ін., 2017; Franceschini та Fattore, 2021; Aparicio-Martinez та ін., 2019; Jiotsa та ін., 2021). Образ тіла також може бути чинником ризику РХП серед осіб, чия

гендерна ідентичність не збігається з біологічною статтю, що інколи проявляється у прагненні до відповідності між тілом та гендерною ідентичністю.

Таким чином, хоча більшість досліджень сфокусовані на жіночій популяції, все більше наукових робіт звертають увагу на актуальність вивчення РХП як серед чоловіків, так і серед жінок. Подальші дослідження мають враховувати специфічні прояви РХП та вплив соціальних обставин, які формують певні характеристики, що можуть вплинути на перебіг та тяжкість розладу.

Висновки до розділу 1

1. Розлади харчової поведінки (РХП) – це комплексні порушення, що характеризуються патологічною стурбованістю масою і формою тіла та супроводжуються викривленням харчової поведінки. Вони варіюються від жорсткого обмеження їжі (як при анорексії) до епізодів переїдання (характерних для булімії та компульсивного переїдання), а також можуть включати різні компенсаторні механізми, такі як надмірні фізичні навантаження чи очищувальна поведінка.

2. РХП є багатофакторними станами, що виникають унаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Гормональні зміни під час статевого дозрівання, особистісні риси (перфекціонізм, тривожність, імпульсивність) та зовнішній тиск (соціальні стандарти краси, булінг, контроль ваги в сім'ї або спортивному середовищі) можуть підвищувати ризик розвитку РХП.

3. Гендерні особливості РХП виявляються у відмінностях у сприйнятті власного тіла, мотивації до зміни ваги та типах компенсаторної поведінки. Жінки частіше прагнуть загального зниження маси тіла та використовують харчові обмеження як спосіб контролю над емоціями. Чоловіки ж схильні до нарощування м'язової маси, уникають звернення по допомогу через соціальні

стереотипи та частіше компенсують переїдання інтенсивними фізичними навантаженнями.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Другий розділ цієї кваліфікаційної роботи присвячено методологічному обґрунтуванню емпіричного дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку. В межах цього розділу розглянуто етапи дослідницької роботи та описано методологічний інструментарій, який використовувався для збору та аналізу емпіричних даних. Також подано характеристику дослідницької вибірки, що дозволяє забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

2.1. Обґрунтування методів дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку

З метою всебічного аналізу гендерних особливостей розладів харчової поведінки серед осіб юнацького віку було реалізовано п'ятиетапну дослідницьку програму, що передбачала застосування як кількісних, так і якісних методів збору інформації.

Перший (підготовчий) етап – здійснено аналіз наукової літератури з проблеми розладів харчової поведінки, визначено основні гіпотези дослідження та сформульовано завдання емпіричної частини. На цьому етапі було підібрано комплекс методик, що забезпечують всебічне вивчення ключових чинників, які впливають на харчову поведінку.

Другий (організаційний) етап – створено електронний інструмент збору даних (Google Forms), що забезпечує стандартизований та зручний формат опитування.

Третій етап – етап збору даних – організовано вибірку досліджуваних відповідно до критеріїв включення та виключення, після чого здійснено розповсюдження посилань на анкету.

Четвертий (аналітичний) етап – отримані результати були систематизовані, проведено їх математико-статистичну обробку та проінтерпретовано в контексті поставлених дослідницьких завдань. Результати представлені у вигляді таблиць, графіків та схем.

П'ятий (інтерпретаційно-узагальнюючий) етап – проведено комплексний аналіз отриманих даних, що дозволило сформулювати науково обґрунтовані висновки щодо виявлених закономірностей та особливостей розладів харчової поведінки залежно від гендерного фактору.

Для досягнення поставлених дослідницьких завдань у роботі було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити різні аспекти харчової поведінки, індивідуально-психологічні характеристики та гендерні особливості респондентів. До комплексу методик увійшли:

- 1) Опитувальник харчової поведінки (EAT-26).
- 2) Методика «Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.).
- 3) Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2 Т.Тулка, адаптація Ящишиної Ю., Фатєєвої М.).
- 4) Статеврольовий опитувальник С. Бем (адаптація Ярошенко А.).
- 5) Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (TIPI, адаптація Кліманської М., Галецької І.).
- 6) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, в адаптації Кутікова О., Нікішкової І.).

Таблиця 2.1.

Операціональна модель дослідження

Складові моделі	Індикатори	Методи дослідження
Харчова поведінка	Симптоми розладів харчової поведінки (обмежувальне харчування, неконтрольовані	Опитувальник харчової поведінки (EAT-26)

	епізоди переїдання, занепокоєння щодо ваги та тіла)	
Контроль власного тіла	Зовнішній чи внутрішній локус контролю щодо змін у вазі та зовнішності	«Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.)
Інтуїтивне харчування	Спроможність орієнтуватися на внутрішні сигнали голоду та ситості, відсутність дієтичних обмежень	Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2, адаптація Ящишиної Ю., Фатєєвої М.)
Гендерна ідентифікація	Ступінь маскулінності, фемінінності або андрогінності особистості	Статеворольовий опитувальник С. Бем (адаптація Ярошенко А.)
Особистісні риси	Екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість досвіду	Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості
Психоемоційний стан	Рівень тривоги та депресії	Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Операціональна модель дослідження у нашій роботі побудована на комплексному підході до вивчення психологічних аспектів харчової поведінки з урахуванням особистісних характеристик, рівня тривожності, інтуїтивного харчування, тілесного локусу контролю та статево-рольових особливостей. Основу дослідження складають різні змінні, серед яких тип харчової поведінки, її порушення та компульсивні прояви, рівень інтуїтивного сприйняття власних харчових потреб, локус контролю у ставленні до тіла, а також рівень тривожності та депресивних проявів.

З метою вимірювання цих показників використовується низка психодіагностичних методик, зокрема опитувальник харчової поведінки EAT-26, який дозволяє оцінити ознаки порушеної харчової поведінки, шкала інтуїтивного харчування IES-2 для визначення рівня довіри до власних фізіологічних сигналів голоду та ситості, а також опитувальник «Тілесний локус контролю», що відображає рівень суб'єктивної відповідальності за стан свого тіла. Емоційний стан учасників аналізується за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), що дозволяє визначити рівень емоційного дистресу. Для оцінки особистісних рис використовується Короткий п'ятифакторний опитувальник (TIPI), який дає змогу визначити такі параметри, як екстраверсія, доброзичливість, сумлінність, емоційна стабільність та відкритість досвіду. Дослідження статево-рольових характеристик здійснюється на основі опитувальника С. Бем, що допомагає виявити фемінінні, маскуліні або андрогінні особливості особистості.

Методологічна основа дослідження включає не лише використання стандартизованих психодіагностичних методик, але й подальший статистичний аналіз отриманих даних. Для цього застосовується кореляційний аналіз, що дозволяє виявити взаємозв'язки між різними параметрами, а також порівняльний аналіз для оцінки відмінностей між групами респондентів. Додатково використовується дескриптивна статистика, яка дозволяє узагальнити основні тенденції досліджуваних показників.

Таким чином, запропонована операціональна модель забезпечує всебічне дослідження взаємозв'язків між особистісними характеристиками, рівнем тривожності, тілесним сприйняттям та особливостями харчової поведінки, що дозволяє отримати емпірично обґрунтовані висновки щодо психологічних механізмів, які визначають її формування.

Комплексний аналіз даних, отриманих за допомогою перерахованих методик, дозволяє дослідити як когнітивні та емоційні аспекти харчової

поведінки, так і соціокультурні фактори, що впливають на її формування. Розглянемо всі перераховані вище методики більш детально.

1. Опитувальник харчової поведінки (EAT-26).

Методика EAT-26 є стандартизованим скринінговим інструментом для оцінки ризику розвитку розладів харчової поведінки. Вона була розроблена на основі оригінального 40-елементного тесту (Garner & Garfinkel, 1979) та адаптована до коротшої форми, яка зберегла високу психометричну валідність. Опитувальник складається з 26 тверджень, спрямованих на виявлення патологічних патернів харчової поведінки та ставлення до їжі.

EAT-26 включає три основні фактори: дієтичне обмеження, булімія та занепокоєння щодо харчування, оральний контроль. «Дієтичне обмеження» відображає когнітивні та поведінкові установки, спрямовані на контроль калорійності раціону та уникнення певних продуктів. «Булімія та занепокоєння щодо харчування» стосуються нав'язливих думок про їжу, епізодів переїдання та застосування компенсаторних стратегій. «Оральний контроль» пов'язаний із рівнем самоконтролю у харчуванні та впливом соціального середовища на харчові звички.

Шкала «Дієтичне обмеження» містить питання 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26.

Шкала «Булімія та занепокоєння щодо харчування» містить питання 3, 4, 9, 18, 21, 25.

Шкала «Оральний контроль» містить питання 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

Респонденти оцінюють твердження за шкалою Лайкерта, де відповіді «ніколи», «рідко» та «інколи» отримують 0 балів, а «часто», «дуже часто» і «завжди» – від 1 до 3 балів залежно від питання. Сума балів формується шляхом додавання відповідей за всіма пунктами. Граничним значенням, що вказує на підвищений ризик розладів харчової поведінки, є 20 балів і більше. Граничним

значенням за шкалою «Дієтичне обмеження» є 13 балів, за шкалами «Булімія» та «Оральний контроль» - 5 балів.

2. Методика «Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.).

Методика «Тілесний локус контролю», розроблена Тетяною Хомуленко, спрямована на визначення напрямку ставлення особистості до її фізичного тіла, зокрема в аспектах здоров'я, харчування, сексуальної поведінки та фізичної активності. Тілесний локус контролю визначає схильність людини приписувати причини подій, що стосуються її тіла, зовнішнім чи внутрішнім чинникам. У разі інтернального локусу людина вважає, що стан її тіла залежить від її власної діяльності і відповідальності за фізичне благополуччя. Екстернальний локус, навпаки, передбачає, що зміни в тілі є наслідком зовнішніх факторів.

Методика, що включає опитувальник тілесного локусу контролю (ТЛК), передбачає наявність пар протилежних тверджень, що оцінюють ставлення особистості до різних аспектів фізичного стану. Твердження діляться на п'ять основних сфер: здоров'я, краса і зовнішність, харчова поведінка, сексуальна активність та фізична активність. Оцінювання відбувається за 7-бальною шкалою Лайкерта, де респонденти вибирають відповідь на питання, від «зовсім не вірно» до «повністю вірно».

Обробка результатів дозволяє визначити рівень інтернальності локусу контролю. Значення в діапазоні 20-57 балів вказує на низький рівень інтернальності, 58-115 балів – середній рівень, і 116-140 балів – високий рівень інтернальності. Відповідно до цього, можна оцінити, як сильно особистість покладається на власну відповідальність за фізичний стан свого тіла.

3. Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2 Т.Тулка, адаптація Яцишиної Ю., Фатєєвої М.).

Шкала інтуїтивного харчування-2 (Intuitive Eating Scale-2), розроблена Т. L. Тулка та А. М. Kroon Van Diest (2013), оцінює харчову поведінку, зокрема здатність слідувати власним фізіологічним сигналам голоду та ситості,

визначаючи, коли і що саме їсти. Цей інструмент містить 23 питання, на які респонденти відповідають за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта, що варіюється від «повністю згоден» до «повністю не згоден». В результаті оцінки, окрім загального середнього балу, розглядаються за чотирма основними підшкалами: безумовний дозвіл на їжу, споживання їжі за фізіологічними потребами, орієнтація на сигнали голоду та ситості, а також здатність обирати їжу, що підтримує фізичну гармонію.

В Україні адаптацію методики здійснили Ю. Ящишина та М. Фатєєва. Для обчислення результатів у кожному випадку використовуються різні методи підсумовування, залежно від того, до якої підшкали належить конкретне питання. Наприклад, для підшкали «Безумовний дозвіл на їжу» підсумовуються пункти 1, 3, 4, 9, 16 та 17, після чого отриманий результат ділиться на кількість питань у підшкалі (6). Аналогічно, для підшкали «Їжа за фізіологічним голодом» підсумовуються пункти 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 і 15 (всього 8 питань), і результат ділиться на 8.

Остаточний рівень інтуїтивного харчування визначається за середнім балом, який розраховується, підсумовуючи всі пункти шкали та ділячи на 23. Залежно від отриманого значення, можна визначити рівень інтуїтивного харчування: високий (4,7–5 балів), вище середнього (3,71–4,6 бали), середній (3,14–3,7 бали) або низький (зона ризику).

4. Статеворольовий опитувальник С. Бем (адаптація Ярошенко А.)

Методика «Статеворольовий опитувальник» С. Бем спрямована на оцінку рівня вираженості маскулітних та фемінітних рис особистості респондента. Текст опитувальника складається з 60 питань, кожне з яких відповідає певній характеристиці особистості. Респондент має на кожне твердження дати свою оцінку, відмічаючи «+» чи «-», що вказує на наявність або відсутність певної риси у нього.

Опитувальник включає пункти, що відносяться до двох основних категорій: «маскулінність» та «фемінінність». Пункти, які стосуються маскулінності, мають позначення, що відповідають певним номерам (наприклад, 1, 4, 7, 10 і т. д.), а пункти, що стосуються фемінінності – інші номери (2, 5, 8, 11 і так далі). Пункти, що не належать до цих категорій, вважаються нейтральними.

Після того як респондент надає свої оцінки, психолог підраховує суми балів, отриманих за кожен з категорій: фемінінність (F) та маскулінність (M). Для кожної категорії сума балів ділиться на 20, щоб визначити індекс для кожної з рис.

Основний індекс IS обчислюється за формулою:

$$IS = (F - M) \times 2,322.$$
 Індекс IS дозволяє визначити тип статевої ролі респондента:

- Якщо значення індексу IS знаходиться в межах від -1 до +1, це свідчить про андрогінність.
- Якщо $IS < -1$, то це вказує на виражену маскулінність.
- Якщо $IS > 1$, то це свідчить про виражену фемінінність.
- Індекс IS, що менше -2,025, вказує на яскраво виражену маскулінність, а більше +2,025 – на яскраво виражену фемінінність.

5. Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (TIPI, адаптація Кліманської М., Галецької І.).

Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (TIPI), адаптований Кліманською М. та Галецькою І., спрямований на вимірювання основних рис особистості відповідно до п'ятифакторної теорії. Відповідно до цієї теорії, особистість можна описати за п'ятьма фундаментальними вимірами: екстраверсією, дружелюбністю, добросовісністю, емоційною стабільністю та відкритістю до нового досвіду. Ці категорії є універсальними та можуть бути застосовані для аналізу особистості в різних культурних та демографічних контекстах.

Опитувальник включає 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 1 до 7, де 1 означає «абсолютно не згоден», а 7 – «абсолютно згоден», що дозволяє респонденту висловити рівень згоди чи незгоди з кожною характеристикою.

Таблиця 2.2.

Розрахунок балів для методики «П'ятифакторний особистісний опитувальник»

Величина	Формула
Екстраверсія	1+6*
Дружелюбність	2*+7
Добросовісність	3+8*
Емоційна стабільність	4*+9
Відкритість новому досвіду	5+10*

Примітка: пункти, що позначені *, рахуються з інверсією.

Таким чином, методика ТІРІ оцінює п'ять ключових аспектів особистості:

1. Екстраверсія/інтроверсія: високі показники вказують на соціальну активність і комунікабельність, низькі – на замкнутість і стриманість.
2. Емоційна стабільність/нейротизм: високий рівень нейротизму відображає емоційну нестабільність, а низький – спокій і витривалість.
3. Дружелюбність: високі бали характеризують доброзичливість і готовність до співпраці, низькі – недовіру і схильність до конфліктів.
4. Добросовісність: високий рівень вказує на організованість і відповідальність, низький – на безвідповідальність і неорганізованість.
5. Відкритість новому досвіду: високі результати свідчать про креативність і схильність до нових ідей, низькі – на практичність і консерватизм.

6. *Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, в адаптації Кутікова О., Нікішкової І.).*

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є інструментом самооцінки, що використовується для вимірювання рівня тривоги та депресії у респондентів в умовах загальної медичної практики. Шкала була розроблена в 1983 році

авторами Zigmond A.S. та Snaith R.P. і відома своєю здатністю швидко та ефективно визначати наявність симптомів тривоги та депресії. Вона складається з 14 тверджень, які поділяються на дві підшкали: тривога (непарні пункти) та депресія (парні пункти).

Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 – максимальну вираженість. Цей підхід дозволяє зібрати кількісні дані, що характеризують рівень тривоги та депресії у респондента, що особливо важливо для первинної оцінки стану пацієнтів у медичних умовах.

Обробка результатів включає підрахунок сумарних балів за кожною шкалою. Інтерпретація результатів дозволяє виділити три рівні вираженості симптомів: відсутність симптомів (0-7 балів), субклінічна вираженість (8-10 балів) та клінічно виражена форма (11 балів і більше).

Для опрацювання емпіричних результатів було використано комплекс методів математичної статистики, які дозволили оцінити як розподіли ознак серед респондентів, так і перевірити наявність статистично значущих відмінностей та взаємозв'язків між змінними.

Для перевірки гіпотез про розбіжності між групами за якісними (категоріальними) ознаками було застосовано критерій χ^2 Пірсона, який є доцільним у випадках порівняння частот у таблицях з кількома номінативними змінними. У ситуаціях, коли одна або кілька клітинок таблиці мали очікувані частоти менші за 5, використовувався розширений критерій Фішера, що є більш коректним у таких умовах та дозволяє отримати точні значення для таблиць більшого розміру (наприклад, 3×2 або 4×2).

Для кількісних змінних, які були розподілені за шкалами типу інтервалів (наприклад, результати за шкалами опитувальників), з метою порівняння між групами було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Цей метод дозволив оцінити наявність статистично значущих відмінностей між

середніми значеннями показників у двох незалежних групах (зокрема, між чоловіками та жінками).

Для аналізу взаємозв'язків між змінними було використано кореляційний аналіз, зокрема два різні коефіцієнти кореляції – коефіцієнт кореляції Пірсона, що застосовувався у тих випадках, коли дані мали нормальний розподіл та відповідали умовам параметричного аналізу, та коефіцієнт кореляції Спірмена, що застосовувався для непараметричних змінних, коли розподіл відхилявся від нормального.

Статистичні підрахунки виконувалися за допомогою ліцензованого програмного забезпечення Jamovi, що забезпечує широкий спектр інструментів для реалізації параметричних та непараметричних методів статистики.

Поєднання параметричних і непараметричних статистичних процедур дало змогу адаптувати аналітичний підхід до особливостей емпіричних даних, що у свою чергу сприяло підвищенню достовірності отриманих результатів. Використання різних статистичних критеріїв забезпечило багатогранний аналіз як окремих показників, так і характеру взаємозв'язків між ними в контексті досліджуваної вибірки.

2.2. Психологічна характеристика вибірки досліджуваних

Юнацький вік є критичним періодом розвитку, коли індивіди особливо чутливі до соціальних впливів і формування особистісних характеристик. Виявлення гендерних відмінностей на цьому етапі є важливим, оскільки саме в цей час відбувається становлення самооцінки, зокрема через сприйняття власного тіла, що може впливати на харчову поведінку. У цьому віці багато молодих людей починають порівнювати себе з іншими та активно реагувати на зовнішні стандарти краси, які часто ідеалізують певні параметри зовнішності.

Зокрема, дослідження показують, що соціальні мережі, будучи важливою частиною сучасної молодіжної культури, можуть впливати на формування ідеалів тіла, створюючи невиправдані очікування щодо фізичної зовнішності, що провокує тривожність і невпевненість серед молоді. Ці фактори, на думку Кириленко (Кириленко, 2019) можуть стати основними детермінантами розвитку порушень харчової поведінки серед студентів, зокрема, в умовах високої тривожності.

Згідно з Корневою (Корнева, 2023) у процесі дорослішання люди нерідко звертаються до їжі як механізму подолання життєвих труднощів, конфліктів та обмежень. При цьому депресивні стани та епізоди неконтрольованого переїдання можуть виступати не лише наслідками, а й самостійними тригерами подальшого дистресу.

З огляду на ці теоретичні положення, особливої актуальності набуває дослідження харчової поведінки саме в юнацькому віці, коли відбувається активне формування особистісної та гендерної ідентичності, а зовнішній тиск щодо відповідності соціальним стандартам може істотно впливати на психологічне благополуччя.

Дослідницька вибірка була сформована з осіб віком від 18 до 25 років, що відповідає межах юнацького віку та ранньої дорослості. Цей період є критичним для формування особистісних якостей, а також для розвитку харчової поведінки, що може бути обумовлено як внутрішніми, так і зовнішніми факторами.

Для досягнення мети дослідження – визначити гендерні особливості розладів харчової поведінки – важливо було врахувати різницю в соціальних і культурних факторах, що впливають на чоловіків і жінок у цьому віці. На основі численних досліджень, які вказують на відмінності в ставленні до тіла та харчових звичок серед різних статей, було вибрано рандомізовану вибірку з 160 респондентів, серед яких 98 жінок та 62 чоловіки, середній вік респондентів 21.5 років. Такий склад вибірки дозволяє адекватно порівняти особливості порушень

харчової поведінки серед представників різних статей і забезпечити наукову значущість отриманих результатів.

Загальна характеристика респондентів всієї вибірки представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Загальна характеристика респондентів

Показник	Усі, n=160	Жінки, n=98	Чоловіки, n=62	p
Основний вид діяльності				
Студент	55%	58.2%	45.2%	0.110
Працює в організації/на себе	41.1%	38.8%	54.8%	0.049*
Відсутність роботи/навчання	3.9%	3%	-	0.171
Рівень освіти				
Середня освіта	15.5%	12.2%	20 %	0.183
Професійно-технічна освіта	6.2%	11.3%	-	0.007*
Неповна вища освіта	28.7%	29.6%	24.2%	0.457
Вища освіта (бакалавр)	27.1%	29.6%	17.7%	0.092*
Вища освіта (магістр)	21.7%	16.3%	38.1%	0.002*
Науковий ступінь	0.8%	1%	-	0.431
Сімейний стан				
Неодружений/незаміжня	66.7%	66.3%	69.4%	0.684
Одружений/заміжня	3.9%	4.2%	6.4%	0.537
У партнерстві	25.6%	25.5%	24.2%	0.853
Розлучений/розлучена	3.1%	3%	3.2%	0.943

Вдівець/вдова	0.8%	1%	-	0.431
Місце проживання				
Місто (>1млн. мешканців)	53.5%	52%	58%	0.459
Місто (100 тис. - 1млн. мешканців)	21.7%	21.4%	22.6%	0.858
Місто (<100 тис. мешканців)	14%	15.3%	9.7%	0.308
Селище міського типу	7%	8.2%	3.2%	0.205
Сільська місцевість	3.9%	3.1%	6.5%	0.309

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

У дослідженні взяли участь 160 респондентів, серед яких 98 жінок (61,3%) та 62 чоловіки (38,7%). Аналіз соціально-демографічних характеристик дозволяє окреслити основні особливості вибірки та визначити статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками.

Жінки значно частіше є студентками (58,2%) порівняно з чоловіками (45,2%). Водночас чоловіки частіше працюють (54,8% проти 38,8% серед жінок), і ця різниця є статистично значущою ($p = 0,049$). Частка осіб, які не працюють і не навчаються, невелика (3,9%) та не має значущих статевих відмінностей ($p = 0,171$).

У вибірці представлені респонденти з різними рівнями освіти. Статистично значущими є показники професійно-технічної освіти та магістерського ступеня: жінки частіше мають професійно-технічну освіту (11,3% проти 0% серед чоловіків, $p = 0,007$), тоді як чоловіки значно частіше здобули ступінь магістра (38,1% проти 16,3% серед жінок, $p = 0,002$). Інші рівні освіти не демонструють статистично значущих відмінностей: середню освіту частіше мають чоловіки (20% проти 12,2%, $p = 0,183$), рівень бакалавра частіше зустрічається серед жінок (29,6% проти 17,7%, $p = 0,092$), а неповна вища освіта є приблизно однаковою в обох групах (29,6% серед жінок і 24,2% серед чоловіків, $p = 0,457$).

Більшість респондентів у вибірці не перебувають у шлюбі: 66,7% загальної вибірки, причому 66,3% серед жінок і 69,4% серед чоловіків, що не є статистично значущою відмінністю ($p = 0,684$). Частка одружених осіб становить 3,9%, при цьому чоловіки дещо частіше перебувають у шлюбі (6,4% проти 4,2% серед жінок, $p = 0,537$). У партнерських стосунках перебувають 25,5% жінок і 24,2% чоловіків ($p = 0,853$). Частка розлучених респондентів майже ідентична (3% жінок і 3,2% чоловіків, $p = 0,943$). Вдівство зафіксовано лише серед жінок (1%), однак ця різниця не є значущою ($p = 0,431$).

Більшість учасників дослідження мешкають у містах із населенням понад 1 млн осіб (53,5%), зокрема 52% серед жінок та 58% серед чоловіків ($p = 0,459$). У містах середнього розміру (100 тис. – 1 млн осіб) проживають 21,4% жінок і 22,6% чоловіків ($p = 0,858$). Жінки дещо частіше мешкають у малих містах (15,3% проти 9,7% серед чоловіків, $p = 0,308$) та селищах міського типу (8,2% проти 3,2%, $p = 0,205$). Водночас у сільській місцевості частіше проживають чоловіки (6,5% проти 3,1%), однак ця різниця не є статистично значущою ($p = 0,309$).

Таким чином, проведений аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки засвідчив наявність кількох статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками. Зокрема, жінки у вибірці частіше навчаються, тоді як чоловіки частіше працюють. Статеві відмінності також виявлені в рівні освіти: жінки частіше мають професійно-технічну освіту, тоді як чоловіки значно частіше здобули ступінь магістра. В інших параметрах, зокрема сімейному стані та місці проживання, статистично значущих відмінностей не виявлено. Вибірка загалом репрезентативна для вивчення гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку.

Висновки до розділу 2:

1. Емпіричне дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку проводилося за допомогою шести методик:

«Опитувальник харчової поведінки» (EAT-26), «Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.), «Шкала інтуїтивного харчування – 2», «Статеворольовий опитувальник» С. Бем, «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості» (TIPI), «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

2. Вибірка дослідження охоплює 160 респондентів віком від 18 до 25 років, середній вік становить 21.5 років. Статевий розподіл представлений 98 жінками та 62 чоловіками, що відповідає загальній тенденції щодо більшої залученості жінок у дослідження, пов'язані з харчовою поведінкою. Аналіз соціально-демографічних характеристик показав, що більшість респондентів є студентами, причому серед жінок цей показник дещо вищий. Особи, які працюють, складають 41,1% вибірки, і серед них значно більше чоловіків, ніж жінок.

Щодо рівня освіти, найбільшу частку складають респонденти з неповною вищою освітою та бакалаврським ступенем. Водночас серед чоловіків значно частіше зустрічається ступінь магістра. Місце проживання також відображає певні відмінності: більшість опитаних мешкають у великих містах. Таким чином, вибірка є загалом репрезентативною для аналізу гендерних особливостей розладів харчової поведінки серед молоді.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

3.1. Описова статистика

Основною метою нашого дослідження було визначити гендерні особливості розладу харчової поведінки у осіб юнацького віку, в першу чергу було оцінено рівень вираженості симптомів РХП у досліджуваних. В якості методики для оцінки даного параметру була обрана «Опитувальник харчової поведінки (ЕАТ-26)», яка крім загальної вираженості симптомів РХП також оцінює дієтичні обмеження, булімію та оральний контроль. Результати діагностики за методикою представлені у таблиці 3.1. та на рисунку 3.1.

Таблиця 3.1.

Кількісні показники ризику розвитку розладів харчової поведінки

Шкала	Стать				Критерій Фішера, р
	Жіноча,		Чоловіча		
	Низький, <20	Високий, >20	Низький, <20	Високий, >20	
Дієтичне обмеження	84 (85,7%)	14 (14,3%)	60 (96,8%)	2 (3,2%)	0.0290*
Булімія	78 (79,6%)	20 (20,4%)	60 (96,8%)	2 (3,2%)	0.0018*
Оральний контроль	74 (75,5%)	24 (24,5%)	52 (83,9%)	10 (16,1%)	0.2384
Ризик розвитку РХП	83 (84,7%)	15 (15,3%)	54 (87,1%)	8 (12,9%)	0.8181

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість

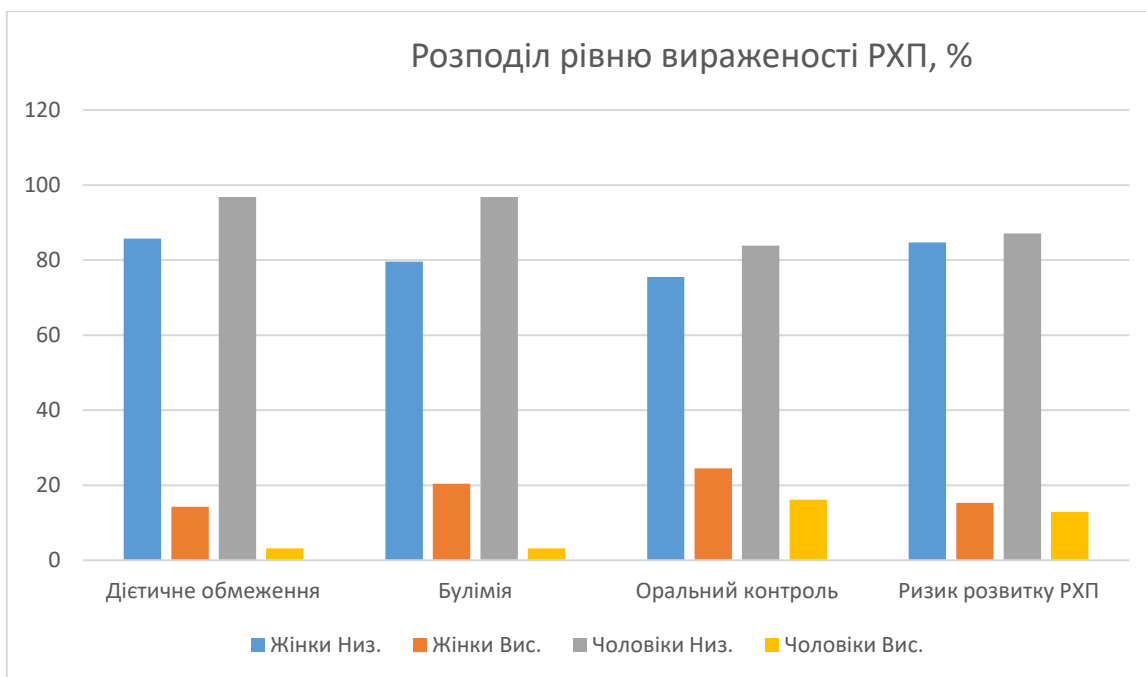


Рис. 3.1. Розподіл рівню вираженості РХП у чоловіків та жінок

Високі показники (понад 13 балів) за шкалою «Дієтичне обмеження», які можуть вказувати на наявність стійкого бажання контролювати вагу шляхом обмеження калорійності їжі, уникнення певних продуктів або надмірної стурбованості зовнішнім виглядом, спостерігалися у 14,3% жінок та 3,2% чоловіків. Більшість респондентів як жіночої (85,7%), так і чоловічої (96,8%) статі отримали низькі бали, що свідчить про відсутність значущого переважаючого обмежувальної харчової поведінки у вибірці загалом. Однак вищий відсоток жінок із високими показниками може бути пов'язаний з соціокультурними факторами, які роблять жіноче тіло об'єктом більшої уваги та критики. У юнацькому віці схильність до дієтичних практик може виступати як формою самоконтролю, так і реакцією на стандарти зовнішності.

За шкалою «Булімія» підвищені показники (понад 5 балів), що можуть свідчити про наявність епізодів переїдання, втрати контролю над споживанням їжі або очищувальної поведінки, виявлено у 20,4% жінок та 3,2% чоловіків. У більшості респондентів – як жінок (79,6%), так і чоловіків (96,8%) – рівень за цією шкалою залишився в межах норми. Наявність підвищених балів може вказувати

на імпульсивні форми харчової поведінки, що часто пов'язані з емоційною регуляцією, психологічним напруженням або незадоволеністю собою. Також це може бути наслідком дієтичних обмежень, які зрештою призводять до зривів у харчуванні.

Високі показники за шкалою «Оральний контроль», які можуть вказувати на високий рівень самоконтролю або намагання створити враження «нормального харчування» під впливом зовнішнього середовища, виявлено у 24,5% жінок та 16,1% чоловіків. Переважна частина респондентів обох статей мала низькі показники, що говорить про відносно помірний або низький рівень зовнішнього контролю у харчовій поведінці. Високі показники можуть свідчити як про реальний контроль за харчуванням, так і про бажання відповідати соціальним очікуванням.

За результатами ми бачимо, що приблизно кожна четверта жінка у вибірці демонструє тенденцію до значного контролю прийому їжі, ймовірно, під впливом зовнішніх норм, уявлень про «ідеальну» жіночу поведінку або страху осуду. Така поведінка може проявлятися у вигляді навмисного зменшення порцій у присутності інших, демонстративного вибору «здорової» їжі, або навіть відмови від їжі при інших людях. У чоловіків високі показники були виявлені у 16,1% вибірки. Хоча ця частка нижча, ніж у жінок, вона теж є значущою. У чоловіків високий оральний контроль може мати інше психологічне підґрунтя – наприклад, прагнення до дисципліни, тілесного контролю (у межах ідеалів сили та витривалості), або уникнення «слабкості», яку може символізувати емоційне переїдання. Ці дані свідчать про потенційний ризик формування компенсаторних або ригідних патернів у харчуванні, особливо в соціальних ситуаціях.

Загальний бал ЕАТ-26 понад 20, який вважається індикатором ризику розвитку РХП, виявлено у 15,3% жінок та 12,9% чоловіків. У жінок результати можуть бути пов'язані з соціальним тиском, який часто впливає на осіб жіночої статі, змушуючи їх відповідати певним стандартам краси і тілесного вигляду. Це

може призводити до розвитку патернів харчової поведінки, спрямованих на контроль за вагою, таких як обмеження калорій або надмірна турбота про те, що їдять. Вплив соціальних та культурних норм, а також емоційні виклики, пов'язані зі стресом чи тривожністю, можуть ще більше посилювати цей ризик.

Показник високого ризику розвитку РХП у чоловіків свідчить про зростаючий вплив соціальних стандартів щодо фізичної форми й вигляду, який торкається не лише жіночої, а і чоловічої статі. Зміни в соціальних нормах, що акцентують увагу на мускулатурі та фізичній формі, можуть призводити до розвитку розладів харчової поведінки у чоловіків. Вони можуть почати обмежувати харчування або слідувати діетам для нарощування м'язової маси, що в свою чергу може сприяти розвитку таких порушень, як анорексія чи булімія. У підсумку, це дозволяє зробити висновок, що ризик порушень харчової поведінки виявляється у частини молодих людей обох статей, проте без значного статевого розриву.

Також згідно з результатами аналізу відповідей за шкалами методики «Опитувальник харчової поведінки (ЕАТ-26)», було проведено порівняння частоти виявлення високих та низьких показників серед чоловіків і жінок юнацького віку з використанням точного критерію Фішера.

Статистично значущі відмінності між представниками різних статей виявлено за двома шкалами. Зокрема, за шкалою «Дієтичне обмеження» жінки частіше демонстрували високі показники, що вказує на більшу схильність до обмеження харчування з метою контролю ваги чи фігури ($p = 0.029$). Подібна тенденція простежується і за шкалою «Булімія», де високі результати, що відображають ризик компульсивного переїдання та компенсаторної поведінки, також були значно частішими серед жінок ($p = 0.0018$). Це може свідчити про наявність статевих та гендерних відмінностей у переживанні і контролі харчової поведінки.

Водночас за шкалами «Оральний контроль» та «Ризик розвитку розладів харчової поведінки» статистично значущих розбіжностей між жінками та чоловіками не зафіксовано ($p = 0.2384$ та $p = 0.8181$ відповідно). Отже, в межах вибірки не виявлено суттєвої різниці у рівні загального ризику розвитку розладів харчової поведінки за статевою ознакою, хоча часткові прояви (як-от дієтичне обмеження та булімічні тенденції) виявляються переважно у жінок.

Наступним кроком нашого дослідження є визначення тілесного локусу контролю, а саме спрямованість ставлення досліджуваних до власного тіла, за допомогою методики «Тілесний локус контролю» Т. Хомуленко. Тілесний локус контролю розглядається як особливість сприйняття причинності щодо змін, які відбуваються з тілом у контексті фізичного самопочуття, здоров'я, харчової та сексуальної поведінки. Він може мати внутрішню або зовнішню орієнтацію. Внутрішній (інтернальний) тілесний локус контролю характеризується переконанням, що саме особисті дії, зусилля та відповідальність людини визначають стан її тіла, його функціонування та зовнішній вигляд. Зовнішній (екстернальний) локус, навпаки, відображає тенденцію приписувати ті зміни, які стосуються тіла, впливу зовнішніх чинників – спадковості, обставин, середовища чи соціальних очікувань. Результати представлені в таблиці 3.2. та на рисунку 3.2.

Таблиця 3.2.

Кількісні показники тілесного локусу контролю

Рівень інтернальності	Стать		χ^2 Пірсона, p
	Жіноча	Чоловіча	
Низький	-	2 (3,2%)	0.00018*
Середній	57 (58,2%)	52 (83,9%)	
Високий	41 (41,8%)	8 (12,9%)	

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

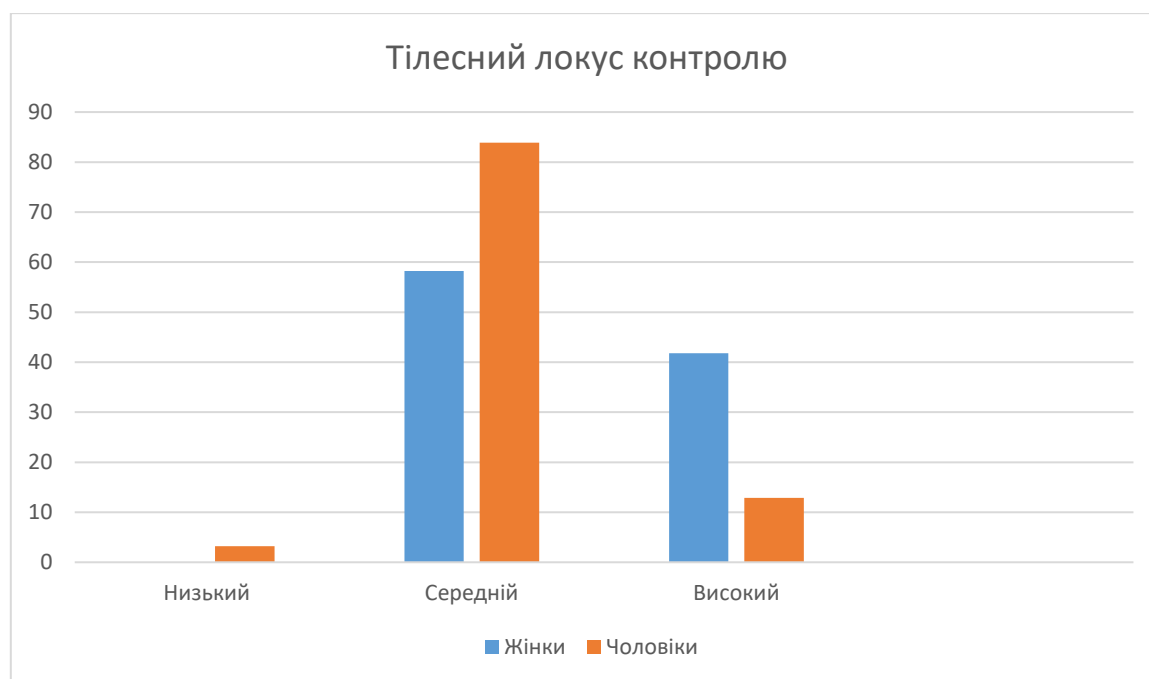


Рис. 3.2. Розподіл показників тілесного локусу контролю у чоловіків та жінок

Низький рівень інтернальності був виявлений лише серед чоловіків (2 респонденти, що становить 3,2% вибірки чоловіків), тоді як жодна з жінок не продемонструвала такого рівня. Це свідчить про те, що жінки в досліджуваній вибірці не схильні до зовнішнього локусу контролю або зовнішньої атрибуції подій. Середній рівень інтернальності переважав серед чоловіків: його мали 83,9% ($n = 52$) чоловіків порівняно з 58,2% ($n = 57$) жінок. Це свідчить про те, що чоловіки частіше мають збалансований рівень інтернальності, який не тяжіє до крайніх позицій.

Натомість високий рівень інтернальності продемонструвала більша частка жінок – 41 особа (41,8%), у той час як серед чоловіків таких було лише 8 осіб (12,9%). Це дозволяє припустити, що жінки більшою мірою схильні брати відповідальність за події у власному житті та відчувати себе суб'єктом дії, що може мати як захисне значення, так і потенційно сприяти формуванню перфекціоністичних установок.

У межах дослідження було проаналізовано розподіл рівня інтернальності серед представників різної статі. Згідно з отриманими даними, спостерігається статистично значуща відмінність у рівні інтернальності між жінками та чоловіками (χ^2 -критерій = 19.4, $p = 0.00018$), що вказує на наявність статевих відмінностей у цьому показнику.

Такий розподіл може свідчити про глибші соціокультурні відмінності у сприйнятті особистої відповідальності за тілесність та зовнішність. Зокрема, жінки частіше вважають себе відповідальними за власну зовнішність, тілесну привабливість і сексуальність. Їм властива віра у можливість впливати на власне тіло, контролювати його вигляд і функціонування відповідно до власних зусиль.

В родинному середовищі жінок з дитинства орієнтують на зовнішню привабливість, естетичний вигляд, манери поведінки та відповідність певним стандартам. Такі очікування з боку батьків і близького оточення формують у дівчат відповідальність за свій зовнішній образ ще з ранніх етапів розвитку. Додатковим джерелом тиску виступають медіа, де нерівномірність гендерних стандартів краси є виразною: жіночій зовнішності висувається значно більше вимог, ніж чоловічій. Усе це сприяє формуванню переконання, що зовнішній вигляд – зона особистого впливу і контролю, а не випадковий результат. Таким чином, соціокультурні обставини сприяють більшій інтерналізації аспектів краси й сексуальності саме серед жінок.

Натомість чоловіки у більшості випадків демонструють установку на зовнішній контроль: вони схильні сприймати тілесність як менш залежну від їхніх особистих дій чи бажань, а натомість як обумовлену спадковістю, оточенням або іншими зовнішніми обставинами, на які вплив є обмеженим.

Наступною методикою, що дозволила дослідити інтуїтивне харчування, є «Шкала інтуїтивного харчування – 2» (IES-2 Т.Тулка, адаптація Яцишиної Ю., Фатєєвої М.). Результати методики представлені в таблиці 3.3. та на рисунку 3.3.

Таблиця 3.3.

Кількісні показники за шкалами інтуїтивного харчування

Шкала	Стать							
	Жіноча				Чоловіча			
	Низ.	Сер.	В.сер.	Вис.	Низ.	Сер.	В.сер.	Вис.
Загальна	29 (29,6%)	36 (36,7%)	32 (32,7%)	1 (1%)	12 (19,4%)	16 (25,8%)	34 (54,8%)	-
Безум. дозвіл	16 (16,3%)	23 (23,5%)	40 (40,8%)	19 (19,4%)	12 (19,4%)	22 (35,5%)	16 (25,8%)	12 (19,4%)
Їжа з огляду на фіз. Голод	48 (49%)	23 (23,5%)	24 (24,5%)	3 (3%)	18 (29%)	16 (25,8%)	22 (35,5%)	6 (9,7%)
Голоду та ситості	32 (32,7%)	24 (24,5%)	26 (26,5%)	16 (16,3%)	10 (16,1%)	22 (35,5%)	20 (32,3%)	10 (16,1%)
Гармонія їжі і тіла	46 (46,9%)	22 (22,5%)	18 (18,4%)	12 (12,2%)	8 (13%)	26 (41,9%)	18 (29%)	10 (16,1%)

Загальна шкала інтуїтивного харчування показала, що серед жінок переважають низькі та середні рівні (29,6% та 36,7% відповідно), тоді як лише 1% жінок мають високий рівень інтуїтивного харчування. Це може свідчити про домінування зовнішньо обумовленої харчової поведінки, зокрема – звичку дотримуватись дієт, ігноруючи сигнали тіла. Серед чоловіків, навпаки, спостерігається вища концентрація у високосередньому діапазоні (54,8%) та значно менша частка низьких показників (19,4%), що вказує на більш інтуїтивний підхід до харчування у чоловіків цієї вибірки.

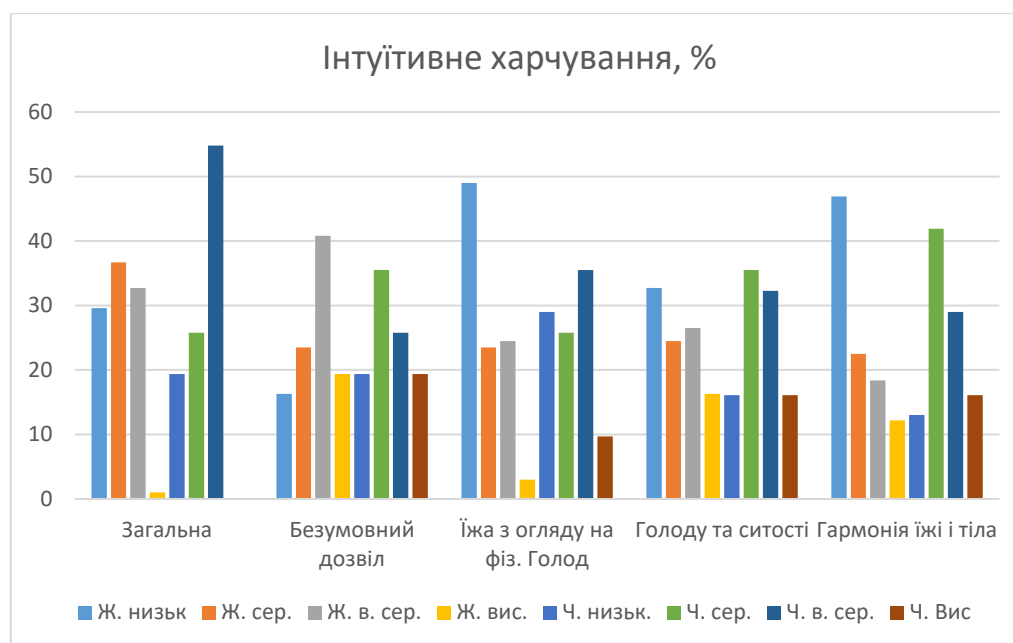


Рис. 3.3. Розподіл рівнів шкал інтуїтивного харчування у чоловіків та жінок

Шкала «Безумовний дозвіл на їжу», яка відображає здатність дозволяти собі їсти будь-які продукти без провини чи обмежень, показала у жінок дещо зміщений розподіл у бік високосереднього рівня (40,8%) та високого (19,4%), що може вказувати на зростання прийняття гнучкої харчової поведінки. Проте присутність 16,3% респонденток із низьким рівнем свідчить про те, що частина з них усе ще дотримується суворих правил у харчуванні. У чоловіків також переважає середній та високосередній рівень (35,5% та 25,8% відповідно), а високу частку (19,4%) становлять респонденти з високим рівнем дозволу собі отримувати будь-яку їжу. Це може свідчити про трохи більшу включеність чоловіків у дієтичні заборони та меншу фіксацію жінок на контролі за їжею.

Шкала «Орієнтація на фізіологічний голод», що оцінює здатність їсти відповідно до потреб тіла, засвідчила у жінок переважання низького рівня (49%). Це вказує на тенденцію ігнорувати сигнали голоду, можливо, внаслідок зовнішнього тиску або внутрішніх переконань щодо харчування. Натомість у чоловіків вищі показники: 35,5% високосередній і 9,7% високий рівень, що свідчить про кращу тілесну чутливість та менший вплив харчових норм.

Шкала «Сигнали голоду та ситості», що відображає здатність помічати та реагувати на внутрішні сигнали тіла, також демонструє у жінок переважання низьких (32,7%) і середніх (24,5%) рівнів. Проте вже 16,3% мають високі показники, що може свідчити про наявність тілесного усвідомлення у частини жінок. У чоловіків ці показники розподілені більш рівномірно, з помітною перевагою середнього (35,5%) та високосереднього рівня (32,3%), що свідчить про більш стабільний контакт із тілесними відчуттями.

Шкала «Гармонія їжі та тіла», яка вимірює, наскільки людина довіряє тілу у виборі їжі та не конфліктує із собою під час їжі, показала, що майже половина жінок (46,9%) мають низький рівень, а ще 22,5% середній. Це говорить про часте відчуття провини, сумніви у виборі їжі та ймовірну наявність внутрішніх заборон. У чоловіків домінує середній рівень (41,9%), а високий 16,1%, що може свідчити про менший внутрішній конфлікт щодо харчової поведінки.

У межах дослідження було здійснено порівняльний аналіз рівнів інтуїтивного харчування між представниками жіночої та чоловічої статі з використанням критерію χ^2 Пірсона. Метою було з'ясування, чи статистично відрізняються розподіли респондентів за шкалами інтуїтивного харчування залежно від статі. Результати наведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Статеві відмінності в проявах інтуїтивного харчування

Шкала	χ^2	p
Загальна шкала	8.11	0.0437*
Безумовний дозвіл на їжу	4.59	0.2042
Орієнтація на фізичний голод	8.30	0.0402*

Сигнали голоду та ситості	5.98	0.1125
Гармонія їжі і тіла	20.18	0.0002*

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

За загальною шкалою інтуїтивного харчування виявлено статистично значущу різницю між чоловіками та жінками ($\chi^2 = 8.11$; $p = 0.0437$). У жінок домінують середні рівні (36,7%) та високосередні (32,7%), тоді як серед чоловіків переважає дуже середній рівень (54,8%), що може свідчити про вищий загальний рівень інтуїтивного харчування серед чоловіків, порівняно з жінками.

Також значущі відмінності виявлено за шкалою орієнтації на фізіологічний голод ($\chi^2 = 8.30$; $p = 0.0402$). Жінки частіше демонструють низький рівень за цією шкалою (49%), тоді як серед чоловіків виразніше представлений високосередній рівень (35,5%). Це може вказувати на те, що жінки в меншій мірі орієнтуються на сигнали справжнього фізіологічного голоду, що, ймовірно, пов'язано з дієтичними обмеженнями чи зовнішніми стимулами.

Найвиразніша статистично значуща відмінність виявлена за шкалою гармонії їжі і тіла ($\chi^2 = 20.18$; $p = 0.0002$). Жінки частіше мають низький рівень гармонізації харчових звичок із тілесними потребами (46,9%), тоді як у чоловіків переважають середні (41,9%) та високосередні (29%) рівні. Це свідчить про вищу інтеграцію процесу харчування в загальне тілесне відчуття серед чоловіків, що може бути пов'язано з меншою соціальною напругою в контексті зовнішності та контролю за вагою.

Водночас, за шкалами безумовного дозволу на їжу та сигналів голоду й ситості, статистично значущих розбіжностей не виявлено, хоча наявні певні тенденції до різного розподілу, як вже було зазначено вище.

У підсумку, результати демонструють виражену різницю між чоловіками і жінками щодо інтуїтивного харчування: чоловіки частіше демонструють більшу гармонію з тілом, кращу здатність орієнтуватися на фізіологічні сигнали та

дозволяти собі їжу без провини. У жінок більш поширені низькі та середні рівні, що може бути пов'язане із впливом дієтичної культури, зовнішніми стандартами та міжособистісним тиском щодо зовнішності.

Наступник кроком в нашому дослідженні було визначення гендерних особливостей респондентів, а саме маскулінної, фемінінної чи андрогінної групи характеристик, за допомогою «Статеворольового опитувальника» С. Бем. Результати наведені в таблиці 3.5. та на рисунку 3.4.

Таблиця 3.5.

Статеворольовий індекс у жінок та чоловіків

Стать	Жінки			Чоловіки			χ^2
	Маск.	Андр.	Фем.	Маск.	Андр.	Фем.	
Статеворольова характеристика							
	5 (5,1%)	81 (82,7%)	12 (12,2%)	12 (19,4%)	44 (71%)	6 (9,6%)	8,13

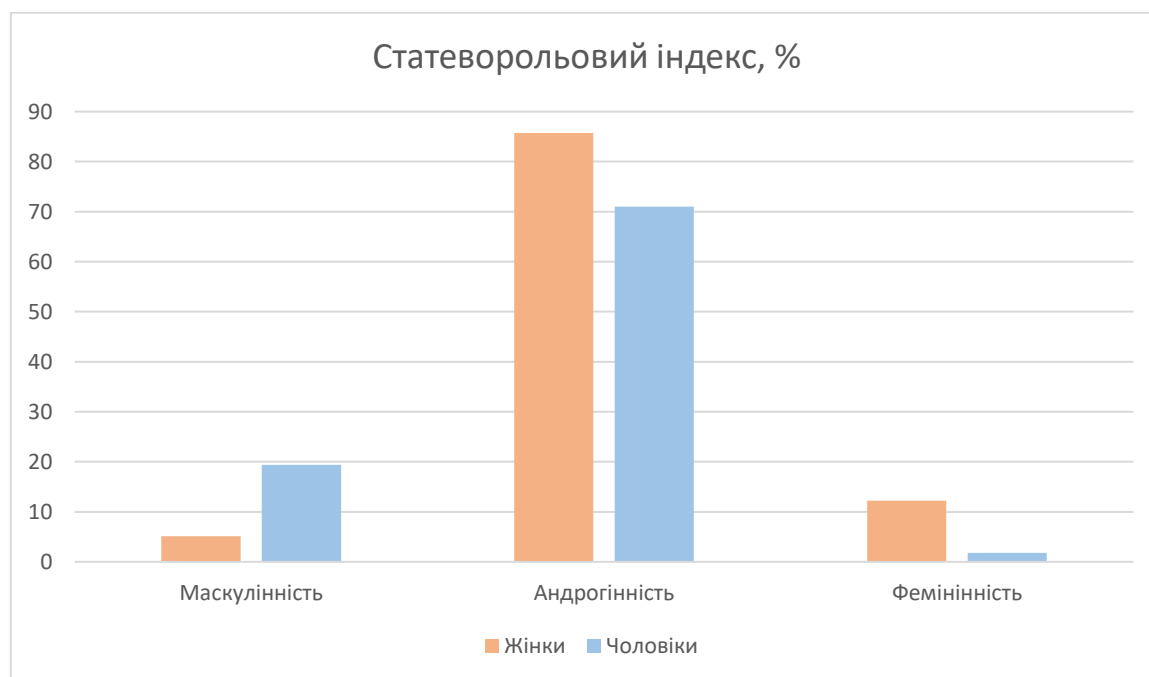


Рис. 3.4. Розподіл показників статеворольового індексу у чоловіків та жінок

У наведеній таблиці ми бачимо, що серед жінок переважна більшість продемонструвала андрогінний тип (82,7%), тоді як лише 5,1% виявили маскулінну і 12,2% – фемінінну ідентичність. У групі чоловіків андрогінний тип також був домінантним (71%), проте частка маскулінної ідентичності була значно вищою (19,4%), а фемінінної – нижчою (9,6%).

Статистичний аналіз за критерієм χ^2 Пірсона дозволив встановити наявність статистично значущих відмінностей у розподілі статево-рольових характеристик між жінками та чоловіками: $\chi^2(2, n = 160) = 8,13, p < 0,05$.

Андрогінність є найбільш вираженим статево-рольовим індексом в обох досліджуваних групах. Андрогінність передбачає поєднання як маскулінних (наприклад, рішучість, незалежність), так і фемінінних рис (емоційність, турботливість), що дозволяє індивіду краще адаптуватися до соціальних змін. Домінування андрогінного типу у жінок може бути пов'язане з тенденціями соціальної емансипації, зростанням рівня самостійності, професійної активності, а також поступовим розширенням соціальних ролей, прийнятних для жінок у сучасному суспільстві. Андрогінність пов'язується з психологічною гнучкістю, емоційною стабільністю та високою самооцінкою. Це підтверджує адаптивний потенціал андрогінного типу в умовах трансформаційних змін у ролях чоловіків і жінок.

Водночас у чоловіків значну частку займає маскулінний тип (19,4%), що може бути пов'язано з жорсткішими соціальними очікуваннями щодо відповідності традиційній чоловічій ролі, особливо у контекстах, де від чоловіків очікується домінування, раціональність, силу тощо. Також це може свідчити про те, що чоловіки частіше дотримуються соціальних ролей та характеристик, які притаманні маскулінному гендеру. Таким чином можна припустити, що дану тенденцію пояснює те, що чоловіки частіше зазнають соціального тиску до

відповідності традиційним маскулінним нормам, уникання фемінності, емоційної відкритості чи поведінкової гнучкості.

Низький рівень фемінінної ідентичності серед обох статей, ймовірно, є наслідком загального переорієнтування суспільства на цінності активності, автономності та самореалізації, які більше співвідносяться з маскулінними чи андрогінними рисами, ніж з традиційно фемінінними.

Загалом, жінки демонструють більш високий рівень андрогінності, що свідчить про інтеграцію в поведінку рис, характерних як для маскуліного, так і фемініного типу. Результати чоловіків також показують більшу вираженість андрогінного статевої ролі індексу, проте значну частку результатів займає маскулінний тип, що узгоджується з традиційною моделлю соціалізації та актуальними культурними нормами щодо чоловічої поведінки.

Наступною методикою, що дала нам можливість дослідити особистісну сферу досліджуваних, є Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (TIPI). Він був використаний для виміру таких параметрів, як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість до нового досвіду. Результати представлені у таблиці 3.6. та рис. 3.5.

Таблиця 3.6.

Середні значення та медіана п'ятифакторної моделі особистості

Шкала	Жінки		Чоловіки	
	Середнє значення	Медіана	Середнє значення	Медіана
Екстраверсія	8.7	8.5	8.6	9
Дружелюбність	9.9	10	9.9	10
Добросовісність	8.6	8.5	9	9

Емоційна стабільність	6.4	6	8.5	9
Відкритість досвіду	9.7	10	9.7	10

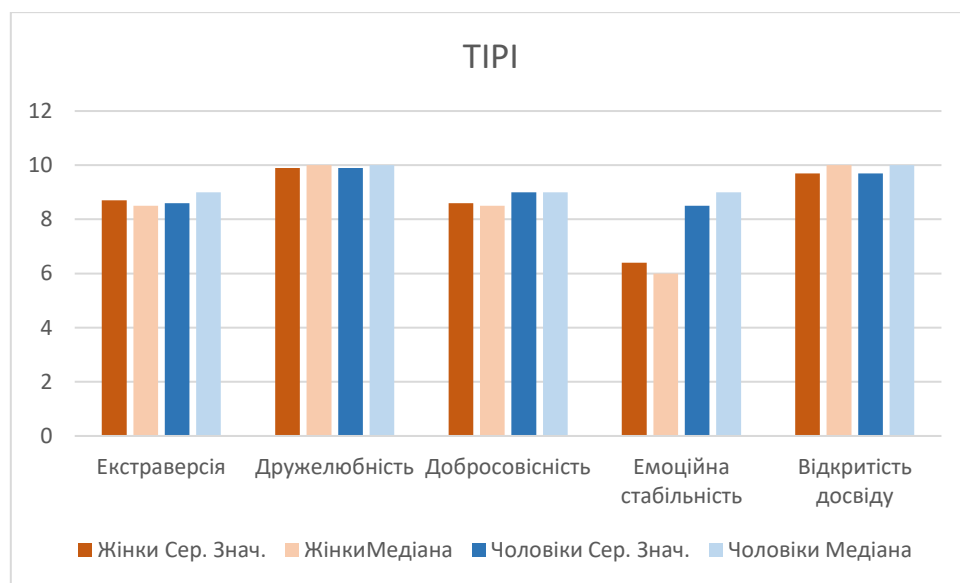


Рис. 3.5. Розподіл показників шкал TIPI у чоловіків та жінок

Аналіз показує, що найбільш вираженими рисами особистості у представників обох груп є дружелюбність та відкритість до досвіду, оскільки середні значення по цих шкалах близькі до максимальних. Це свідчить про високу здатність респондентів до емпатії, співпраці, прийняття нових ідей, креативність та гнучкість мислення.

У показниках екстраверсії і добросовісності значення також є досить високими та майже однаковими у жінок і чоловіків, що свідчить про схожі тенденції в енергійності, соціальній активності, відповідальності та цілеспрямованості.

Натомість найбільш помітна різниця спостерігається за шкалою емоційної стабільності, де жінки мають суттєво нижче середнє значення (6.4 проти 8.5) та

нижчу медіану (6 проти 9). Це вказує на вищу емоційну вразливість, схильність до тривожності та напруження у жіночій групі.

Статистичний аналіз відмінностей між групами чоловіків і жінок було здійснено за допомогою U-критерію Манна–Уїтні, оскільки дані не відповідали нормальному розподілу. Результати наведені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

U-критерій Манна–Уїтні для оцінки відмінностей за шкалами ТІРІ

Шкала	U-значення	p
Екстраверсія	1512.5	0.973
Дружелюбність	1542.0	0.900
Добросовісність	1381.5	0.447
Емоційна стабільність	840.0	0.00017*
Відкритість досвіду	1523.5	0.982

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Як видно з таблиці, єдина статистично значуща відмінність між групами виявлена за шкалою емоційної стабільності ($U = 840.0$, $p < 0.001$), де чоловіки продемонстрували вищі значення, ніж жінки. Це означає, що чоловіки, у середньому, менш схильні до переживання тривоги, роздратування чи емоційної нестабільності порівняно з жінками. Всі інші шкали не виявили статистично значущих статевих розбіжностей.

Ці дані підтверджують, що жінки демонструють вищий рівень нейротизму, що в ТІРІ відображається як нижча емоційна стабільність. Можна припустити, що результати зумовлені як біологічними факторами (гормональна регуляція, стресова реактивність), так і соціокультурними впливами (виховання, рольові очікування). До прикладу, високі значення емоційної стабільності у чоловіків можуть бути пояснені обмеженням вираження емоцій з боку соціуму. Це

може як сприяти розвитку внутрішньої стабільності, так і маскувати справжній емоційний стан через соціально бажану поведінку.

Щодо інших рис – екстраверсії, дружелюбності, добросовісності та відкритості до досвіду – між жінками та чоловіками не виявлено статистично значущих відмінностей. Це може свідчити про поступове згладжування традиційних гендерних розбіжностей у прояві базових особистісних характеристик, особливо серед молодого покоління.

Наступною методикою, використаною у нашому дослідженні для вивчення рівня тривоги та депресії у респондентів, була «Госпітальна шкала тривоги і депресії», яка передбачає розподіл результатів на три рівні: норма, субклінічна вираженість та клінічна вираженість симптомів. Результати представлені в таблиці 3.8. та на рисунку 3.6.

Таблиця 3.8.

Кількісні показники за шкалами тривоги та депресії

Шкала	Жінки			Чоловіки			χ^2	p
	Норма	Субкл. вираж.	Клін. вираж.	Норма	Субкл. вираж.	Клін. вираж.		
Тривога	30 (30,6%)	19 (19,4%)	49 (50%)	26 (42%)	18 (29%)	18 (29%)	6.91	0.032*
Депресія	52 (53%)	24 (24,5%)	22 (22,4%)	40 (64,5%)	12 (19,4%)	10 (16,1%)	2.07	0.355

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

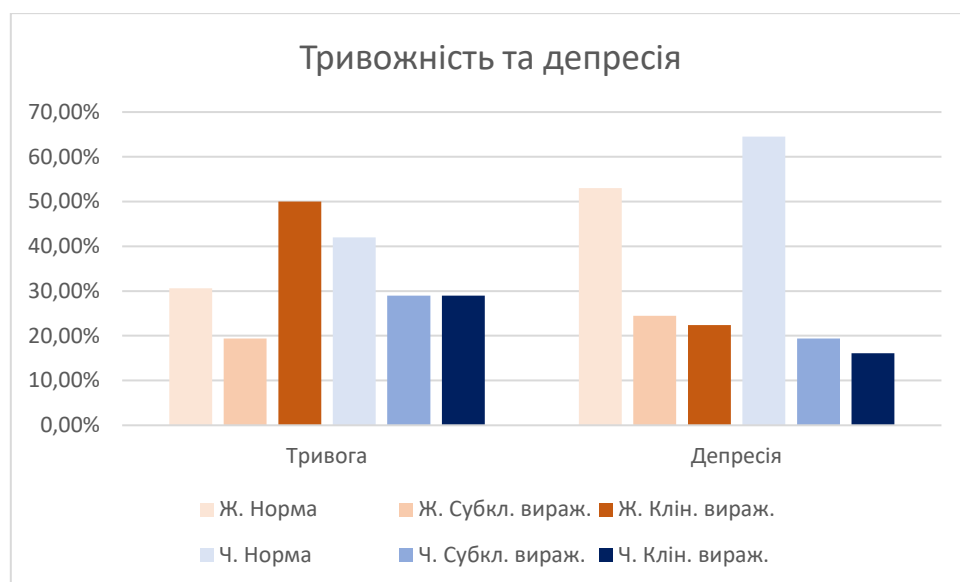


Рис. 3.6. Розподіл показників тривожності та депресії у чоловіків та жінок

Отримані результати свідчать про відмінності у вираженості тривожних проявів між жінками та чоловіками. Зокрема, серед жінок 30,6% продемонстрували нормальний рівень тривоги, 19,4% – субклінічний, тоді як половина респонденток (50%) мали клінічно виражену тривожність. Серед чоловіків показники розподілились інакше: 42% учасників продемонстрували нормальний рівень тривожності, 29% – субклінічний, і 29% – клінічно виражений.

З метою виявлення статистично значущих відмінностей у розподілі респондентів за рівнем тривоги залежно від статі було застосовано критерій χ^2 Пірсона. Результати аналізу виявили наявність статистично значущих відмінностей між групами, $\chi^2(2) = 6.91$, $p = 0.032$. Це дозволяє зробити висновок, що рівень тривоги достовірно відрізняється між чоловіками і жінками. Зокрема, серед жінок значно частіше спостерігається клінічна форма тривожності. Такий результат узгоджується з сучасними науковими дослідженнями, які вказують на більш високий рівень емоційної чутливості у жінок, а також на більшу схильність до переживань і тривожних станів, що можуть бути зумовлені як біологічними, так і соціокультурними чинниками. Можна припустити, що жінки частіше

зазнають соціального тиску, пов'язаного із зовнішністю, соціальними ролями та очікуваннями, що може сприяти формуванню хронічної тривожності.

Щодо шкали депресії, результати вказують на те, що серед жінок 53 % мали нормальний рівень депресивності, 24,5 % – субклінічний рівень, а 22,4 % – клінічну вираженість симптомів. У чоловіків ці показники склали відповідно 64,5 %, 19,4 % та 16,1 %.

Застосування χ^2 -критерію не виявило статистично значущих відмінностей між статями за рівнем депресивності: $\chi^2(2) = 2.07$, $p = 0.355$. Таким чином, можна стверджувати, що рівень депресії за цією методикою не відрізняється статистично значущим чином між чоловіками та жінками.

3.2. Кореляційний аналіз

Для виявлення можливого взаємозв'язку між особливостями харчової поведінки та статевою рольовою ідентичністю у жінок юнацького віку було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Вивчалися кореляційні зв'язки між індексом статевою рольовою ідентичності, визначеним за опитувальником Сандри Бем, та шкалами тесту «Опитувальник харчової поведінки (EAT-26)»: «Дієтичне обмеження», «Булімія», «Оральний контроль», а також загальним рівнем розладів харчової поведінки (РХП). Результати представлені у таблиці 3.9. Повна таблиця кореляції розміщена в додатках (Додаток А).

Таблиця 3.9.

Кореляційні зв'язки між статевою рольовим індексом та шкалами EAT-26 у жінок

	Статеворольовий індекс	Дієтичне обмеження	Булімія	Оральний контроль	Рівень РХП

Статеворольовий індекс	—	$r = -0.002,$ $p = 0.981$ $\rho = 0.160,$ $p = 0.117$	$r = 0.179,$ $p = 0.077$ $\rho = 0.076,$ $p = 0.460$	$r = -0.131,$ $p = 0.199$ $\rho = -0.187,$ $p = 0.065$	$r = 0.006,$ $p = 0.954$ $\rho = 0.048,$ $p = 0.637$
------------------------	---	--	---	---	---

Як ми бачимо за таблицею, результати кореляційного аналізу не виявили статистично значущого взаємозв'язку між статеворольовим індексом за Сандрою Бем та жодною з шкал опитувальника ЕАТ-26 у вибірці жінок юнацького віку. Усі значення коефіцієнтів кореляції (r , ρ) є низькими, а p -значення перевищують критичний рівень значущості ($p > 0.05$), що свідчить про відсутність достовірних асоціацій.

Найвищий показник (хоча й незначущий) спостерігається між статеворольовим індексом та шкалою «Булімія» ($r = 0.179$, $p = 0.077$), що може вказувати на певну тенденцію до зв'язку між типом статеворольової ідентичності та імпульсивними проявами харчової поведінки, однак ця тенденція потребує подальшого дослідження.

Для аналізу взаємозв'язку між статеворольовим індексом та інтуїтивним харчуванням (згідно з методикою «Шкала інтуїтивного харчування») було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.10. Повна таблиця знаходиться у додатках (Додаток Б).

Таблиця 3.10.

Кореляційні зв'язки між статеворольовим індексом та шкалами інтуїтивного харчування у жінок

	Шкала інтуїт. харч.	Безумовний дозвіл на їжу	Їжа з огляду на фіз. голод	Поклад. на	Гармонія тіла та їжі
--	---------------------	--------------------------	----------------------------	------------	----------------------

				сигнали голоду	
Статеворольовий індекс	$r = -0.242^*$, $p = 0.016$ $\rho = -0.145$, $p = 0.153$	$r = 0.265^{**}$, $p = 0.008$ $\rho = 0.065$, $p = 0.525$	$r = 0.126$, $p = 0.216$ $\rho = 0.293^{**}$, $p = 0.003$	$r = 0.146$, $p = 0.151$ $\rho = -0.012$, $p = 0.906$	$r = -0.178$, $p = 0.079$ $\rho = -0.142$, $p = 0.164$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Отримані результати демонструють наявність декількох статистично значущих зв'язків між статоворольовим індексом та шкалами інтуїтивного харчування, зокрема негативний зв'язок між статоворольовим індексом та загальним рівнем інтуїтивного харчування ($r = -0.242$, $p = 0.016$), свідчить про те, що з підвищенням рівня маскулінності (тобто зі зниженням показника статоворольового індекса) зростає інтуїтивність харчової поведінки. Іншими словами, більш маскулінні жінки виявляють вищу схильність до інтуїтивного харчування, тоді як фемінінні менш схильні довіряти сигналам свого тіла та керуватися внутрішніми відчуттями під час прийому їжі. Тобто, чим більше людина тяжіє до традиційно фемінінних рис, тим менше вона схильна дослухатися до внутрішніх сигналів тіла при харчуванні. Цей зв'язок є показовим і може свідчити про вплив нормативних уявлень про контроль і дисципліну, що суперечать природному дослуханням до власних потреб.

Наступним статистично значущим кореляційним зв'язком є позитивний зв'язок між статоворольовим індексом і шкалою «Безумовний дозвіл на їжу» ($r = 0.265$, $p = 0.008$). Цей зв'язок може вказувати на те, що учасниці з більш вираженими фемінінними рисами дозволяють собі їсти без самозасудження.

Тобто вони можуть не обмежувати себе у виборі їжі, але при цьому не обов'язково керуються інтуїтивними відчуттями голоду і ситості.

Також спостерігається позитивний зв'язок за Спірменом між статеворольовим індексом і шкалою «Їжа з огляду на фізіологічний голод» ($\rho = 0.293$, $p = 0.003$). Цей зв'язок вказує на те, що жінки з фемінінним статеворольовим індексом більш схильні орієнтуватися на фізичний голод при виборі часу і кількості споживаної їжі. У поєднанні з попередніми результатами це свідчить про певну суперечливість у поведінці: з одного боку – увага до фізіологічних сигналів, з іншого – можливе зниження загального рівня інтуїтивного харчування.

Інші шкали інтуїтивного харчування («Покладання на сигнали голоду», «Гармонія тіла та їжі») не мають статистично значущого зв'язку з статеворольовим індексом.

Таким чином, результати аналізу свідчать, що маскулінна статеворольова орієнтація у жінок юнацького віку асоціюється з більшою схильністю до інтуїтивного харчування, що, ймовірно, пов'язано із внутрішньою автономністю та меншою залежністю від зовнішніх харчових норм. Натомість фемінінність асоціюється із нижчим рівнем інтуїтивного харчування, що може бути наслідком внутрішньої орієнтації на соціальні очікування та нормативи.

Для аналізу взаємозв'язку між статеворольовим індексом та тілесним локусом контролю було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11.

Кореляції між статеворольовим індексом та тілесним локусом контролю у жінок

	Статеворольовий індекс
Тілесний локус контролю	$r = -0.332^{***}$, $p < 0.001$ $\rho = -0.221^*$, $p = 0.029$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

У процесі дослідження було встановлено статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між статеворольовим індексом та тілесним локусом контролю. Коефіцієнт Пірсона склав $r = -0.332$ при високому рівні значущості ($p < 0.001$), що свідчить про помірну обернену залежність між досліджуваними змінними. Отримані результати також підтверджено коефіцієнтом Спірмена ($\rho = -0.221$, $p = 0.029$), який, хоча і відображає дещо слабший, проте достовірний зв'язок на рівні рангових співвідношень.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що жінки з більш маскуліною статеворольовою ідентичністю характеризуються переважно внутрішнім тілесним локусом контролю, тобто вони схильні вважати себе особисто відповідальними за стан свого тіла, здоров'я та самопочуття. Натомість респондентки з фемініною орієнтацією частіше приписують вплив на тілесний стан зовнішнім чинникам – наприклад, медичним фахівцям, генетичним особливостям чи випадковості – що вказує на зовнішній локус контролю у сфері тілесності.

Маскулінні риси, зокрема самостійність, впевненість, відповідальність, установка на досягнення, традиційно пов'язані з активною позицією у ставленні до власного тіла та життя в цілому, що формує стійкі переконання про здатність самостійно впливати на тілесний стан. У той час як фемінінні риси – турботливість, м'якість, поступливість – можуть зумовлювати більшу залежність від зовнішніх оцінок та рішень, що, своєю чергою, проявляється у схильності перекладати відповідальність за тілесне благополуччя на інші джерела. Таким чином, виявлений зв'язок підтверджує, що статевоорольова ідентичність пов'язана з базовими уявленнями особистості про контроль над власним тілом.

Для аналізу взаємозв'язку між статевоорольовим індексом та показниками госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS) було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.12.

Таблиця 3.12.

Кореляції між статевоорольовим індексом та показниками госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS) у жінок

Шкали HADS	Статевоорольовий індекс (IS)
Тривожність	$r = 0.149, p = 0.142$ $\rho = 0.073, p = 0.478$
Депресія	$r = 0.184, p = 0.069$ $\rho = 0.184, p = 0.070$

Кореляційний аналіз взаємозв'язку між статевоорольовою ідентичністю та показниками психоемоційного стану (тривожності та депресії за шкалою HADS) виявив тенденції до зв'язку, однак вони не досягли рівня статистичної значущості. Зокрема, було зафіксовано слабкий позитивний зв'язок між статевоорольовим індексом та рівнем депресії ($r = 0.184, p = 0.069$), який також

підтверджується на рівні рангів за Спірменом ($\rho = 0.184, p = 0.070$). Аналогічно, зв'язок між статеворольовим індексом та тривожністю виявився ще менш вираженим та недостовірним ($r = 0.149, p = 0.142$).

За отриманими результатами можна припустити, що спостережувана (хоч і статистично незначуща) тенденція до позитивної кореляції між статеворольовим індексом та депресією може свідчити про те, що фемінінна гендерна ідентичність асоціюється з підвищеною емоційною вразливістю, зокрема – з більш високими показниками депресивності. Така ж, хоча й ще менш виражена, тенденція простежується у зв'язку з тривожністю. Крім того, фемінінна соціалізація у сучасному суспільстві часто передбачає високий рівень відповідальності за міжособистісні стосунки, самопожертву та залежність від зовнішньої оцінки, що також може сприяти формуванню тривожно-депресивних станів у разі розриву з очікуваннями або соціальними нормами.

Таким чином, на основі проведеного аналізу можна припустити, що фемінінна статеворольова ідентичність може бути асоційована з дещо вищими показниками депресивності та тривожності серед жінок юнацького віку, однак підтвердити цю гіпотезу достовірно наразі неможливо.

З метою виявлення особливостей взаємозв'язку між типом статеворольової ідентичності та базовими рисами особистості, було проведено кореляційний аналіз між статеворольовим індексом та шкалами методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (ТІРІ)», яка оцінює риси особистості відповідно до моделі «Великої п'ятірки»: екстраверсію, дружелюбність, добросовісність, емоційну стабільність та відкритість до нового досвіду. Результати представлені у таблиці 3.13. Повна таблиця розміщена в додатках (Додаток В).

Таблиця 3.13.

Кореляції між статеворольовим індексом та шкалами ТІРІ у жінок

Шкали ТІРІ	Статеворольовий індекс (IS)
Екстраверсія	$r = -0.293^{**}, p = 0.003$ $\rho = -0.255^*, p = 0.011$
Дружелюбність	$r = 0.191, p = 0.060$ $\rho = 0.507^{***}, p < 0.001$
Добросовісність	$r = -0.161, p = 0.114$ $\rho = -0.275^{**}, p = 0.006$
Емоційна стабільність	$r = -0.114, p = 0.264$ $\rho = -0.191, p = 0.059$
Відкритість до досвіду	$r = -0.091, p = 0.374$ $\rho = -0.058, p = 0.570$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Отримані результати засвідчують наявність декількох статистично значущих кореляцій між статеворольовою ідентичністю та базовими рисами особистості. Найбільш вираженим виявився негативний зв'язок між статеворольовим індексом та екстраверсією ($r = -0.293, p = 0.003$; $\rho = -0.255, p = 0.011$). Цей кореляційний зв'язок можна інтерпретувати як тенденцію, згідно з якою жінки з маскуліннішою статеворольовою орієнтацією більш схильні до екстраверсії, а фемінінні – менш соціально активні. Це може пояснюватися тим, що маскулінні риси, зокрема домінантність, ініціативність і впевненість, сприяють більш вільній соціальній взаємодії та лідерській поведінці.

Також було виявлено помірний негативний кореляційний зв'язок між статеворольовим індексом та добросовісністю за Спірменом ($\rho = -0.275, p = 0.006$), що свідчить про те, що маскулінно орієнтовані жінки можуть бути більш відповідальними, організованими та цілеспрямованими, ніж фемінінні. Маскулінність, як набір особистісних рис, що включає змагальність і

наполегливість, може позитивно корелювати з високим рівнем дисципліни й прагнення до результату.

Інша значуща тенденція спостерігається між статеворольовим індексом і дружелюбністю: за Пірсоном цей зв'язок був слабкий і не досяг статистичної значущості ($r = 0.191$, $p = 0.060$), але за Спірменом – високий і достовірний ($\rho = 0.507$, $p < 0.001$). Це може свідчити, що фемінінна ідентичність пов'язана з більшою доброзичливістю, м'якістю, відкритістю до співпраці, що узгоджується з концепцією Бем, де фемінінність включає чуйність, емоційну підтримку та готовність до компромісу. Водночас, жінки з маскулінними рисами можуть менше виражати дружелюбність у комунікації через більшу орієнтацію на досягнення і автономність.

Щодо таких рис як емоційна стабільність і відкритість до досвіду, то жоден зі зв'язків зі статеворольовим індексом не виявився статистично значущим.

У підсумку ми можемо прийти до висновку, що маскулінна ідентичність виявляється пов'язаною з більшою соціальною активністю, цілеспрямованістю та дисциплінованістю, тоді як фемінінність – із вищим рівнем доброзичливості.

Загалом, отримані результати кореляційного аналізу засвідчили, що статеворольова ідентичність жінок юнацького віку має вибіркові, але суттєві зв'язки з окремими психоемоційними та поведінковими характеристиками. Зокрема, маскулінна орієнтація виявилась асоційованою з вищим рівнем інтуїтивного харчування, внутрішнім тілесним локусом контролю, підвищеною екстраверсією та добросовісністю, що вказує на більшу автономність, рішучість і саморегуляцію таких особистостей. Натомість фемінінна ідентичність пов'язана з підвищеним рівнем доброзичливості та тенденцією до зовнішнього контролю у сфері тілесності, а також із (хоч і статистично незначущими) тенденціями до вищої емоційної вразливості, зокрема депресивних проявів.

Варто підкреслити, що найвиразніші та найбільш достовірні зв'язки простежувались у сферах, пов'язаних із саморегуляцією харчової поведінки,

тілесною відповідальністю та базовими рисами особистості, тоді як зв'язки з тривожністю та депресією виявились лише тенденційними.

Наступним ми проаналізуємо кореляційні зв'язки між статево-рольовим індексом та іншими досліджуваними параметрами у чоловічій вибірці. Кореляційний аналіз відбувався за допомогою коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Вивчалися кореляційні зв'язки між індексом статево-рольової ідентичності, визначеним за опитувальником Сандри Бем, та шкалами тесту «Опитувальник харчової поведінки (ЕАТ-26)»: «Дієтичне обмеження», «Булімія», «Оральний контроль», а також загальним рівнем розладів харчової поведінки (РХП). Результати представлені у таблиці 3.14. Повна таблиця кореляції розміщена в додатках (Додаток Г).

Таблиця 3.14.

Кореляційний аналіз взаємозв'язку між показниками ЕАТ-26 та статево-рольовим індексом у чоловіків

	Статево-рольовий індекс	Дієтичне обмеження	Булімія	Оральний контроль	Рівень РХП
Статево-рольовий індекс	—	$r = 0.030$, $p = 0.819$ $\rho = 0.103$, $p = 0.426$	$r = -0.169$, $p = 0.189$ $\rho = -0.055$, $p = 0.672$	$r = 0.447^{***}$, $p < 0.001$ $\rho = 0.260^*$, $p = 0.041$	$r = 0.191$, $p = 0.137$ $\rho = 0.263^*$, $p = 0.039$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Найбільш вираженим є позитивний статистично значущий зв'язок між статево-рольовим індексом та шкалою «Оральний контроль» ($r = 0.447$, $p < 0.001$; $\rho = 0.260$, $p = 0.041$). Цей результат свідчить про те, що фемінінні чоловіки більш схильні до контролю за харчуванням через зниження апетиту, страх набрати вагу, або надмірне фокусування на кількості та якості їжі. Ймовірно, у фемінінних

чоловіків, які внутрішньо орієнтуються на чутливість до соціального контексту, підвищена увага до зовнішності та сприйняття власного тіла може стимулювати надмірний контроль у харчовій поведінці.

Також зафіксовано слабкий, але статистично значущий зв'язок між IS та загальним ризиком РХП за Спірменом ($\rho = 0.263$, $p = 0.039$), що дозволяє припустити загальну тенденцію: фемінінність у чоловіків може бути чинником підвищеної схильності до розладів харчової поведінки.

Водночас зв'язки між IS і такими шкалами, як «Дієтичне обмеження» ($r = 0.030$; $p = 0.819$) та «Булімія» ($r = -0.169$; $p = 0.189$), не виявились статистично значущими.

Таким чином, у вибірці чоловіків юнацького віку виявлено, що фемінінна статеворольова ідентичність пов'язана з підвищеним рівнем орального контролю та загального ризику розладів харчової поведінки, що, ймовірно, відображає вплив соціальних очікувань, емоційної вразливості та самосприйняття.

Для аналізу взаємозв'язку між статеворольовим індексом та інтуїтивним харчуванням у чоловіків було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.15. Повна таблиця знаходиться у додатках (Додаток Д).

Таблиця 3.15.

Кореляційні зв'язки між статеворольовим індексом та шкалами інтуїтивного харчування у чоловіків

	Шкала інтуїт. харч.	Безумовний дозвіл на їжу	Їжа з огляду на фіз. голод	Поклад. на сигнали голоду	Гармонія тіла та їжі
--	---------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------

Статеворольовий індекс	$r = 0.327^{**}$ $p = 0.010$ $\rho = 0.268^*$ $p = 0.035$	$r = 0.281^*$ $p = 0.027$ $\rho = 0.245,$ $p = 0.055$	$r = 0.060$ $p = 0.646$ $\rho = 0.044$ $p = 0.736$	$r = 0.363^{**}$ $p = 0.004$ $\rho = 0.275^*$ $p = 0.031$	$r = -0.035$ $p = 0.789$ $\rho = -0.042$ $p = 0.746$
------------------------	--	--	---	--	---

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Як ми можемо побачити на таблиці, було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між загальним рівнем інтуїтивного харчування та статеворольовим індексом ($r = 0.327$, $p = 0.010$; $\rho = 0.268$, $p = 0.035$). Цей результат вказує на те, що фемінінні чоловіки виявляють більш виражену схильність до інтуїтивного харчування. Вони, ймовірно, більше прислухаються до сигналів власного тіла, менше орієнтуються на зовнішні обмеження чи стандарти щодо їжі, що може бути наслідком чутливішого ставлення до внутрішніх станів та емоцій.

Серед окремих шкал інтуїтивного харчування найбільш показовим виявився зв'язок між статеворольовим індексом та шкалою «Сигнали голоду та ситості» ($r = 0.363$, $p = 0.004$; $\rho = 0.275$, $p = 0.031$). Це свідчить про те, що фемінінні чоловіки значно частіше довіряють своїм внутрішнім сигналам ситості та голоду, тоді як маскулінінні – можуть більше покладатися на раціональні або зовнішні чинники при прийомі їжі (наприклад, графік, правила, обмеження).

Також був встановлений позитивний зв'язок між статеворольовим індексом та шкалою «Безумовний дозвіл на їжу» ($r = 0.281$, $p = 0.027$), що може вказувати на більшу гнучкість та толерантність до харчової поведінки серед фемінінних чоловіків. Вони, ймовірно, менше схильні до самозасудження за вживання певних продуктів і демонструють менш жорстке ставлення до власного раціону. Варто зазначити, що цей зв'язок був значущим за Пірсоном, але лише тенденційним за Спірменом ($\rho = 0.245$, $p = 0.055$).

Водночас зв'язок між статеворольовим індексом та шкалою «Їжа з огляду на фізіологічний голод» не виявився значущим ($r = 0.060$, $p = 0.646$; $\rho = 0.044$, $p = 0.736$), що дозволяє припустити, що вибір їжі у чоловіків меншою мірою базується на чіткій інтерпретації фізіологічних станів як критерію доцільності вживання їжі – незалежно від гендерної ідентичності.

Для аналізу взаємозв'язку між статеворольовим індексом та тілесним локусом контролю було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16.

Кореляції між статеворольовим індексом та тілесним локусом контролю у чоловіків

	Статеворольовий індекс
Тілесний локус контролю	$r = -0.291^*$ $p = 0.022$ $\rho = -0.302^*$, $p = 0.017$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Результати кореляційного аналізу виявили статистично значущий негативний зв'язок між статеворольовим індексом IS та тілесним локусом контролю. Зокрема, коефіцієнт Пірсона склав $r = -0.291$ при $p = 0.022$, а коефіцієнт Спірмена $\rho = -0.302$ при $p = 0.017$. Обидва коефіцієнти свідчать про слабкий, але достовірний зворотний зв'язок: зі зниженням показника статеворольового індексу (тобто з підвищенням маскулінності) рівень внутрішнього локусу контролю зростає. Це означає, що маскулінно-орієнтовані чоловіки в більшості випадків вважають себе відповідальними за стан власного

тіла, тоді як фемінінно-орієнтовані юнаки частіше приписують вплив зовнішнім чинникам.

Цей результат узгоджується з класичними уявленнями про особистісні характеристики, притаманні маскулінній гендерній ролі. Зокрема, такі риси як самостійність, рішучість, схильність до контролю над середовищем, асертивність та домінантність – традиційно пов'язуються з почуттям внутрішньої відповідальності та впливовості. Таким чином, результати аналізу свідчать, що маскулінна статевоорольова орієнтація у чоловіків юнацького віку пов'язана з більш вираженим внутрішнім тілесним локусом контролю, тобто суб'єктивним переконанням у власному впливі на фізичний стан.

Для аналізу взаємозв'язку між статевоорольовим індексом та показниками госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS) було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.17.

Таблиця 3.17.

Кореляції між статевоорольовим індексом та показниками госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS) у чоловіків

Шкали HADS	Статевоорольовий індекс (IS)
Тривожність	$r = 0.104, p = 0.423$ $\rho = 0.059, p = 0.650$
Депресія	$r = 0.092, p = 0.476$ $\rho = 0.098, p = 0.449$

Результати аналізу не виявили статистично значущих кореляцій між статевоорольовим індексом та жодною з двох шкал HADS. Зокрема, зв'язок між IS та тривожністю був слабким і недостовірним ($r = 0.104, p = 0.423$; $\rho = 0.059, p = 0.650$). Аналогічна картина спостерігалася і для зв'язку між статевоорольовим

індексом та депресією ($r = 0.092$, $p = 0.476$; $\rho = 0.098$, $p = 0.449$). Таким чином, тип статевої ролі ідентичності у чоловіків юнацького віку не виявився достовірним предиктором рівня тривожності чи депресивності у цій вибірці.

З метою виявлення особливостей взаємозв'язку між типом статевої ролі ідентичності та базовими рисами особистості, було проведено кореляційний аналіз між статевою ролі ідентичністю та шкалами методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (ТІРІ)», яка оцінює риси особистості відповідно до моделі «Великої п'ятірки». Результати представлені у таблиці 3.18. Повна таблиця розміщена в додатках (Додаток Е).

Таблиця 3.18.

Кореляції між статевою ролі ідентичністю та шкалами ТІРІ у чоловіків

Шкали ТІРІ	Статевою ролі ідентичність (IS)
Екстраверсія	$r = -0.231$, $p = 0.071$ $\rho = -0.271^*$, $p = 0.033$
Дружелюбність	$r = 0.431^{***}$, $p = <.001$ $\rho = 0.400^{**}$, $p < 0.001$
Добросовісність	$r = -0.051$, $p = 0.695$ $\rho = -0.127$, $p = 0.324$
Емоційна стабільність	$r = -0.256^*$, $p = 0.044$ $\rho = -0.264^*$, $p = 0.038$
Відкритість до досвіду	$r = 0.084$, $p = 0.518$ $\rho = 0.019$, $p = 0.882$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Отримані результати, як ми бачимо у таблиці, засвідчують наявність декількох статистично значущих зв'язків. Насамперед, було виявлено сильний позитивний зв'язок між фемінінністю та дружелюбністю ($r = 0.431$, $p < 0.001$; $\rho = 0.400$, $p = 0.001$). Це цілком відповідає теоретичній моделі Бем, згідно з якою фемінінна ідентичність передбачає чутливість, турботливість, емпатійність і

соціальну теплоту, тобто ті якості, які також лежать в основі дружельюбності в моделі великої п'ятірки. Отже, фемінінно-орієнтовані чоловіки більш схильні до прояву доброзичливості, м'якості у взаємодії, соціальної підтримки та розуміння інших.

Крім того, було виявлено негативний зв'язок між статевоюрольовим індексом та емоційною стабільністю ($r = -0.256$, $p = 0.044$; $\rho = -0.264$, $p = 0.038$), що свідчить про більшу емоційну вразливість фемініно-орієнтованих чоловіків. Цей зв'язок є логічним у контексті класичної уяви про фемінінність як про більш відкриту до афективних реакцій та менше зорієнтовану на контроль над емоціями.

Деяко менш однозначним є зв'язок між фемінінністю та екстраверсією: хоча коефіцієнт Пірсона ($r = -0.231$, $p = 0.071$) не досяг статистичної значущості, коефіцієнт Спірмена був достовірним ($\rho = -0.271$, $p = 0.033$). Це свідчить про тенденцію до більшої інтровертованості серед фемінінно-орієнтованих юнаків. Така тенденція може відображати переважання рефлексивності, емоційної чутливості, зосередженості на внутрішньому житті у фемінінному особистісному профілі.

Добросовісність не виявила прямого зв'язку зі статевоюрольовим індексом ($r = -0.051$, $p = 0.695$; $\rho = -0.127$, $p = 0.324$), що свідчить про її відносну незалежність від типу гендерно-рольової ідентичності. Проте, варто зазначити, що в жіночій вибірці аналогічна риса демонструвала негативний зв'язок з маскулінністю, тобто особливості цієї риси можуть мати статевоспецифічну динаміку.

Щодо п'ятої шкали – «Відкритості до досвіду», то вона не виявила значущого зв'язку зі статевоюрольовим індексом ($r = 0.084$, $p = 0.518$; $\rho = 0.019$, $p = 0.882$), що може свідчити про її універсальність незалежно від типу гендерної ідентичності.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна стверджувати, в обох вибірках фемінінна ідентичність виявилась пов'язаною з підвищеною

чутливістю до тілесних і емоційних процесів, а також з такими соціальними рисами, як дружелюбністю. Однак, у чоловіків фемінінність частіше асоціювалась з вищим рівнем інтуїтивного харчування та орального контролю, а також із вразливішим емоційним фоном, тоді як у жінок фемінінність не виявляла стійких зв'язків із ризиком розладів харчової поведінки.

Також було виявлено, що маскулінна орієнтація у жінок супроводжувалась вищим рівнем тілесної автономії та добросовісності, а у чоловіків – більшою емоційною стабільністю та зниженою інтровертованістю. У той час як у жіночій вибірці роль статевої ролі в структурі розладів харчової поведінки була мінімальною, у чоловіків вона виявилася суттєвою – зокрема, фемінінність мала зв'язок як інтуїтивною, так і контрольованою харчовою поведінкою. Це свідчить про те, що гендерна роль має диференційований вплив залежно від статі.

Далі був здійснений кореляційний аналіз між шкалами особистісних характеристик та показниками, що відображають схильність до розладів харчової поведінки. Такий підхід дозволяє виявити, які риси особистості можуть виступати як потенційні психологічні предиктори дезадаптивних харчових стратегій або, навпаки, чинниками захисту.

З метою виявлення особливостей взаємозв'язку між ризиком розвитку розладів харчової поведінки та базовими рисами особистості, було проведено кореляційний аналіз між «Опитувальником харчової поведінки (EAT-26)» та шкалами методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (TIPI)». Результати представлені в таблиці 3.19. Повна таблиця розміщена в додатках (Додаток Ж).

Таблиця 3.19.

Кореляції між шкалами TIPI та EAT-26 у жінок

ТІРІ	Дієтичне обмеження	Булімія	Оральний контроль	Ризик розвитку РХП
Екстраверсія	$r = -0.063$ ($p = .543$)	$r = -0.119$ ($p = .242$)	$r = 0.001$ ($p = .994$)	$r = -0.054$ ($p = .604$)
	$\rho = -0.053$ ($p = .612$)	$\rho = -0.135$ ($p = .185$)	$\rho = -0.011$ ($p = .914$)	$\rho = -0.065$ ($p = .534$)
Добросовісність	$r = -0.105$ ($p = .304$)	$r = -0.117$ ($p = .250$)	$r = -0.096$ ($p = .349$)	$r = -0.134$ ($p = .189$)
	$\rho = -0.074$ ($p = .478$)	$\rho = -0.134$ ($p = .188$)	$\rho = -0.107$ ($p = .296$)	$\rho = -0.142$ ($p = .166$)
Емоційна стабільність	$r = -0.089$ ($p = .387$)	$r = -0.215$ ($p = .033$)*	$r = -0.129$ ($p = .208$)	$r = -0.167$ ($p = .098$)
	$\rho = -0.111$ ($p = .279$)	$\rho = -0.225$ ($p = .027$)*	$\rho = -0.151$ ($p = .142$)	$\rho = -0.171$ ($p = .090$)
Відкритість до досвіду	$r = -0.068$ ($p = .509$)	$r = -0.122$ ($p = .231$)	$r = -0.032$ ($p = .758$)	$r = -0.097$ ($p = .344$)
	$\rho = -0.080$ ($p = .442$)	$\rho = -0.134$ ($p = .188$)	$\rho = -0.044$ ($p = .671$)	$\rho = -0.105$ ($p = .305$)
Дружелюбність	$r = -0.123$ ($p = .229$)	$r = -0.119$ ($p = .245$)	$r = -0.093$ ($p = .368$)	$r = -0.132$ ($p = .194$)
	$\rho = -0.128$ ($p = .213$)	$\rho = -0.139$ ($p = .176$)	$\rho = -0.112$ ($p = .272$)	$\rho = -0.154$ ($p = .135$)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

У результаті аналізу кореляційних зв'язків між рисами особистості (за ТІРІ) та проявами розладів харчової поведінки (за ЕАТ-26) серед жінок виявлено загалом низькі зв'язки, більшість із яких не є статистично значущими. Однак

деякі зв'язки заслуговують на увагу. Найбільш вираженим є негативний зв'язок між емоційною стабільністю та булімією ($r = -0.215$, $p = 0.033$). Це свідчить про те, що нижчий рівень емоційної стабільності (тобто більша емоційна нестійкість) пов'язаний з вищими проявами булімічної поведінки. Таке співвідношення є очікуваним, оскільки емоційна нестабільність може сприяти імпульсивним та деструктивним поведінковим реакціям, зокрема – розладам харчової поведінки.

Інші риси особистості, як-от екстраверсія, дружелюбність, добросовісність та відкритість, не мають статистично значущих зв'язків із показниками ЕАТ-26. Найвищі (хоч і незначущі) позитивні зв'язки спостерігаються між добросовісністю та дієтичним обмеженням, а також між відкритістю та оральним контролем, але ці кореляції слабкі та не мають високої достовірності.

Також було проаналізовано зв'язки з загальним рівнем ризику розладів харчової поведінки. Жоден із факторів особистості не має значущого зв'язку з цим інтегральним показником. Це може свідчити про те, що особистісні риси самі по собі не є ключовими предикторами високого ризику РХП у жінок.

Також ми визначили кореляційний зв'язок між «Коротким п'ятифакторним опитувальником рис особистості (ТІРІ)» та шкалами методики «Шкала інтуїтивного харчування». Результати представлені у таблиці 3.20. Повна таблиця розміщена у додатках (Додаток І).

Таблиця 3.20.

Кореляційні зв'язки шкал ТІРІ та шкал інтуїтивного харчування у жінок

ТІРІ	Загальна шкала ІХ	Безумовний дозвіл	Фізіологічний голод	Сигнали голоду	Гармонія з тілом
Екстраверсія	$r = 0.242$ ($p = .017$)*	$r = 0.159$ ($p = .114$)	$r = 0.197$ ($p = .054$)	$r = 0.192$ ($p = .060$)	$r = 0.202^*$ ($p = .049$)

	$\rho = 0.244$ ($p = .015$)*	$\rho = 0.160$ ($p = .111$)	$\rho = 0.194$ ($p = .057$)	$\rho = 0.191$ ($p = .061$)	$\rho = 0.200$ * ($p = .051$)
Добросовісність	$r = -0.234$ * ($p = .021$)	$r = -0.220$ ($p = .029$)*	$r = -0.347$ * ($p < .001$)**	$r = -0.176$ ($p = .079$)	$r = -0.189$ ($p = .063$)
	$\rho = -0.240$ * ($p = .017$)	$\rho = -0.215$ ($p = .033$)*	$\rho = -0.330$ * ($p = .001$)**	$\rho = -0.178$ ($p = .076$)	$\rho = -0.197$ ($p = .054$)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Аналіз показав, що екстраверсія має позитивний зв'язок із загальною шкалою інтуїтивного харчування ($r = 0.242$, $p = 0.017$). Це свідчить про те, що більш екстравертовані респондентки схильні частіше дотримуватись інтуїтивних принципів харчування. Імовірно, така поведінка пов'язана з більшою емоційною відкритістю, чутливістю до внутрішніх сигналів організму та зниженою потребою в зовнішньому контролі.

Щодо добросовісності, то спостерігається негативний зв'язок із безумовним дозволом на їжу ($r = -0.220$, $p = 0.029$) і ще більш виражений негативний зв'язок із харчуванням відповідно до фізіологічного голоду ($r = -0.347$, $p < 0.001$). Це може свідчити про те, що особи з високою добросовісністю, як правило, орієнтуються на зовнішні правила і норми щодо харчування (наприклад, дієти, режим), ніж на внутрішні сигнали голоду й ситості. Вони можуть прагнути до самоконтролю, що знижує довіру до тілесних відчуттів і, відповідно, зменшує інтуїтивність харчової поведінки.

Відкритість до досвіду не має статистично значущих зв'язків із жодною з підшкал інтуїтивного харчування, що свідчить про слабкий або відсутній вплив цієї риси на особливості харчової поведінки в досліджуваній вибірці. Аналогічно, дружелюбність і емоційна стабільність не виявили значущих зв'язків із

загальною шкалою інтуїтивного харчування чи її підшкалами, що вказує на обмежене значення цих рис у контексті харчової поведінки молодих жінок.

Зв'язок між загальною шкалою інтуїтивного харчування та підшкалою «гармонія тіла та їжі» ($r = 0.626$, $p < 0.001$) підтверджує внутрішню узгодженість методики та свідчить про те, що здатність підтримувати позитивне ставлення до тіла тісно пов'язана з практикою інтуїтивного харчування в цілому.

Також ми визначили кореляційний зв'язок між «Коротким п'ятифакторним опитувальником рис особистості (TIPI)» та методикою «Тілесний локус контролю». Результати представлені у таблиці 3.21.

Таблиця 3.21.

Кореляції між рисами особистості (TIPI) та тілесним локусом контролю

TIPI \ Тілесний локус контролю	r (p)	ρ (p)
Екстраверсія	$r = 0.187$ ($p = 0.066$)	$\rho = 0.159$ ($p = 0.118$)
Дружелюбність	$r = 0.085$ ($p = 0.403$)	$\rho = 0.098$ ($p = 0.335$)
Добросовісність	$r = 0.166$ ($p = 0.101$)	$\rho = 0.098$ ($p = 0.335$)
Емоційна стабільність	$r = 0.149$ ($p = 0.144$)	$\rho = 0.073$ ($p = 0.472$)
Відкритість до досвіду	$r = 0.230$ ($p = 0.023$)*	$\rho = 0.242$ ($p = 0.017$)*

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Серед отриманих результатів єдиний статистично значущий позитивний зв'язок спостерігається між відкритістю до досвіду та тілесним локусом контролю: $r = 0.230$ ($p = 0.023$) за Пірсоном і $\rho = 0.242$ ($p = 0.017$) за Спірменом. Це означає, що жінки з вищими показниками відкритості частіше сприймають себе як активних агентів впливу на своє фізичне благополуччя. Ймовірно, така особистість схильна до дослідження тілесних сигналів, самоспостереження та практик, пов'язаних з тілесною саморегуляцією.

Інші риси особистості не виявили статистично значущих зв'язків із тілесним локусом контролю, хоча варто зазначити тенденції до позитивного

зв'язку з екстраверсією ($r = 0.187$, $p = 0.066$) та добросовісністю ($r = 0.166$, $p = 0.101$). Це може свідчити про певний вплив цих рис на переконаність у власному контролі над тілесними процесами, який потребує подальшого уточнення на ширших вибірках.

Для аналізу взаємозв'язку між рівнем тривожності та депресії і показниками ризику розвитку харчової поведінки було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.22.

Таблиця 3.22.

Кореляції між шкалами HADS та EAT-26 у жінок

HADS	Дієтичні обмеження	Булімія	Оральний контроль	Загальний бал EAT-26
Тривожність	$r = 0.406^*$ ($p < .001$)**	$r = 0.520^*$ ($p < .001$)**	$r = 0.170$ ($p = .093$)	$r = 0.465^*$ ($p < .001$)**
	$\rho = 0.414^*$ ($p < .001$)**	$\rho = 0.525^*$ ($p < .001$)**	$\rho = 0.180$ ($p = .078$)	$\rho = 0.471^*$ ($p < .001$)**
Депресія	$r = 0.303^{**}$ ($p = .002$)	$r = 0.485^*$ ($p < .001$)**	$r = 0.122$ ($p = .230$)	$r = 0.387^*$ ($p < .001$)**
	$\rho = 0.311^{**}$ ($p = .002$)	$\rho = 0.489^*$ ($p < .001$)**	$\rho = 0.135$ ($p = .187$)	$\rho = 0.390^*$ ($p < .001$)**

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Отримані результати свідчать про виражений позитивний зв'язок між емоційним дистресом (тривожністю та депресією) та симптомами розладів харчової поведінки (РХП).

Найбільш сильні кореляції виявлено між тривожністю та булімією ($r = 0.520$, $p < .001$), а також між депресією та булімією ($r = 0.485$, $p < .001$). Це вказує на те, що підвищений рівень тривожності та депресивної симптоматики тісно пов'язаний із тенденцією до переїдання, імпульсивного харчування та подальших

компенсаторних дій (характерних для булімії). Такий зв'язок може пояснюватися використанням їжі як способу зняття емоційної напруги або як форми неусвідомленого самопокарання при зниженому настрої.

Також тривожність має значущий зв'язок із дієтичним обмеженням ($r = 0.406, p < .001$), що свідчить про тенденцію до обмеження їжі як форми контролю при емоційному напруженні. У свою чергу, депресія пов'язана з дієтичними обмеженнями помірно ($r = 0.287, p = 0.004$), що може свідчити про дещо інші механізми впливу: зниження апетиту, загальмованість або апатія.

Зв'язки між шкалами HADS і оральним контролем є статистично незначущими, хоча мають позитивний напрям. Це може вказувати на те, що контроль над харчуванням через зовнішні прояви менш чутливий до внутрішнього емоційного стану, порівняно з іншими аспектами РХП.

Також інтегральний показник загального рівня ризику РХП тісно корелює як із тривожністю ($r = 0.444, p < .001$), так і з депресією ($r = 0.363, p < .001$), що ще раз підтверджує тісний взаємозв'язок емоційного неблагополуччя та розладів харчової поведінки.

Наступним був проаналізований кореляційний зв'язок між тривожністю та депресією і шкалами інтуїтивного харчування. Результати кореляцій представлені у таблиці 3.23.

Таблиця 3.23.

HADS та інтуїтивне харчування у жінок

HADS	Загальна шкала IX	Безумовний дозвіл	Фізіологічний голод	Сигнали голоду	Гармонія з тілом
Тривожність	$r = -0.357^* (p < .001)^{**}$	$r = -0.186 (p = .066)$	$r = -0.190 (p = .060)$	$r = -0.155 (p = .120)$	$r = -0.297 (p = .003)$

	$\rho = -0.366^* (p < .001)^{**}$	$\rho = -0.193 (p = .056)$	$\rho = -0.187 (p = .064)$	$\rho = -0.160 (p = .110)$	$\rho = -0.303 (p = .002)$
Депресія	$r = -0.430^* (p < .001)^{**}$	$r = -0.313 (p = .001)$	$r = -0.287 (p = .005)$	$r = -0.162 (p = .104)$	$r = -0.402^* (p < .001)^{**}$
	$\rho = -0.432^* (p < .001)^{**}$	$\rho = -0.320 (p = .001)$	$\rho = -0.282 (p = .006)$	$\rho = -0.167 (p = .093)$	$\rho = -0.406^* (p < .001)^{**}$

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Аналіз результатів кореляційного зв'язку виявив статистично значущі негативні зв'язки між тривожністю, депресією та рівнем інтуїтивного харчування. Це свідчить про те, що підвищена емоційна дистресованість (зокрема, тривожні та депресивні симптоми) асоціюється зі зниженням здатності особистості орієнтуватися на сигнали тіла у процесі харчової поведінки.

Насамперед, було виявлено помірно сильний зворотний зв'язок між депресією та загальним індексом інтуїтивного харчування ($r = -0.430, p < .001$), а також аналогічний зв'язок для тривожності ($r = -0.357, p < .001$). Це дозволяє зробити висновок про те, що при зростанні емоційного дискомфорту знижується здатність дослухатися до внутрішніх фізіологічних сигналів, що є базовим компонентом інтуїтивного харчування.

Також значущим є також зв'язок із підшкалою «Гармонія тіла та їжі», що виявляє здатність до прийняття тіла та природного ставлення до їжі. Зокрема, тривожність корелює з цією шкалою на рівні $r = -0.297 (p = 0.003)$, а депресія – ще сильніше: $r = -0.402 (p < .001)$. Ці результати узгоджуються з ідеєю про те, що емоційні порушення супроводжуються зниженням тілесної включеності, прийняття себе та гармонійності в харчовій поведінці.

Водночас інші підшкали інтуїтивного харчування – «Безумовний дозвіл», «Їжа з огляду на фізіологічний голод» та «Довіра до сигналів голоду» не мають статистично значущих зв'язків із тривожністю чи депресією, хоча в декількох випадках спостерігаються слабкі тенденції. Це може свідчити про те, що емоційні фактори мають більш виражений вплив на афективно-оцінні компоненти харчування (як-от прийняття тіла), ніж на когнітивно-поведінкові аспекти.

Наступним був проаналізований кореляційний зв'язок між тривожністю та депресією і тілесним локусом контролю. Результати кореляцій представлені у таблиці 3.24.

Таблиця 3.24.

HADS та тілесний локус контролю у жінок

HADS \ Тілесний локус контролю	r (p)	ρ (p)
Тривожність	r = -0.071 (p = 0.488)	ρ = -0.025 (p = 0.804)
Депресія	r = -0.335* (p < .001)**	ρ = -0.307 (p = 0.002)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Аналіз виявив суттєвий зворотний зв'язок між депресією та тілесним локусом контролю: r = -0.335, p < .001 (Пірсон), ρ = -0.307, p = 0.002 (Спірмен). Це означає, що з підвищенням рівня депресивної симптоматики знижується переконаність особистості в тому, що вона має контроль над власним тілесним станом, здоров'ям і процесами, пов'язаними з тілом.

Такі результати підтверджують, що депресія супроводжується зниженим відчуттям суб'єктності, порушенням зв'язку з тілом, втратою довіри до власних тілесних реакцій і здатності впливати на них. Інакше кажучи, у стані депресії тіло частіше сприймається як об'єкт, на який людина не має впливу, що проявляється у низькому тілесному локусі контролю.

Натомість зв'язок між тривожністю та тілесним локусом контролю не є статистично значущим (r = -0.071, p = 0.488). Це може свідчити про те, що хоча

тривожність і включає соматичні компоненти (наприклад, напруження, прискорене серцебиття), вона не обов'язково знижує відчуття контролю над тілом.

Наступним ми проаналізуємо кореляційні зв'язки між статеворольовим індексом та іншими досліджуваними параметрами у чоловічій вибірці. З метою виявлення особливостей взаємозв'язку між ризиком розвитку розладів харчової поведінки та базовими рисами особистості, було проведено кореляційний аналіз між «Опитувальником харчової поведінки (ЕАТ-26)» та шкалами методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості (ТІРІ)». Результати представлені в таблиці 3.25. Повна таблиця розміщена в додатках (Додаток К).

Таблиця 3.25.

Кореляції між шкалами ТІРІ та ЕАТ-26 у чоловіків

ТІРІ	Дієтичне обмеження	Булімія	Оральний контроль	Загальний ризик РХП
Екстраверсія	$r = 0.166$ ($p = 0.197$)	$r = -0.202$ ($p = 0.116$)	$r = -0.066$ ($p = 0.612$)	$r = 0.045$ ($p = 0.731$)
	$\rho = 0.221$ ($p = 0.084$)	$\rho = -0.189$ ($p = 0.140$)	$\rho = -0.026$ ($p = 0.841$)	$\rho = 0.133$ ($p = 0.303$)
Дружелюбність	$r = 0.212$ ($p = 0.099$)	$r = -0.476^*$ ($p < .001$)**	$r = 0.156$ ($p = 0.227$)	$r = 0.124$ ($p = 0.335$)
	$\rho = 0.263$ ($p = 0.039$)*	$\rho = -0.339^*$ ($p = 0.007$)	$\rho = 0.319$ ($p = 0.011$)*	$\rho = 0.293$ ($p = 0.021$)*
Добросовісність	$r = 0.165$ ($p = 0.199$)	$r = -0.232$ ($p = 0.070$)	$r = 0.093$ ($p = 0.471$)	$r = 0.110$ ($p = 0.393$)
	$\rho = 0.077$ ($p = 0.550$)	$\rho = -0.039$ ($p = 0.765$)	$\rho = 0.111$ ($p = 0.392$)	$\rho = 0.136$ ($p = 0.292$)

Емоційна стабільність	$r = -0.194$ ($p = 0.130$)	$r = -0.299$ ($p = 0.018$)*	$r = -0.349$ * ($p = 0.005$)	$r = -0.343$ * ($p = 0.006$)
	$\rho = -0.086$ ($p = 0.505$)	$\rho = -0.218$ ($p = 0.089$)	$\rho = -0.110$ ($p = 0.394$)	$\rho = -0.096$ ($p = 0.458$)
Відкритість до досвіду	$r = -0.044$ ($p = 0.732$)	$r = -0.147$ ($p = 0.254$)	$r = 0.015$ ($p = 0.909$)	$r = -0.050$ ($p = 0.698$)
	$\rho = -0.005$ ($p = 0.969$)	$\rho = -0.054$ ($p = 0.674$)	$\rho = -0.041$ ($p = 0.752$)	$\rho = 0.041$ ($p = 0.750$)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Найбільш вираженим взаємозв'язком виявився негативний зв'язок між дружелюбністю та булімією ($r = -0.476$, $p < .001$; $\rho = -0.339$, $p = .007$). Це свідчить про те, що юнаки з вищим рівнем доброзичливості значно рідше демонструють ознаки імпульсивного переїдання або компенсаторної поведінки, властивої булімії. Імовірно, емоційна відкритість, соціальна адаптованість і знижений рівень агресивності, притаманні цій особистісній рисі, виступають захисним фактором проти розвитку деструктивних харчових патернів.

Також дружелюбність позитивно корелює з оральним контролем ($\rho = 0.319$, $p = .011$) та загальним ризиком РХП ($\rho = 0.293$, $p = .021$), що може відобразити певний компенсаторний механізм: бажання контролювати харчування в соціальному контексті з метою схвалення чи відповідності нормам.

Емоційна стабільність також виявляє негативний зв'язок із булімією ($r = -0.299$, $p = .018$), оральним контролем ($r = -0.349$, $p = .005$) та загальним ризиком розладів харчової поведінки ($r = -0.343$, $p = .006$). Це свідчить про те, що юнаки з високою емоційною стабільністю менше схильні до харчових розладів, що підтверджує роль афективного самоконтролю як буфера проти деструктивних патернів поведінки.

Інші риси, зокрема добросовісність та відкритість до досвіду, не виявили значущих кореляцій із показниками ЕАТ-26. Водночас екстраверсія

продемонструвала слабку позитивну тенденцію до асоціації з дієтичним обмеженням ($\rho = 0.221$, $p = .084$), що потенційно вказує на деяку роль активного соціального функціонування у формуванні харчових стратегій.

Таким чином, результати свідчать про більш виражений вплив емоційної стабільності та дружелюбності на ризик розладів харчової поведінки серед чоловіків юнацького віку, порівняно з іншими рисами.

Також ми визначили кореляційний зв'язок між «Коротким п'ятифакторним опитувальником рис особистості (ТІРІ)» та шкалами методики «Шкала інтуїтивного харчування». Результати представлені у таблиці 3.26. Повна таблиця розміщена у додатках (Додаток Л).

Таблиця 3.26.

Кореляційні зв'язки шкал ТІРІ та шкал інтуїтивного харчування у чоловіків

ТІРІ	Загальна шкала ІХ	Безумовний дозвіл	Фізіологічний голод	Сигнали голоду	Гармонія тіла та їжі
Екстраверсія	$r = -0.269$ ($p = .034$)*	$r = -0.376$ ($p = .003$)	$r = 0.013$ ($p = .920$)	$r = -0.148$ ($p = .251$)	$r = -0.178$ ($p = .166$)
	$\rho = -0.328$ ($p = .009$)	$\rho = -0.425^*$ ($p < .001$)	$\rho = 0.010$ ($p = .939$)	$\rho = -0.176$ ($p = .171$)	$\rho = -0.141$ ($p = .273$)
Дружелюбність	$r = 0.116$ ($p = .371$)	$r = -0.070$ ($p = .590$)	$r = 0.155$ ($p = .228$)	$r = 0.081$ ($p = .530$)	$r = -0.170$ ($p = .186$)
	$\rho = 0.152$ ($p = .237$)	$\rho = -0.041$ ($p = .750$)	$\rho = 0.132$ ($p = .308$)	$\rho = 0.127$ ($p = .324$)	$\rho = -0.165$ ($p = .200$)

Добросовісність	$r = 0.190$ ($p = .138$)	$r = -0.132$ ($p = .306$)	$r = 0.280$ ($p = .028$)*	$r = 0.103$ ($p = .427$)	$r = -0.302$ ($p = .017$)*
	$\rho = 0.307$ ($p = .015$)*	$\rho = -0.085$ ($p = .510$)	$\rho = 0.310$ ($p = .014$)*	$\rho = 0.156$ ($p = .226$)	$\rho = -0.320$ ($p = .011$)*
Емоційна стабільність	$r = 0.180$ ($p = .161$)	$r = -0.240$ ($p = .060$)	$r = 0.620$ * ($p < .001$)**	$r = -0.109$ ($p = .400$)	$r = 0.073$ ($p = .574$)
	$\rho = 0.210$ ($p = .101$)	$r = -0.238$ ($p = .062$)	$\rho = 0.655$ * ($p < .001$)**	$\rho = -0.083$ ($p = .519$)	$\rho = 0.011$ ($p = .930$)
Відкритість до досвіду	$r = 0.135$ ($p = .296$)	$r = -0.095$ ($p = .461$)	$r = 0.194$ ($p = .131$)	$r = 0.107$ ($p = .406$)	$r = -0.343$ ($p = .006$)
	$\rho = 0.148$ ($p = .252$)	$\rho = -0.129$ ($p = .319$)	$\rho = 0.241$ ($p = .059$)	$\rho = 0.147$ ($p = .253$)	$\rho = -0.361$ ($p = .004$)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Перш за все, було виявлено негативний зв'язок між екстраверсією та загальним рівнем інтуїтивного харчування ($r = -0.269$, $p = .034$; $\rho = -0.328$, $p = .009$). Подібна тенденція також спостерігається для підшкали «Безумовний дозвіл на їжу» ($r = -0.376$, $p = .003$; $\rho = -0.425$, $p < .001$). Ці результати вказують на те, що чоловіки з високим рівнем екстраверсії менш схильні довіряти внутрішнім сигналам голоду й ситості, частіше керуються зовнішніми соціальними нормами або контекстом, що знижує рівень інтуїтивної харчової поведінки.

Натомість добросовісність продемонструвала позитивний зв'язок із фізіологічним орієнтуванням у харчуванні ($r = 0.280$, $p = .028$; $\rho = 0.310$, $p = .014$),

що свідчить про здатність таких осіб дотримуватися харчових рішень, ґрунтуючись на сигналах тіла. Проте одночасно вона негативно корелює з підшкалою "гармонія тіла та їжі" ($r = -0.302$, $p = .017$), що може свідчити про внутрішній конфлікт між самоконтролем і прийняттям тіла.

Найсильніший позитивний зв'язок у цьому дослідженні виявлено між емоційною стабільністю та харчуванням з огляду на фізіологічний голод ($r = 0.620$, $p < .001$; $\rho = 0.655$, $p < .001$), що свідчить про тісний зв'язок емоційної врівноваженості з чутливістю до тілесних сигналів.

Цікавою є також негативна кореляція між відкритістю до досвіду та гармонією тіла та їжі ($r = -0.343$, $p = .006$; $\rho = -0.361$, $p = .004$). Цей несподіваний результат може свідчити про те, що у деяких юнаків відкритість до нових досвідів асоціюється з експериментальними або нестабільними харчовими практиками, що не завжди узгоджуються з тілесною гармонією.

Таким чином, інтуїтивне харчування серед чоловіків юнацького віку пов'язане передусім із емоційною стабільністю (як чинником тілесної чутливості) та добросовісністю (як орієнтацією на внутрішній контроль), а також має зворотні зв'язки з екстраверсією.

Також ми визначили кореляційний зв'язок між «Коротким п'ятифакторним опитувальником рис особистості (TIPI)» та методикою «Тілесний локус контролю». Результати представлені у таблиці 3.27.

Таблиця 3.27.

Кореляції між рисами особистості (TIPI) та тілесним локусом контролю

TIPI \ Тілесний локус контролю	r (p)	ρ (p)
Екстраверсія	$r = 0.257^*$ ($p = 0.044$)	$\rho = 0.322^*$ ($p = 0.011$)
Дружелюбність	$r = 0.235$ ($p = 0.066$)	$\rho = 0.276^*$ ($p = 0.030$)
Добросовісність	$r = 0.271^*$ ($p = 0.033$)	$\rho = 0.414^*$ ($p < .001$)
Емоційна стабільність	$r = 0.018$ ($p = 0.889$)	$\rho = 0.035$ ($p = 0.786$)

Відкритість до досвіду	$r = 0.730^*$ ($p < .001$)	$\rho = 0.723^*$ ($p < .001$)
------------------------	------------------------------	---------------------------------

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Як ми можемо побачити в таблиці, найбільш сильним є зв'язок між відкритістю до досвіду та тілесним локусом контролю ($r = 0.730$, $p < .001$; $\rho = 0.723$, $p < .001$). Це свідчить про те, що юнаки, які є допитливими, креативними, відкритими до нового досвіду та ідей, водночас мають високу суб'єктивну впевненість у здатності керувати тілесними процесами. Можливо, така відкритість сприяє більш гнучкому, уважному ставленню до тіла, включаючи готовність дослухатися до його сигналів і практикувати тілесну рефлексію.

Добросовісність також демонструє значущий позитивний зв'язок з тілесним локусом контролю ($r = 0.271$, $p = 0.033$; $\rho = 0.414$, $p < .001$). Це означає, що особи з розвиненим почуттям відповідальності, структурованості та самодисципліни частіше схильні вважати себе відповідальними за власний фізичний стан, що потенційно підтримує більш здорову поведінку та підвищує тілесну автономію.

Крім того, екстраверсія ($r = 0.257$, $p = 0.044$; $\rho = 0.322$, $p = 0.011$) та дружелюбність ($\rho = 0.276$, $p = 0.030$) також мають позитивні зв'язки з тілесним локусом контролю. Це може відображати те, що соціально активні й орієнтовані на взаємодію особи водночас мають сформовані внутрішні переконання про ефективність у тілесній саморегуляції – можливо, через позитивний соціальний зворотний зв'язок, досвід участі в спортивних або тілесно зорієнтованих активностях.

Емоційна стабільність, на відміну від інших рис, не має статистично значущих зв'язків з тілесним локусом контролю.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що відкритість до досвіду, добросовісність, екстраверсія та дружелюбність є особистісними детермінантами підвищеного тілесного локусу контролю серед чоловіків юнацького віку.

Для аналізу взаємозв'язку між рівнем тривожності та депресії і показниками ризику розвитку харчової поведінки було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). Результати наведені у таблиці 3.28.

Таблиця 3.28.

Кореляції між шкалами HADS та EAT-26 у чоловіків

HADS	Дієтичне обмеження	Булімія	Оральний контроль	Загальний ризик РХП
Тривожність	$r = 0.531^*$ ($p < .001$)**	$r = 0.240$ ($p = .060$)	$r = 0.371$ ($p = .003$)	$r = 0.568^*$ ($p < .001$)
	$\rho = 0.447^*$ ($p < .001$)**	$\rho = 0.217$ ($p = .090$)	$\rho = 0.090$ ($p = .485$)	$\rho = 0.335$ ($p = .008$)
Депресія	$r = 0.027$ ($p = .832$)	$r = 0.262$ ($p = .040$)	$r = 0.168$ ($p = .193$)	$r = 0.143$ ($p = .269$)
	$\rho = 0.084$ ($p = .514$)	$\rho = 0.162$ ($p = .210$)	$\rho = 0.157$ ($p = .224$)	$\rho = 0.123$ ($p = .341$)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Кореляційний аналіз показав, що тривожність є суттєвим психологічним фактором, який найбільш тісно пов'язаний із проявами розладів харчової поведінки серед чоловіків юнацького віку. Було виявлено сильний позитивний зв'язок між тривожністю та дієтичним обмеженням ($r = 0.531$, $p < .001$), що свідчить про те, що юнаки з підвищеною тривожністю частіше вдаються до харчових обмежень. Це може бути наслідком спроби досягти контролю в умовах підвищеного внутрішнього напруження.

Також тривожність виявляє значущу позитивну кореляцію з оральним контролем ($r = 0.371$, $p = .003$), тобто з тенденцією до регуляції харчування під

впливом соціальних та зовнішніх чинників. Найвиразнішим є зв'язок між тривожністю та інтегральним рівнем ризику розладів харчової поведінки ($r = 0.568$, $p < .001$), що підтверджує її роль як узагальненого предиктора дезадаптивної харчової поведінки.

На відміну від цього, депресія виявила лише один значущий, хоча й помірний зв'язок – із булімією ($r = 0.262$, $p = .040$). Це свідчить про те, що юнаки з ознаками депресивного стану частіше демонструють імпульсивне переїдання, що може розглядатись як форма емоційної компенсації чи саморегуляції.

Інші зв'язки з депресією (з дієтичним обмеженням, оральним контролем та загальним ризиком РХП) не досягають статистичної значущості, хоча демонструють слабкі позитивні тенденції.

Наступним був проаналізований кореляційний зв'язок між тривожністю та депресією і шкалами інтуїтивного харчування. Результати кореляцій представлені у таблиці 3.29.

Таблиця 3.29.

HADS та інтуїтивне харчування у чоловіків

HADS	Загальна шкала IX	Безумовний дозвіл	Їжа з огляду на голод	Сигнали голоду	Гармонія тіла та їжі
Тривожність	$r = -0.437^*$ ($p < .001$)**	$r = -0.254$ ($p = .047$)	$r = -0.631^*$ ($p < .001$)**	$r = -0.077$ ($p = .552$)	$r = -0.108$ ($p = .405$)
	$\rho = -0.370$ ($p = .003$)	$\rho = -0.277$ ($p = .029$)	$\rho = -0.577^*$ ($p < .001$)**	$\rho = -0.045$ ($p = .729$)	$\rho = -0.109$ ($p = .398$)
Депресія	$r = -0.105$ ($p = .419$)	$r = 0.011$ ($p = .932$)	$r = -0.280$ ($p = .027$)	$r = 0.017$ ($p = .895$)	$r = 0.129$ ($p = .317$)

	$\rho = -0.187$ ($p = .146$)	$\rho = -0.074$ ($p = .568$)	$\rho = -0.284$ ($p = .026$)	$\rho = -0.023$ ($p = .859$)	$\rho = 0.110$ ($p = .394$)
--	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Кореляційний аналіз показав, що тривожність є ключовим фактором, який негативно пов'язаний із різними аспектами інтуїтивного харчування серед чоловіків юнацького віку. Зокрема, було виявлено помірний зворотний зв'язок між тривожністю та загальною шкалою інтуїтивного харчування ($r = -0.437$, $p < .001$; $\rho = -0.370$, $p = .003$), що свідчить про те, що вищий рівень тривожності супроводжується зниженням здатності особи орієнтуватися на внутрішні тілесні сигнали під час прийому їжі.

Найсильнішим є зв'язок між тривожністю та шкалою «Їжа з огляду на фізіологічний голод» ($r = -0.631$, $p < .001$), що вказує на те, що емоційна напруженість знижує здатність розпізнавати та адекватно реагувати на тілесні потреби. Також виявлено негативну кореляцію між тривожністю та шкалою «Безумовний дозвіл на їжу» ($r = -0.254$, $p = .047$), що може вказувати на схильність тривожних юнаків до харчової самокритики або обмежень, навіть у випадках фізіологічного голоду.

Інші шкали інтуїтивного харчування – «Довіра до сигналів голоду» та «Гармонія тіла та їжі» – не виявили статистично значущих зв'язків із тривожністю, що може свідчити про вибіркочувливість різних компонентів інтуїтивного харчування до емоційного дистресу.

У свою чергу, депресія не продемонструвала статистично значущих зв'язків із загальною шкалою інтуїтивного харчування, однак спостерігається слабкий зворотний зв'язок з підшкалою «Їжа з огляду на голод» ($r = -0.280$, $p = .027$; $\rho = -0.284$, $p = .026$). Це свідчить про те, що у стані зниженого настрою деякі юнаки втрачають здатність реагувати на внутрішні сигнали тіла. Проте інші компоненти інтуїтивного харчування виявилися менш чутливими до депресивної симптоматики в цій вибірці.

Таким чином, результати дослідження вказують на домінуючий вплив тривожності на зниження інтуїтивної харчової поведінки, зокрема в її фізіологічному аспекті.

Наступним був проаналізований кореляційний зв'язок між тривожністю та депресією і тілесним локусом контролю. Результати кореляцій представлені у таблиці 3.30.

Таблиця 3.30.

HADS та тілесний локус контролю у чоловіків

HADS \ Тілесний локус контролю	r (p)	ρ (p)
Тривожність	r = 0.069 (p = 0.593)	ρ = -0.003 (p = 0.981)
Депресія	r = -0.243 (p = 0.057)	ρ = -0.304* (p = 0.016)

Примітка: пункти, що позначені *, мають статистичну значимість.

Аналіз виявив статистично значущий зворотний зв'язок між депресією та тілесним локусом контролю ($\rho = -0.304$, p = 0.016), що свідчить про те, що в умовах зростання депресивної симптоматики юнаки менше вірять у власну здатність контролювати своє фізичне самопочуття. Цей зв'язок відображає характерні для депресії відчуття безсилля, втрати внутрішнього контролю та тілесного відчуження.

На відміну від цього, тривожність не демонструє значущих кореляцій з тілесним локусом контролю (r = 0.069, p = 0.593; $\rho = -0.003$, p = 0.981), що вказує на відсутність прямого зв'язку у чоловіків між тривожними переживаннями та відчуттям контролю над тілесними станами.

Загалом, для обох вибірок характерні тісні взаємозв'язки між емоційними станами та харчовою поведінкою, однак ступінь і характер цих зв'язків варіюється залежно від статі.

У жінок провідну роль у розвитку ризику розладів харчової поведінки (РХП) відігравали як тривожність, так і депресія, причому обидві змінні виявляли

позитивні зв'язки з булімією, дієтичним обмеженням та загальним ризиком РХП. Натомість у чоловіків домінуючим фактором виявилася тривожність, яка мала значущий позитивний зв'язок із дієтичним обмеженням, оральним контролем та загальним ризиком РХП, тоді як депресія була пов'язана переважно лише з булімією. Це може свідчити про більшу чутливість жіночої вибірки до афективних розладів загалом, тоді як у чоловіків більш впливовою є саме тривожність.

Щодо інтуїтивного харчування, у жінок його зниження також було пов'язане з обома компонентами HADS, з особливо вираженим зворотним зв'язком з депресією та шкалою «Гармонія тіла та їжі». У чоловіків спостерігалася сильна негативна кореляція між тривожністю та фізіологічною чутливістю в харчуванні, зокрема, з орієнтацією на голод і безумовним дозволом на їжу, тоді як депресія мала слабший вплив. Таким чином, інтуїтивна харчова поведінка в юнаків у більшій мірі порушується внаслідок тривожних станів, тоді як у дівчат – і тривожних, і депресивних.

У контексті тілесного локусу контролю в обох групах було виявлено негативний зв'язок з депресією, проте у жінок він був помірним, а в чоловіків – слабшим і проявлявся лише за ранговим аналізом. Тривожність не виявила зв'язку з тілесним локусом контролю в жодній із груп. Це дозволяє припустити, що почуття тілесної безконтрольності більшою мірою формується в умовах депресії, а не тривожності, незалежно від статі.

Щодо особистісних характеристик, емоційна стабільність була захисним чинником проти булімії в обох вибірках. Водночас у жінок спостерігався зв'язок добросовісності з нижчими показниками інтуїтивного харчування, тоді як у чоловіків – добросовісність, навпаки, корелювала з кращою здатністю орієнтуватися на фізіологічний голод, але водночас з нижчим прийняттям тіла. Це свідчить про відмінності в ролі самоконтролю: у жінок – як потенційного обмежувача, у чоловіків – як структурної підтримки харчової поведінки.

Висновки до розділу 3:

1. В межах вибірки не виявлено суттєвої різниці у рівні загального ризику розвитку РХП за статевою ознакою, хоча часткові прояви (як-от дієтичне обмеження та булімічні тенденції) виявляються переважно у жінок. Жінки демонструють вищий рівень інтернальності тілесного локусу контролю, у чоловіків значно переважає середній рівень. Чоловіки демонструють більшу загальну інтуїтивність харчової поведінки, краще орієнтуються на фізичний голод та демонструють більшу гармонію тіла та їжі, в той час як жінки мають більший безумовний дозвіл на їжу. За статоворольовим індексом жінки і чоловіки демонструють більш високий рівень андрогінності, проте у чоловічій вибірці значну частку результатів також займає маскулінний тип. Жінки демонструють вищий рівень нейротизму, в той час як чоловіки показують більшу емоційну стабільність; показники екстраверсії, дружелюбності, добросовісності та відкритості до досвіду однаково високі в обох вибірках. Жінки частіше мають клінічний рівень тривожності, проте за показниками депресії обидві вибірки мають низький рівень вираженості.

2. У жіночій вибірці фемінінна орієнтація корелювала з нижчим рівнем інтуїтивного харчування, а маскулінна – з вищим рівнем внутрішнього тілесного локусу контролю. Також фемінінність мала тенденцію до зв'язку з вищою тривожністю та депресією, хоча ці зв'язки не досягли статистичної значущості. Маскулінність асоціювалася із вищою екстраверсією та добросовісністю, тоді як фемінінність – із дружелюбністю.

3. У чоловічій вибірці фемінінна ідентичність статистично значуще пов'язувалася із вищим рівнем інтуїтивного харчування, зокрема з покладанням на сигнали голоду та дозволом на їжу, а також із вищим оральним контролем і загальним ризиком РХП. Також фемінінність у чоловіків асоціювалася з нижчим рівнем тілесного локусу контролю, вищою дружелюбністю, нижчою емоційною стабільністю та тенденцією до інтровертованості.

4. Тривожність та депресія мають тісний зв'язок із порушеннями харчової поведінки, зокрема у жінок – обидві змінні, у чоловіків – переважно тривожність. Інтуїтивне харчування демонструє негативний зв'язок із емоційним дистресом. У жінок зниження інтуїтивного харчування асоціюється як із тривожністю, так і з депресією, насамперед у підшкалах «Гармонія тіла та їжі» та «Безумовний дозвіл на їжу». У чоловіків найбільш виразно порушуються «Орієнтація на фізіологічний голод» та «Безумовний дозвіл» у зв'язку з тривожністю. Щодо тілесного локусу контролю, у жінок він знижується за підвищеної депресії, тоді як у чоловіків цей зв'язок є менш стабільним і проявляється лише в рангових показниках. Серед особистісних рис за ТІРІ провідну роль у регуляції харчової поведінки відіграє емоційна стабільність, яка має зворотний зв'язок із булімією та загальним ризиком РХП в обох групах. Відкритість до досвіду виявляє сильний позитивний зв'язок з тілесним локусом контролю, особливо у чоловіків, а добросовісність модифікує інтуїтивну харчову поведінку: у жінок асоціюється з обмеженнями, а в чоловіків – з орієнтацією на фізіологічні сигнали.

РОЗДІЛ 4. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОРГАНІЗАЦІЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

4.1. Аналіз сучасних підходів до психокорекції РХП

Вивчення сучасних тенденцій у сфері дослідження розладів харчової поведінки (РХП) дозволяє констатувати зростаючу увагу до цього феномену як в українській, так і в зарубіжній науковій думці. Проблематика РХП дедалі частіше розглядається крізь призму міждисциплінарності: психопатологічної, соціокультурної, когнітивно-поведінкової, нейропсихологічної та гендерної парадигм.

У зарубіжних дослідженнях, зокрема у працях Fairburn (Fairburn, 2008), Treasure (Treasure та ін., 2010), Strober (Strober та ін., 2006), значну увагу приділено дослідженню патогенезу РХП та ефективності різних підходів до лікування. Наприклад, Fairburn розробив модель транскарпульованої КПТ, яка орієнтована на подолання центральних переконань, пов'язаних із зовнішністю, контролем та цінністю самопрезентації. Treasure з колегами акцентували увагу на ролі сімейних дисфункцій і міжособистісних конфліктів у формуванні анорексії та булімії, вказуючи на доцільність залучення близького оточення до психотерапевтичного процесу.

Провідні європейські клінічні гіді, зокрема NICE Guidelines (Wilson та Shafran, 2005), рекомендують когнітивно-поведінкову терапію як терапію першого вибору при більшості форм РХП, що узгоджується з результатами метааналізів ефективності різних втручань. Поряд із цим, актуальним стає вивчення ефекту інтегративних підходів, таких як *mindfulness-based interventions*, тілесно-орієнтованих практик та *self-compassion-терапії* (Stice та ін., 2007, с. 220).

Особливої уваги заслуговують дослідження, присвячені ролі гендерної ідентичності в розвитку та перебігу РХП. Згідно з роботою Griffiths та ін. (2014), чоловіки з фемінінними рисами частіше зазнають тілесної незадоволеності, що

підвищує ризик компульсивного переїдання та компенсаторних практик. Жінки з високою маскулінністю, навпаки, мають схильність до надконтролю і вищого рівня інтернальності, що, з одного боку, зменшує ймовірність хаотичного харчування, але з іншого – підвищує ризик обмежувальних дієт.

В українському науковому дискурсі активно працюють над теоретико-методологічним осмисленням проблеми такі дослідники як Л.М. Абсалямова (Абсалямова, 2014, 2018), О.В. Кузьмінська (Кузьмінська, 2004), Т.Б. Хомуленко (Хомуленко, 2017), С.Д. Литвин-Кіндратюк (Литвин-Кіндратюк, 2000). У своїх роботах вони підкреслюють емоційну природу порушень харчової поведінки, зумовлену дефіцитом навичок саморегуляції, зниженою самооцінкою, викривленим образом тіла. С.Д. Литвин-Кіндратюк акцентує на необхідності формування впевненої поведінки як запобіжника проти деструктивних стратегій компенсації емоційних станів.

О.В. Кузьмінська (Кузьмінська, 2004, с. 39) пропонує класифікацію психокорекційних стратегій відповідно до рівнів прояву розладів: від поведінкового до глибинного особистісного. Вона виділяє завдання корекції самосприйняття, ціннісних орієнтацій, міжособистісних стратегій взаємодії. Важливо, що авторка підкреслює необхідність вкорінення відчуття тіла як ресурсу, а не загрози, що відповідає сучасним тенденціям гуманістичної тілесної терапії.

Серед практично орієнтованих українських програм варто згадати тренінги тілесної усвідомленості (Кириленко, 2019, с. 49), експрес-програми з елементами когнітивної перебудови мислення, групові втручання, орієнтовані на формування навичок емоційної стійкості та асертивності.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що сучасні дослідження як в Україні, так і за кордоном, сходяться в розумінні багаторівневого характеру РХП. Накопичені емпіричні дані підтверджують необхідність індивідуалізованого

підходу до корекції, врахування гендерних особливостей, особистісного профілю клієнта, рівня емоційної регуляції та тілесної обізнаності.

Загалом психокорекційні впливи на РХП умовно поділяються на психотерапевтичні та психологічні інтервенції. До психотерапевтичних методів належать гештальт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), тілесно-орієнтована терапія, психодинамічна психотерапія, екзистенційно-феноменологічний підхід, методи сугестії, а також міжособистісна психотерапія.

Найбільш емпірично обґрунтованим і поширеним методом є когнітивно-поведінкова терапія. Її ефективність підтверджено в численних дослідженнях, особливо при роботі з нервовою анорексією, булімією та компульсивним переїданням. КПТ дозволяє виявити деструктивні автоматичні думки, пов'язані з тілом, їжею, контролем, і трансформувати їх у більш адаптивні установки. Один із методичних інструментів КПТ – харчовий щоденник, що дозволяє клієнту відстежувати зв'язки між емоційними станами, думками та епізодами харчової поведінки (Myers, 2006, с. 207). Це сприяє усвідомленню поведінкових патернів і створенню альтернатив.

Тілесно-орієнтована терапія акцентує увагу на відновленні контакту з тілом, підвищенні тілесної чутливості, прийнятті своїх відчуттів і потреб. У роботі з РХП цей підхід дозволяє зменшити тілесну дисоціацію, сформувати емпатійне ставлення до себе, розпізнавати сигнали голоду і ситості. Також він сприяє зниженню напруги, тривожності, що часто є фоном для емоційного переїдання.

Психодинамічна психотерапія зосереджується на виявленні глибинних внутрішньоособистісних конфліктів, які можуть лежати в основі порушеної харчової поведінки. Це може бути конфлікт між потребою в автономії та страхом відторгнення, складнощі у побудові образу Я або захисне уникнення негативних емоцій. У рамках цього підходу важливою є робота з самооцінкою, образами батьків, досвідом дитинства.

Гештальт-терапія дає можливість клієнту усвідомити «незавершені гештальти», зокрема щодо стосунків, травматичних подій, пригнічених потреб. Через акцент на «тут і тепер», гештальт-терапія активізує процес усвідомлення та відповідальності за свій вибір, включно з вибором щодо харчування.

Міжособистісна терапія є ефективною, коли розлади харчової поведінки пов'язані з труднощами в комунікації, міжособистісними конфліктами, самотністю. Сімейна терапія, як один із напрямів міжособистісної роботи, особливо ефективна при анорексії в підлітковому віці. У цьому випадку зміни відбуваються не лише в клієнта, а й у його системі підтримки.

Сугестивні методи, включно з гіпнотерапією або аутогенним тренуванням, можуть використовуватися як допоміжні для зниження тривожності, напруги або активації мотиваційних ресурсів. Такі методи мають бути поєднані з глибшою когнітивною чи психодинамічною роботою.

Окремої уваги заслуговує екзистенційно-феноменологічний підхід, що розглядає харчову поведінку не лише як симптом, а як спосіб буття людини у світі. Згідно з цим підходом, важливо не лише змінити поведінку, а допомогти клієнту знайти нове ставлення до себе, своїх виборів, сенсів, і визнати власну відповідальність за життя в тілі, яке він має.

Як показало наше дослідження, індивідуально-психологічні характеристики (емоційна стабільність, добросовісність, тип гендерної ідентичності та інші характеристики) можуть суттєво модифікувати схильність до розладів, а також ефективність певних підходів. Так, наприклад, фемінінна ідентичність у чоловіків виявилась пов'язаною з підвищеним ризиком РХП, що вимагає чутливого підходу до вибору психокорекційних стратегій – з фокусом на стабілізацію емоційного стану, розвиток адаптивного самосприйняття та впевненості.

Відтак, розробляючи корекційну програму, доцільно орієнтуватися на модульний, гнучкий підхід, що враховує основну терапевтичну мету: не

зниження ваги, а гармонізацію образу тіла, стабілізацію емоцій, розвиток адаптивних навичок.

У сучасній практиці особливо ефективною вважається тренінгова форма роботи. Вона створює простір не лише для інформування, а й для проживання досвіду «тут і тепер», розвитку рефлексії, комунікації та навичок саморегуляції. Основою тренінгової роботи має стати створення безпечного середовища, що гарантує конфіденційність, повагу до особистості, підтримку та відсутність критики. Це дає змогу учасникам відкрито ділитися власними переживаннями, переосмислювати деструктивні патерни та спільно шукати шляхи до змін.

Етапність тренінгової роботи зазвичай включає:

1. Діагностичний блок, що включає в себе виявлення деструктивних моделей харчування, тілесних уявлень та емоційних тригерів.
2. Корекційний блок, що включає в себе формування нових моделей поведінки, опанування навичок саморегуляції, розвиток тілесної обізнаності.
3. Інтеграційний блок, що включає в себе зміцнення позитивних змін, інтеріоризація нового досвіду, планування саморозвитку.

Діагностичний блок виконує функцію виявлення провідних психологічних механізмів розладу, визначення його динаміки, контексту виникнення та суб'єктивного переживання клієнтом. У рамках цього блоку важливо зосередити увагу на виявленні деструктивних моделей харчування, зокрема компульсивного переїдання, суворого обмеження, ритуалів, компенсаторної поведінки. Також аналізується структура тілесних уявлень – ступінь прийняття власного тіла, наявність образу «ідеального тіла», тілесна чутливість і локус контролю. Обов'язковим є вивчення емоційних тригерів, що запускають розлади харчування: тривога, сором, самотність, відчуття втрати контролю тощо. Психолог має також дослідити рольову ідентичність, установки щодо гендерних норм і харчування, здатність до рефлексії й самоусвідомлення. У разі групової

роботи на цьому етапі формуються правила безпечної взаємодії, задається базова рамка довіри.

Корекційний блок є центральною фазою тренінгової програми. Його мета – формування нових моделей поведінки, опанування навичок саморегуляції, розвиток тілесної обізнаності та емоційної гнучкості. Учасники поступово освоюють альтернативні способи реагування на стресові події, вчаться розпізнавати справжній та емоційний голод, вибудовують нове ставлення до їжі як до джерела енергії, а не компенсації. Особлива увага приділяється відновленню контакту з тілом: через вправи усвідомленого дихання, заземлення, візуалізацій та тілесних практик формується новий досвід проживання тіла як ресурсу, а не як проблеми. Важливо, що нові навички не лише опановуються інтелектуально, а й проживаються емоційно в безпечному просторі групи або індивідуальної взаємодії. На цьому етапі також працюють із когнітивними переконаннями клієнта щодо їжі, тіла, власної цінності та контролю.

Інтеграційний блок слугує завершальним етапом і має на меті зміцнення досягнутих позитивних змін, інтеріоризацію нового досвіду та планування подальшої траєкторії особистісного зростання. Учасники осмислюють, які зміни відбулися в їхньому ставленні до їжі, до себе, до тіла, фіксують відчуття внутрішньої свободи або нові внутрішні обмеження, які виникли в процесі. Психолог допомагає сформувати внутрішню опору – здатність самостійно підтримувати нові стратегії, повертатися до себе в стані стресу, довіряти власному досвіду. Рекомендується створення особистого плану саморозвитку: які практики учасник залишає в щоденному житті, як він підтримуватиме контакт із тілом і емоціями, які ресурси він може залучити в разі регресу. Також корисною є робота з уявленням про можливі труднощі після завершення програми та пошук відповідей на запитання: «Що я робитиму, коли знову захочеться сховатися у звичну поведінку?», оскільки це підсилює довіру до себе й реалістичність адаптації.

Таким чином, побудова тренінгової програми за принципом етапності – від діагностики до інтеграції – дозволяє уникнути поспішного переходу до дій, забезпечує поступове зростання внутрішньої стабільності та ефективніше закріплює нові моделі функціонування. Такий комплексний підхід, що поєднує знання про тип розладу, особистісні характеристики та гнучкі психотерапевтичні інструменти, спрямований не лише на зміну поведінкових симптомів, а передусім – на глибоку трансформацію стосунків людини із собою, тілом та світом.

4.2. Рекомендаційний зміст психокорекційного тренінгу розладів харчової поведінки

У процесі корекції розладів харчової поведінки ефективність психотерапевтичного впливу значною мірою залежить від того, наскільки глибоко враховано індивідуально-психологічні особливості особистості, включно з її емоційним фоном, ролевою ідентичністю, тілесною самосвідомістю та стилем саморегуляції. Спираючись на результати власного дослідження, ми створили тренінгову програму, яка орієнтована не лише на зміну зовнішньої поведінки, а насамперед – на відновлення довіри до тіла, розвиток інтуїтивного контакту із собою та стабілізацію емоційного стану.

Запропонована програма має експрес-формат і поєднує в собі елементи тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової та інтегративної психотерапії. У центрі уваги – робота з харчовими тригерами, емоційним фоном, уявленням про «я-тілесне», а також формування внутрішньої опори та впевненої, неагресивної взаємодії із середовищем.

У розробці програми ми врахували як загальні закономірності психокорекції РХП, так і гендерно-специфічні зв'язки, виявлені у нашому емпіричному дослідженні. Нижче подано опис цільової аудиторії, структури та змісту тренінгу.

Програма розрахована на молодь юнацького віку (18-25 років), яка має підвищений ризик розвитку розладів харчової поведінки або вже демонструє

певні деструктивні харчові патерни. Робота проводиться у форматі групового тренінгу протягом одного повного дня або в межах трьох занять по 90 хвилин.

Основна мета тренінгу полягає у розвитку навичок інтуїтивного харчування, зниженні емоційного напруження, формуванні самоприйняття та адекватної ролевої ідентичності. Досягнення цієї мети передбачає вирішення таких завдань, як підвищення усвідомленості щодо власного тіла та емоцій, розпізнавання харчових тригерів, зменшення залежності від зовнішнього контролю в харчуванні, визначення ролей, які впливають на харчову поведінку, та розвиток конгруентної соціальної поведінки.

Перше заняття тренінгу має на меті підвищити тілесну усвідомленість, виявити тип локусу контролю та простежити, як рольова ідентичність впливає на харчування. Заняття розпочинається з кола знайомства, в якому кожен учасник має змогу коротко позначити своє ставлення до тіла на даний момент. Далі виконується вправа «Мапа тіла», у ході якої учасники позначають на умовній фігурі зони комфорту, напруги, сорому та прийняття. Це дозволяє візуалізувати рівень тілесної усвідомленості та виявити «глухі» чи проблемні ділянки. Наступна вправа – «Голос мого тіла» – передбачає роботу в парах і обговорення тілесних сигналів: голоду, втоми, ситості. Ведучий наголошує на різниці між сигналами тіла і думками чи соціальними установками. Після цього учасникам пропонується коротка міні-лекція про локус контролю у харчуванні: внутрішній (тілесно-емоційний) та зовнішній (соціальний). Вправа «Внутрішній компас» із картками-дилемами дозволяє проаналізувати, які рішення в харчуванні приймаються зсередини, а які – під впливом норм. Завершується заняття колом рефлексії.

Друге заняття присвячене роботі з емоційними тригерами, тривожністю та навичками розрізнення справжнього й емоційного голоду. Воно розпочинається з обговорення: «Що я їм, коли мені сумно, страшно, нудно?». Вправа «Мій харчовий тригер» допомагає зафіксувати особисті патерни емоційного

переїдання. Потім відбувається моделювання ситуацій у вправі «Тіло в кризі» – іспит, конфлікт, соцмережі – з подальшим обговоренням реакцій тіла та можливих адаптивних дій. У вправі «Тривожний голод чи справжній?» учасники аналізують описані сценарії і класифікують їх як фізіологічні потреби чи емоційні імпульси. Для зниження напруги використовується техніка дихального «заземлення». Завершується заняття рефлексією і коротким обговоренням інсайтів.

Третє заняття спрямоване на закріплення позитивних змін, розвиток впевненого ставлення до себе і тіла, формування інтуїтивної моделі харчування. Починається воно з візуалізації «Ідеальний день з моїм тілом» – учасники уявляють, як виглядав би їхній день, якби вони слухали потреби тіла, а не диктат зовнішніх установок. Далі у вправі «Роль, яку я приймаю» обговорюються фемінінні, маскулінні й андрогінні моделі харчування, які учасники перейняли від соціального оточення. У моделюванні соціальних ситуацій «Їжа під контролем чи я?» учасники визначають джерела дискомфорту та опановують нові стратегії поведінки. Управа «Тіло – мій союзник» допомагає сформувати емпатичне ставлення до свого тіла через дотик, афірмації та емоційне підкріплення. Завершенням тренінгу є підсумкове коло з фокусом на ресурсах, змінах та намірах на майбутнє.

Оцінка ефективності тренінгу проводиться за допомогою міні-опитувальника до і після участі, а також через спостереження за поведінковими та вербальними проявами змін у процесі групової роботи. Тренінг може використовуватися як самостійна форма психокорекції або як частина довготривалої програми для роботи з розладами харчової поведінки.

Запропонована програма має бути реалізована у форматі малої групи (8–12 учасників) із дотриманням принципів конфіденційності, психологічної безпеки та добровільності участі. Рекомендовано попередньо проводити коротке діагностичне інтерв'ю або анкетування для уточнення рівня тривожності,

особливостей харчової поведінки та мотивації до змін. Особливу увагу слід приділяти забезпеченню недирективного стилю ведення групи, де психолог не нав'язує готових рішень, а стимулює самостійне усвідомлення й рефлексію.

З огляду на специфіку цільової аудиторії та структурні особливості запропонованої корекційної програми, найбільш доцільним є її впровадження в освітньому, медико-психологічному або молодіжному середовищі, де існує можливість забезпечити регулярність і повторюваність форматів роботи. Саме такі простори мають найбільший потенціал для організації психологічної допомоги в умовах, наближених до повсякденної реальності учасників, з мінімальними втратами мотиваційного компоненту.

В умовах шкіл, університетів, студентських спільнот або молодіжних центрів можна сформувати сталі групи з достатнім рівнем довіри, що дозволяє реалізовувати глибинні практики – особливо на рівні тілесно-орієнтованої роботи, яка потребує безпечного простору й особливої атмосфери прийняття. Освітнє середовище також сприятиме нормалізації теми психічного здоров'я та розладів харчової поведінки в молодіжній культурі, що є важливим чинником зниження стигматизації.

Хоча за наявності відповідних ресурсів і технічного забезпечення програма може бути адаптована до онлайн-формату, варто зазначити, що перевага все ж надається очному формату проведення. Це обґрунтовується тим, що значна частина запропонованих інтервенцій має тілесно-орієнтований характер (практики усвідомленого дихання, заземлення, тілесного сканування, невербальної взаємодії), які вимагають фізичної присутності учасників і ведучого в одному просторі. У віртуальному середовищі суттєво знижується якість зворотного зв'язку, послаблюється контекст групової динаміки, що може ускладнити реалізацію емоційно насичених блоків.

Структура тренінгової програми, розроблена на основі результатів емпіричного дослідження, володіє потенціалом для адаптації під потреби різних

цільових груп. Це особливо актуально в контексті гендерно-рольових особливостей і пов'язаних із ними емоційно-регуляторних стратегій, які, згідно з нашими даними, мають істотне значення в механізмах формування та підтримки розладів харчової поведінки. Наприклад, для осіб з фемінінною статевою роллю, які водночас демонструють підвищений рівень тривожності (особливо у вибірці чоловіків), доцільно акцентувати увагу на блоках, пов'язаних із прийняттям себе, нормалізацією тілесності, зниженням самокритичності та посиленням навичок самоспівчуття. Вправи, спрямовані на тілесну безпеку, глибоке дихання, створення особистого простору, можуть сприяти зниженню загального рівня напруги й тривожної активізації.

Натомість для жінок із домінуванням маскулітних рис, які можуть тяжіти до гіперконтролю, самодисципліни та пригнічення емоційної чутливості, ефективним буде акцент на практиках тілесної м'якості, дозвільності, відновлення спонтанності. У цьому випадку варто посилити блоки, пов'язані з дозволом на відпочинок, зниженням напруги, трансформацією стратегії «через силу» у стратегію «через контакт». Упровадження таких диференційованих модулів дозволяє не лише враховувати індивідуальні профілі учасників, а й унеможлиблює відтворення стереотипних гендерних ролей у психокорекційному просторі.

Таким чином, тренінгова програма є потенційно мобільною, чутливою до соціокультурного контексту і водночас достатньо структурованою, аби забезпечити повторювану ефективність у різних середовищах. Її адаптивність і науково обґрунтована побудова створюють умови для її широкого застосування в практиці психологічної допомоги молоді з ознаками порушень харчової поведінки.

Можна розширити програму, додавши окремі модулі, зокрема:

- арт-терапевтичні заняття з темою образу тіла;
- майстер-класи з приготування їжі в стилі усвідомленого споживання;

- окремий модуль для батьків або педагогів щодо підтримки молоді з РХП.

Подальше дослідження ефективності програми доцільно здійснювати через порівняння груп до та після проходження тренінгу із залученням контрольної вибірки. Оцінювання може охоплювати не лише зміни в самозвіті, а й аналіз поведінкових патернів через спостереження та якісне інтерв'ю.

4.3. Рекомендації для практичних психологів щодо впровадження корекційних програм РХП

З огляду на багаторівневу природу розладів харчової поведінки, ефективна корекція цього феномену вимагає від практичного психолога поєднання глибокої теоретичної підготовки, емпатійного ставлення до клієнта та здатності адаптивно використовувати психотерапевтичні інструменти. Впровадження програм допомоги має базуватися на урахуванні типу РХП, клінічного профілю особи, її індивідуально-психологічних особливостей, особистісного ресурсу, гендерно-ролевої структури та соціального контексту функціонування.

Насамперед важливою є диференціація типу розладу: анорексія, булімія, компульсивне переїдання мають різну динаміку розвитку, патопсихологічну структуру та наслідки. Оцінка тривалості розладу, соматичних ускладнень, рівня мотивації до змін дозволяє визначити межі психологічного втручання та його можливу інтеграцію з медичною або психіатричною допомогою. У випадках тяжкої симптоматики першочерговою має бути стабілізація фізичного стану та подолання життєвих загроз, тоді як психокорекція у вузькому сенсі може розгортатися вже на етапі відносної стабільності.

Програми психокорекції повинні бути індивідуалізовані з урахуванням особистісного профілю клієнта. Зокрема, рівень емоційної стабільності, самооцінка, наявність схильності до нейротизму, риси добросовісності, тілесна обізнаність, особливості ролевої ідентичності та стратегій емоційної регуляції відіграють суттєву роль у виборі акцентів і темпу втручання. Дані емпіричного дослідження підтверджують, що фемінінність у чоловіків може бути пов'язана з

підвищеною тривожністю, меншою емоційною стабільністю та ризиком порушень харчової поведінки, тоді як маскуліність у жінок – з більшою саморегуляцією та інтернальним локусом контролю. Це вимагає більш гнучкого, а не нормативного розуміння гендерних патернів, а також переосмислення ідентичності клієнта поза бінарними уявленнями про норми харчування.

Особливу увагу слід приділяти тому, як клієнт обробляє соціальні повідомлення щодо тіла, контролю, сили волі, схуднення, краси. У культурі, де масово популяризуються харчові обмеження, дієти, спорт як самодисципліна, клієнт із порушенням харчової поведінки часто не сприймає свої дії як патологічні. У цьому контексті важливо виявити приховані когнітивні переконання (наприклад, «Я втрачу контроль, якщо дозволю собі солодке», «Я вартий любові, лише коли худий»), і надати клієнтові інструменти для критичного переосмислення цих тверджень.

Оптимальною стратегією психологічного втручання при розладах харчової поведінки є використання інтегративного підходу, який передбачає гнучке поєднання різноманітних теоретико-практичних напрямів залежно від індивідуального запиту клієнта, глибини проблеми, рівня його готовності до змін та особистісних ресурсів. Такий підхід дозволяє не обмежуватися рамками однієї школи чи техніки, а будувати психокорекційний процес як динамічну систему, спрямовану на всі рівні функціонування особистості: поведінковий, когнітивний, емоційний, тілесний та екзистенційний.

Ключову роль у структурі інтегративної моделі відіграють принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які дозволяють ідентифікувати, поставити під сумнів і змінити деструктивні переконання клієнта щодо їжі, тіла, контролю, самоцінності. Часто особи з РХП мають глибоко вкорінені когнітивні схеми на кшталт: «Я можу себе поважати лише тоді, коли повністю контролюю своє харчування» або «Варто з'їсти щось заборонене – я втрачаю цінність». Робота з такими твердженнями включає виявлення автоматичних думок,

визначення їхніх витоків, перевірку на реалістичність, заміну на більш гнучкі й адаптивні установки. КППТ також пропонує методи поведінкового експерименту, що дозволяють клієнту в безпечному середовищі спробувати нові реакції й зафіксувати їхні наслідки, таким чином змінюючи свою поведінкову карту.

Не менш важливою складовою інтегративного підходу є тілесно-орієнтовані техніки, що спрямовані на відновлення тілесної обізнаності, підвищення здатності розпізнавати сигнали тіла (голод, ситість, напруга, втома), розвиток м'якого, турботливого контакту з собою. Особи з РХП часто відчужені від власного тіла, не довіряють йому або сприймають як об'єкт контролю чи покарання. Через прості вправи дихання, заземлення, релаксації, сканування тіла клієнт починає відчувати власну тілесність не як ворога, а як джерело інформації, ресурсу й безпеки. Це відкриває шлях до практики інтуїтивного харчування – здатності керуватись внутрішніми сигналами замість зовнішніх заборон і нормативів.

Гештальт-підхід у межах інтеграції допомагає зосередитися на актуальному досвіді, усвідомити механізми уникнення, що підтримують патологічні стратегії, активізувати емоційне проживання ситуацій, пов'язаних із тілом, соромом, потребою в контролі. Важливими є діалогові техніки, робота з «порожнім стільцем», інтерперсональні реконструкції, які дозволяють дати голос відкинутим частинам себе, інтегрувати суперечливі аспекти Я-концепції. Гештальт у цьому контексті розглядає симптом не як патологію, а як спробу організму впоратися з чимось невирішеним – тому інтерес до симптомів стає джерелом змін.

Особливе значення в інтегративному форматі має розвиток навичок емоційної саморегуляції – здатності витримувати інтенсивні переживання, не вдаючись до деструктивних способів (як-от переїдання, обмеження чи самопокарання). Ці навички включають вміння ідентифікувати емоцію, назвати її, витримати її інтенсивність, знайти безпечний спосіб її вираження. У

тренінговому форматі для цього використовуються техніки з палітри майндфулнес-підходу, а також елементи діалектико-поведінкової терапії (DBT), де навички усвідомленості, терпимості до дистресу та самоспівчуття формуються через вправи, діалог і рефлексію.

Нарешті, психоосвітній компонент забезпечує когнітивне осмислення проблеми, підвищує інформованість клієнта щодо фізіологічних основ харчової поведінки, впливу стресу, гормонального фону, функцій жиру в організмі, наслідків дієт. Знання, надане з повагою та доступною мовою, знижує рівень сорому та стигми, відкриває можливість критично переосмислити власні уявлення про норму, красу й «правильну» поведінку. Це важливо для створення відчуття контролю та посилення мотивації до змін.

Створення безпечного психологічного простору є фундаментальною умовою ефективності втручання. Практичний психолог має забезпечити атмосферу прийняття, підтримки, довіри, відсутності порівнянь та оцінювання. Робота з клієнтами, які мають досвід хронічного сорому, самозвинувачення, самокритики, вимагає високого рівня емпатійності, присутності, а також уважності до реакцій переносу та контрпереносу. Важливим є уникнення директивності та зосередження на автономії клієнта як на довготривалій меті.

Робота з образом тіла в контексті психокорекції розладів харчової поведінки становить окремий напрям психотерапевтичної практики, який вимагає особливої чутливості, поступовості й глибокого розуміння психодинаміки особистісного функціонування. У більшості випадків корекція негативного або викривленого образу тіла не може бути ефективною без паралельної роботи з такими глибинними аспектами, як емоційна регуляція, загальне ставлення до себе, досвід психологічної або фізичної травматизації, а також соціокультурний тиск, пов'язаний із нормативними уявленнями про «ідеальну» зовнішність.

Слід визнати, що образ тіла не є ізольованим когнітивним конструктом. Це складне багатовимірне утворення, яке формується на перетині сенсорного досвіду, афективних переживань, інтеріоризованих соціальних стандартів, гендерних очікувань і життєвого контексту особистості. Нерідко негативне ставлення до тіла виявляється не як первинний симптом, а як проекція неприйняття себе загалом: «я не подобаюсь собі – отже, справа у моєму тілі». У таких випадках акцент на самій тілесності без опрацювання глибинних внутрішніх конфліктів може не тільки виявитися неефективним, а й посилити захисні механізми клієнта.

З огляду на це, на початкових етапах психокорекційної роботи часто доцільно не прагнути негайно сформувати позитивне ставлення до тіла, а, передусім, нейтралізувати наявне ворожо-критичне ставлення. Це означає зменшення рівня внутрішньої агресії, сорому, самознецінення, які клієнт спрямовує на власне тіло, й переведення фокусу з оцінювання на спостереження, з критики – на дослідження. Така стратегія дозволяє поступово створити умови для більш глибокої трансформації тілесного досвіду.

Центральне місце в цьому процесі займає розвиток тілесної самоприсутності – здатності бути «в тілі», відчувати його в реальному часі, розпізнавати сигнали напруги, дискомфорту, ситості, бажань. Відновлення цього контакту часто відбувається через прості тілесні практики, що не викликають тривоги або перфекціоністських сподівань: заземлення, повільне дихання, сканування тіла, м'які рухові медитації. Такі вправи не лише сприяють зниженню тривожності, а й активізують відчуття внутрішньої підтримки та присутності – як основи для формування нової, більш прийнятної тілесної ідентичності.

Крім того, надзвичайно важливим у процесі роботи з тілесністю є формування доброзичливого, емпатійного ставлення до власного тіла. Це включає навчання клієнта вмінню розмовляти з тілом мовою турботи, а не вимог чи критики. Наприклад, замість «Я знову виглядаю жахливо» – «Моє тіло

сьогодні потребує відпочинку й підтримки». У терапевтичному процесі важливо розділити тіло як фізичну реальність від соціальних уявлень, які були нав'язані зовнішніми системами – медіа, сім'єю, культурою. Така деконструкція дозволяє повернути собі тілесність як простір власного досвіду, а не оцінювання.

У контексті корекційних програм, спрямованих на роботу з РХП, тілесна самоприсутність, навички самозаземлення та прийняття тіла мають бути не додатковим елементом, а однією з базових ліній впливу. Вони створюють основу для більш сталого відновлення інтуїтивного харчування, гнучкості у ставленні до змін, зниження потреби в компенсаторних діях (як-от переїдання чи голодування), і сприяють формуванню цілісного, здорового образу Я.

Окремої уваги у процесі психокорекційної роботи з розладами харчової поведінки заслуговує психоосвітній компонент, що виступає як ключовий інструмент формування усвідомлення, зниження тривожності, відновлення суб'єктної позиції клієнта у власному терапевтичному процесі. Належно структурована та етично подана психоосвіта здатна суттєво змінити ставлення клієнта до власної поведінки, переживань і тілесних імпульсів.

Насамперед, у межах психоосвітньої роботи доцільно ознайомити клієнта з базовими фізіологічними й психофізіологічними механізмами, які лежать в основі харчової поведінки. Це включає роз'яснення дії голоду й ситості як біологічних регуляторів, ролі гормонів (греліну, лептину, кортизолу) в апетиті, механізмів реакції на стрес, які можуть провокувати як зниження, так і посилення харчової поведінки. Важливо також пояснити, що тілесні сигнали не завжди збігаються з емоційними імпульсами, й саме це розходження часто лежить в основі так званого «емоційного голоду».

Особливої уваги заслуговує висвітлення концепції харчового дистресу – стану, при якому їжа стає інструментом регуляції емоційного стану, компенсації тривоги, сорому, нудьги чи самотності. Клієнт має змогу усвідомити, що його поведінка не є ознакою слабкості чи моральної невдачі, а – спробою адаптації до

психоемоційного навантаження, з яким він не мав інших ресурсів впоратися. Таке переосмислення знижує почуття провини, яке часто є паралізуючим і не дозволяє рухатись до змін.

Психоосвітня робота також повинна торкатися теми взаємозв'язку емоцій і харчування: як пригнічена злість може маскуватися апетитом, як тривожність запускає імпульс до переїдання, як голодування посилює ризик втрати контролю над собою. Психолог або тренер може демонструвати ці взаємозв'язки на прикладах з життя або через обговорення типових ситуацій, що допомагає клієнтам впізнавати свої патерни.

Особливо важливо, щоб інформація в межах психоосвіти подавалася без зверхності чи дидактизму, з урахуванням інтелектуального рівня, психологічної чутливості та особистісної автономії клієнта.

Рольова ідентичність, як показало емпіричне дослідження, значною мірою зумовлює способи емоційного реагування, прийняття рішень щодо тіла, ступінь самоконтролю та соціального конформізму. Психологу важливо допомогти клієнту усвідомити, які з цих настанов є запозиченими, нормативними, травматичними, а які – автентичні, адаптивні, гнучкі. Це особливо важливо у випадках, коли клієнт переживає внутрішній конфлікт між соціальними очікуваннями та власними потребами.

Підтримка самостійної роботи між сесіями дозволяє поглибити та закріпити досягнуті результати. Вона може включати ведення харчового щоденника, журналу емоцій, регулярне виконання тілесних практик, письмову рефлексію. У груповій роботі ефективною є динаміка безпечної взаємодії, обговорення спільного досвіду, зняття ізоляції та стигми. Моделювання реальних ситуацій, які провокують дистрес (відвідини кафе, святкові події, спільне харчування), дозволяє формувати нові стратегії поведінки в безпечному просторі.

Результативність психокорекційних програм має оцінюватися не лише через зникнення симптомів, а й за критеріями підвищення рівня самоприйняття,

покращення емоційної регуляції, формування довіри до власного тіла та розширення репертуару адаптивних поведінкових реакцій. Доцільним є застосування психодіагностичних інструментів (EAT-26, HADS тощо), доповнених якісними методами – інтерв'ю, наративною рефлексією, аналізом процесу змін.

Таким чином, психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки передбачає не лише надання технік і стратегій, а й створення умов для трансформації ставлення до себе. Практичний психолог виступає не лише як коректор поведінки, а як фасилітатор внутрішнього зростання та ресурсної автономії. Саме через цей підхід психокорекційна програма стає не набором інтервенцій, а простором терапевтичного розвитку та тілесно-психічної інтеграції.

Висновки до розділу 4:

1. У результаті аналізу сучасних підходів до психокорекції розладів харчової поведінки було встановлено, що найбільш ефективними є мультидисциплінарні моделі з інтеграцією когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих методів, психоосвітнього компонента та технік емоційної регуляції. Визначальним фактором успіху є персоніфікованість втручань та чутливість до гендерно-рольових і особистісних особливостей клієнта.

2. На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено авторську тренінгову програму, спрямовану на корекцію РХП у юнацькому віці. Програма поєднує діагностичні, корекційні та інтеграційні блоки та передбачає гнучку адаптацію до індивідуального профілю учасників, зокрема з урахуванням гендерної ідентичності, рівня тривожності та стратегій тілесної регуляції. У межах тренінгу передбачено використання таких вправ, як «Моя тілесна присутність», «Позиція взаємодії», «Мова тіла», «Звернення з трьох позицій», тілесне сканування, робота з невербальними реакціями в групі, інтерпретація власного харчового досвіду.

3. Практичним психологам рекомендовано впроваджувати тренінгові програми в освітньо-молодіжному або медико-психологічному середовищі з переважним використанням очного формату. Успішність реалізації психокорекційних програм зростає за умов повторюваності формату, безпечної атмосфери, чіткої структури та поєднання психотерапевтичних, освітніх і тілесно-орієнтованих компонентів.

ВИСНОВКИ

У межах дослідження було поставлено за мету виявити гендерні особливості розладів харчової поведінки у вибірці осіб юнацького віку. Загальна кількість респондентів склала 160 осіб, з яких 98 – жінки та 62 – чоловіки віком від 18 до 25 років (середній вік становив 21,5 року). Для досягнення поставленої мети використовувалися комплексні психодіагностичні методики, які дозволили не лише оцінити ризик розвитку розладів харчової поведінки, але й простежити зв'язки з індивідуально-психологічними характеристиками, рівнем емоційного стану та статевою рольовою ідентичністю.

1. У процесі теоретичного аналізу встановлено, що розлади харчової поведінки (РХП) мають багаторівневу етіологію та формуються під впливом комплексу біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Статеві та гендерні відмінності відіграють значущу роль у прояві РХП, зокрема через різні соціальні очікування щодо зовнішності, рольової поведінки та допустимих способів емоційної регуляції. Жінки частіше демонструють тенденцію до зниження ваги та харчових обмежень, тоді як чоловіки тяжіють до підвищення м'язової маси та компенсації переїдання фізичними навантаженнями.

2. Емпіричне дослідження гендерних особливостей розладів харчової поведінки у осіб юнацького віку проводилося за допомогою шести методик: «Опитувальник харчової поведінки» (EAT-26), «Тілесний локус контролю» (Хомуленко Т.), «Шкала інтуїтивного харчування – 2», «Статеврольовий опитувальник» С. Бем, «Короткий п'ятифакторний опитувальник рис особистості» (TIPI), «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

3. У ході емпіричного дослідження виявлено, що, незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей у загальному ризику РХП між жінками й чоловіками, жінки частіше демонструють прояви харчових обмежень і булімічних патернів, водночас чоловіки – вищу інтуїтивність харчування та кращу здатність орієнтуватися на фізіологічні сигнали. Щодо тілесного локусу

контролю, жінки частіше демонструють інтернальну позицію, тоді як чоловіки переважають у зоні середніх значень.

У вибірці юнацького віку жінки продемонстрували вищий рівень тривожності, водночас показники депресії в обох вибірках були переважно в межах норми. Жінки виявили вищий рівень нейротизму, тоді як чоловіки мали вищу емоційну стабільність. Показники екстраверсії, добросовісності, відкритості до досвіду та дружелюбності залишалися стабільно високими в обох статевих групах, формуючи загальний позитивний психологічний профіль.

Аналіз результатів показав, що у жінок фемінінність асоціювалася з нижчим рівнем інтуїтивного харчування та вищою тривожністю, тоді як маскуліність – з інтернальним локусом контролю та добросовісністю. У чоловіків фемінінна статево-рольова ідентичність виявила позитивний зв'язок з ризиком РХП, підвищеним рівнем тривожності, нижчою емоційною стабільністю та зниженою інтернальністю.

Результати показали, що як тривожність, так і депресивність демонструють прямий зв'язок з симптомами порушення харчової поведінки, особливо серед жінок. Зниження інтуїтивного харчування корелює з дистресом, зокрема в підшкалах «Гармонія їжі й тіла» та «Безумовний дозвіл». Особистісні риси, зокрема емоційна стабільність, мають інверсований зв'язок із булімічними симптомами, а відкритість до досвіду пов'язана з тілесним локусом контролю. Добросовісність виявилася пов'язана з більш адаптивними формами інтуїтивного харчування, проте з гендерно-специфічними відмінностями.

4. На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено авторську тренінгову програму, спрямовану на корекцію РХП у юнацькому віці. Програма поєднує діагностичні, корекційні та інтеграційні блоки та передбачає гнучку адаптацію до індивідуального профілю учасників, зокрема з урахуванням гендерної ідентичності, рівня тривожності та стратегій тілесної регуляції. У межах тренінгу передбачено використання таких вправ, як «Моя тілесна

присутність», «Позиція взаємодії», «Мова тіла», «Звернення з трьох позицій», тілесне сканування, робота з невербальними реакціями в групі, інтерпретація власного харчового досвіду.

Отже, встановлені кореляційні зв'язки між типами статевої ролі, ідентичності, особистісними характеристиками, інтуїтивним харчуванням, тілесним локусом контролю, тривожністю та депресією дають змогу глибше зрозуміти психологічні механізми схильності до РХП та можуть слугувати основою для подальших цілеспрямованих психопрофілактичних заходів і створення індивідуалізованих підходів до психокорекції в молодіжному середовищі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Absalyamova, L. (2018). The psychological aspects of being ready to dietary behavior's changes. *Psychological journal*, 7(17), 108–120. <https://doi.org/10.31108/1.2018.7.17.7>
2. Andersén, M., & Birgegård, A. (2017). Diagnosis-specific self-image predicts longitudinal suicidal ideation in adult eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 970–978. <https://doi.org/10.1002/eat.22730>
3. Aparicio-Martinez, Perea-Moreno, Martinez-Jimenez, Redel-Macías, Pagliari & Vaquero-Abellan. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
4. Arcand, M., Juster, R.-P., Lupien, S. J., & Marin, M.-F. (2020). Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(6), 661–674. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1774560>
5. Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79–90. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199507\)18:1%3C79::aid-eat2260180109%3E3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199507)18:1%3C79::aid-eat2260180109%3E3.0.co;2-v)
6. Bem, S. L. (1981). *Bem Sex-Role Inventory: Professional manual*. Consulting Psychologists Press.
7. Breton, É., Juster, R., & Booij, L. (2023). Gender and sex in eating disorders: A narrative review of the current state of knowledge, research gaps, and recommendations. *Brain and Behavior*. <https://doi.org/10.1002/brb3.2871>

8. Bulik, C. M., Thornton, L. M., Root, T. L., Pisetsky, E. M., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2010). Understanding the Relation Between Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in a Swedish National Twin Sample. *Biological Psychiatry*, *67*(1), 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.08.010>
9. Chase, B., & Ressler, P. (2009). An LGBT/Queer Glossary. *English Journal*, *98*(4), 23–24. <https://doi.org/10.58680/ej20087018>
10. Cotter, E. W., Kelly, N. R., Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2013). An Investigation of Body Appreciation, Ethnic Identity, and Eating Disorder Symptoms in Black Women. *Journal of Black Psychology*, *41*(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0095798413502671>
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition). (2014). *Reference Reviews*, *28*(3), 36–37. <https://doi.org/10.1108/rr-10-2013-0256>
12. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
13. Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
14. Fatieieva, M. S. (2019). Intuitive eating in the light of national and foreign researches. *Theory and practice of modern psychology*, *3*(1), 153–157. <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.3-1.28>
15. Favaro, A., Caregato, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(12), 1715–1721. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05176blu>
16. Franceschini, A., & Fattore, L. (2021). Gender-specific approach in psychiatric diseases: Because sex matters. *European Journal of Pharmacology*, *896*, 173895. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2021.173895>

17. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
18. Garner, D. M. (2004). Eating disorder inventory-3: Professional manual. *Psychological Assessment Resources, Inc.*
19. Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 263–274. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
20. Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2014). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 767–774. <https://doi.org/10.1002/eat.22353>
21. Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062880>
22. Juster, R.-P., Pruessner, J. C., Desrochers, A. B., Bourdon, O., Durand, N., Wan, N., Tourjman, V., Kouassi, E., Lesage, A., & Lupien, S. J. (2016). Sex and Gender Roles in Relation to Mental Health and Allostatic Load. *Psychosomatic Medicine*, 78(7), 788–804. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000351>
23. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000278>

24. Klimanska, M., & Haletska, I. (2019). Ukrainian adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (TIPI-UKR). *Psychological journal*, 5(9), 57–74. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>
25. Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2010). Sex differences in the adolescent brain. *Brain and Cognition*, 72(1), 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.008>
26. Levitan, R. D., & Davis, C. (2010). Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783–799. <https://doi.org/10.3138/utq.79.2.783>
27. Mond, J., Hall, A., Bentley, C., Harrison, C., Gratwick-Sarll, K., & Lewis, V. (2013). Eating-disordered behavior in adolescent boys: Eating disorder examination questionnaire norms. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 335–341. <https://doi.org/10.1002/eat.22237>
28. Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001>
29. Myers, L. L. (2006). Eating Disorders. *Y Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826104786.0024>
30. Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 562–567. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000645>
31. Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
32. Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2014). The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms: a

- systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0030-2>
33. Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2018). Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 111–128. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0148-z>
34. Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000818>
35. Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
36. Stoller, R. J. (1971). Transsexualism and transvestism. *Psychiatric Annals*, 1(4), 60–9. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19711201-07>
37. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C., & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 570–575. <https://doi.org/10.1002/eat.20293>
38. Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010b). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61748-7)
39. Vögele, Claus, Annika P.C. Lutz, and E. Leigh Gibson, 'Mood, Emotions, and Eating Disorders', in W. Stewart Agras, and Athena Robinson (eds), *The Oxford Handbook of Eating Disorders*, 2nd edn, Oxford Library of Psychology (2018; online edn, Oxford Academic, 6 Feb. 2017), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.8>

40. Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178>
41. Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79–81. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17669-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17669-1)
42. Wonderlich-Tierney, A. L., & Vander Wal, J. S. (2010b). The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating Behaviors*, 11(2), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.10.002>
43. Wong, R. S., Chan, B. N. K., Lai, S. I., & Tung, K. T. S. (2024). School-based eating disorder prevention programmes and their impact on adolescent mental health: systematic review. *BJPsych Open*, 10(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.795>
44. Yaroshenko, A., & Semigina, T. (2023). Validation of Ukrainian language versions of gender bias detection inventories. *Social work and education*, 10(2), 195–210. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.23.2.4>
45. Абсалямова, Л. М., Абсалямова, Л. Н., & Absalyamova, L. (2019). *Особистісні детермінанти розладів харчової поведінки* [Thesis, Харківський національний університет імені Г. С. Сковороди, Діса плюс]. EKhNPUiR – Electronic Kharkiv National Pedagogical University Institutional Repository. <http://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/5408>
46. Абсалямова, Л. М. (2014). Психологічні особливості жінок із порушеннями харчової поведінки. *Матеріали III Всеукраїнського психологічного конгресу «Особистість у сучасному світі»*, (3), 10–12.
47. Агаєв, Н. А., Кокур, О., Пішко, І., Лозінська, Н., & Остапчук, В. (2016). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. НДЦ ГП ЗСУ.

- 48.Бацилева, О. В. (2015) Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка*. Т. 7. Вип. 38, 57–68.
- 49.Бурлачук, Л. Ф., Шебанова, В.І. (2015) Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, .№1 (46), 53–66.
- 50.Варипаєв, О. М. (2012) Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг*. Вип. 1(2), 319–325.
- 51.Золотова, Г. Д. (2013) Сучасні соціально-педагогічні погляди на проблему адиктивної поведінки дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. № 1, 61–70.
- 52.Кириленко, М. І. (2019). Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*, (5), 46–54.
- 53.Кікінежді, О. (2015). Трансформація цивілізаційної ідентичності української молоді: гендерна парадигма. *Українознавчий альманах*, (Вип. 18), 20–24.
- 54.Корнева, Я. І. (2023). Розлади харчової поведінки та ожиріння у підлітків. У *Сучасні вектори відновлення та розвитку України на засадах сталості та безпеки*. NGO "Scientific and Educational Innovation Center of Social Transformations. https://doi.org/10.54929/conf_21_11_2023-18-06
- 55.Кузьмінська, О. (2004). *Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді* [Монографія]. Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український інститут соціальних досліджень.

- 56.Литвин-Кіндратюк, С. (2000). Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. У *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія* (с. 160–165). Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту.
- 57.Максименко, С. (2011) Категорія нужди та розвиток особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Т. 11. Вип. 5, 3–10.
- 58.Маслюк, А. М. (2011). Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. І. Огієнка, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка*, (11), 454–463.
- 59.Михайлов, Б. В., Афанасьєв, М. В., Сарвір, І. М., Філик, В. С., & Кашинський, О. А. (2003). Соматоформні розлади як міждисциплінарна проблема сучасної медицини. *Медицина залізничного транспорту України*, (22), 77–81.
- 60.Міткжов, В. О., Князева, Н. В., Гребельна, Н. В., Закревський, О. П., Томашевський, М. І., Писаренко, П. М., Норецько, С. Б., & Чернов, І. В. (2011). Нервова анорексія та булімія у дівчат- підлітків: проблеми, комплексне лікування з втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації. *Медикосоціальні проблеми сім'ї*, 16(2), 96–100.
- 61.Міхеєнко, О. І. (2011). Культура харчування як складова культури здоров'я людини (валеологічний аспект). *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту.*, (23), 116–121.
- 62.Мойзріст, О. М. (2009). Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України.*, (6.2), 85–94.
- 63.Негірєв, В. В. (2021). *Вплив фізичного образу «Я» на самоствалення у жінок* [Магістерська робота]. Інституційний репозитарій Запорізького

національного

університету. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/6412>

64. Нечитайло Т. А. (2010) *Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці : автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07; Нац. ун-т ім. М.П. Драгоманова*, 21.
65. Нікіфорова, Я. В. (2015) Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. *Сучасна гастроентерологія*. №23 (83), с. 113–121.
66. Рахубовська, Х. Г. (2012) Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. Вип. 44(2), 184–191.
67. Сингаївська, І. В. (2022). Розлади харчової поведінки під час подій воєнного характеру. У *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку* (с. 56–68). Університет "КРОК".
68. Сингаївська, І. В. (2022). Розлади харчової поведінки під час подій воєнного характеру. У *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку* (с. 56–68). Університет "КРОК".
69. Ткалич, М. (2012). Проблеми формування гендерної ідентичності особистості в процесі соціалізації та ре соціалізації в умовах соціальних трансформацій. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота*, (Вип. 4), 53–56.
70. Хомуленко, Т. Б. (2017). *Психотехнології саморегуляції тілесного*. Діса Плюс.
71. Хомуленко, Т., Крамченкова, В., Туркова, Д., Лесніченко, Н., & Миронович, Б. (2020). *Методика діагностики тілесного локусу контролю*.

Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди "Психологія", (62), 293–316.

<https://doi.org/10.34142/23129387.2020.62.17>

ДОДАТКИ
Додаток А

Correlation Matrix

		Статоворольовий індекс	Дістичне обмеження	Булїмїя	Оральний контроль	Рївень РХП
Статоворольовий їндекс	Pearson's r	—				
	df	—				
	p-value	—				
	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Дїстичне обмеження	Pearson's r	-0.002	—			
	df	96	—			
	p-value	0.981	—			
	Spearman's rho	0.160	—			
	df	96	—			
	p-value	0.117	—			
Булїмїя	Pearson's r	0.179	0.719***	—		
	df	96	96	—		
	p-value	0.077	<.001	—		
	Spearman's rho	0.076	0.603***	—		
	df	96	96	—		
	p-value	0.460	<.001	—		
Оральний контроль	Pearson's r	-0.131	0.272**	0.181	—	
	df	96	96	96	—	
	p-value	0.199	0.007	0.074	—	
	Spearman's rho	-0.187	0.002	0.078	—	
	df	96	96	96	—	
	p-value	0.065	0.984	0.443	—	
Рївень РХП	Pearson's r	0.006	0.941***	0.798***	0.531***	—
	df	96	96	96	96	—
	p-value	0.954	<.001	<.001	<.001	—
	Spearman's rho	0.048	0.826***	0.737***	0.420***	—
	df	96	96	96	96	—
	p-value	0.637	<.001	<.001	<.001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Б

Correlation Matrix

		Статеворольовий індекс	Шкала інтуїт. харчування	Безумовний дозвіл	Тіка з огляду на фіз. Голод	Покладаюся на сигнал голоду	Гармонія тіла та Тікі
Статеворольовий індекс	Pearson's <i>r</i>	—					
	<i>df</i>	—					
	<i>p-value</i>	—					
	Spearman's <i>rho</i>	—					
	<i>df</i>	—					
	<i>p-value</i>	—					
Шкала інтуїт. харчування	Pearson's <i>r</i>	-0.242*	—				
	<i>df</i>	96	—				
	<i>p-value</i>	0.016	—				
	Spearman's <i>rho</i>	-0.145	—				
	<i>df</i>	96	—				
	<i>p-value</i>	0.153	—				
Безумовний дозвіл	Pearson's <i>r</i>	0.265**	-0.063	—			
	<i>df</i>	96	96	—			
	<i>p-value</i>	0.008	0.540	—			
	Spearman's <i>rho</i>	0.065	0.439***	—			
	<i>df</i>	96	96	—			
	<i>p-value</i>	0.525	<.001	—			
Тіка з огляду на фіз. Голод	Pearson's <i>r</i>	0.126	-0.171	0.047	—		
	<i>df</i>	96	96	96	—		
	<i>p-value</i>	0.216	0.092	0.643	—		
	Spearman's <i>rho</i>	0.293**	0.113	0.002	—		
	<i>df</i>	96	96	96	—		
	<i>p-value</i>	0.003	0.270	0.986	—		
Покладаюся на сигнал голоду	Pearson's <i>r</i>	0.146	-0.019	0.101	-0.054	—	
	<i>df</i>	96	96	96	96	—	
	<i>p-value</i>	0.151	0.852	0.324	0.601	—	
	Spearman's <i>rho</i>	-0.012	0.603***	0.319**	0.006	—	
	<i>df</i>	96	96	96	96	—	
	<i>p-value</i>	0.906	<.001	0.001	0.955	—	
Гармонія тіла та Тікі	Pearson's <i>r</i>	-0.178	0.626***	-0.156	-0.124	-0.055	—
	<i>df</i>	96	96	96	96	96	—
	<i>p-value</i>	0.079	<.001	0.125	0.224	0.592	—
	Spearman's <i>rho</i>	-0.142	0.617***	0.124	0.002	0.367***	—
	<i>df</i>	96	96	96	96	96	—
	<i>p-value</i>	0.164	<.001	0.223	0.985	<.001	—

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

Додаток В

Correlation Matrix

		Статеворольовий індекс	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість
Статеворольовий індекс	Pearson's r	—					
	df	—					
	p-value	—					
	Spearman's rho	—					
	df	—					
	p-value	—					
Екстраверсія	Pearson's r	-0.293**	—				
	df	96	—				
	p-value	0.003	—				
	Spearman's rho	-0.255*	—				
	df	96	—				
	p-value	0.011	—				
Дружелюбність	Pearson's r	0.191	-0.055	—			
	df	96	96	—			
	p-value	0.060	0.589	—			
	Spearman's rho	0.507***	-0.048	—			
	df	96	96	—			
	p-value	<.001	0.640	—			
Добросовісність	Pearson's r	-0.161	0.177	0.159	—		
	df	96	96	96	—		
	p-value	0.114	0.082	0.118	—		
	Spearman's rho	-0.275**	0.133	0.150	—		
	df	96	96	96	—		
	p-value	0.006	0.191	0.141	—		
Емоційна стабільність	Pearson's r	-0.114	0.104	0.078	0.315**	—	
	df	96	96	96	96	—	
	p-value	0.264	0.306	0.447	0.002	—	
	Spearman's rho	-0.191	0.054	0.026	0.286**	—	
	df	96	96	96	96	—	
	p-value	0.059	0.600	0.796	0.004	—	
Відкритість	Pearson's r	-0.091	0.410***	0.253*	0.153	0.082	—
	df	96	96	96	96	96	—
	p-value	0.374	<.001	0.012	0.133	0.423	—
	Spearman's rho	-0.058	0.380***	0.222*	0.116	0.084	—
	df	96	96	96	96	96	—
	p-value	0.570	<.001	0.028	0.256	0.410	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Г

Correlation Matrix

		Статеворольовий Індекс	Дістичне обмеження	Булїмія	Оральний контроль	Рюанк РХП
Статеворольовий Індекс	Pearson's r	—				
	df	—				
	p-value	—				
	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Дістичне обмеження	Pearson's r	0.030	—			
	df	60	—			
	p-value	0.819	—			
	Spearman's rho	0.103	—			
	df	60	—			
	p-value	0.426	—			
Булїмія	Pearson's r	-0.169	0.085	—		
	df	60	60	—		
	p-value	0.189	0.513	—		
	Spearman's rho	-0.055	-0.099	—		
	df	60	60	—		
	p-value	0.672	0.444	—		
Оральний контроль	Pearson's r	0.447***	0.439***	0.146	—	
	df	60	60	60	—	
	p-value	<.001	<.001	0.259	—	
	Spearman's rho	0.260*	0.410***	0.193	—	
	df	60	60	60	—	
	p-value	0.041	<.001	0.133	—	
Рюанк РХП	Pearson's r	0.191	0.885***	0.307*	0.773***	—
	df	60	60	60	60	—
	p-value	0.137	<.001	0.015	<.001	—
	Spearman's rho	0.263*	0.839***	0.239	0.738***	—
	df	60	60	60	60	—
	p-value	0.039	<.001	0.062	<.001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Д

		Статеворольовий індекс	Інтуїтивне харчування	Безумовний дозвіл	Їжа з огляду на фіз. Голод	Покладаюся на сигнал	Гармонія тіла та їжі
Статеворольовий індекс	Pearson's r	—					
	df	—					
	p-value	—					
	Spearman's rho	—					
	df	—					
	p-value	—					
Інтуїтивне харчування	Pearson's r	0.327**	—				
	df	60	—				
	p-value	0.010	—				
	Spearman's rho	0.268*	—				
	df	60	—				
	p-value	0.035	—				
Безумовний дозвіл	Pearson's r	0.281*	0.663***	—			
	df	60	60	—			
	p-value	0.027	<.001	—			
	Spearman's rho	0.245	0.574***	—			
	df	60	60	—			
	p-value	0.055	<.001	—			
Їжа з огляду на фіз. Голод	Pearson's r	0.060	0.665***	0.056	—		
	df	60	60	60	—		
	p-value	0.646	<.001	0.667	—		
	Spearman's rho	0.044	0.610***	-0.033	—		
	df	60	60	60	—		
	p-value	0.736	<.001	0.800	—		
Покладаюся на сигнал	Pearson's r	0.363**	0.846***	0.591***	0.285*	—	
	df	60	60	60	60	—	
	p-value	0.004	<.001	<.001	0.024	—	
	Spearman's rho	0.275*	0.819***	0.436***	0.272*	—	
	df	60	60	60	60	—	
	p-value	0.031	<.001	<.001	0.033	—	
Гармонія тіла та їжі	Pearson's r	-0.035	-0.009	0.119	-0.151	0.066	—
	df	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.789	0.943	0.357	0.240	0.609	—
	Spearman's rho	-0.042	-0.016	0.150	-0.178	0.015	—
	df	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.746	0.899	0.244	0.166	0.910	—

Додаток Е

Correlation Matrix

		Статорольовий індекс	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість досіду
Статорольовий індекс	Pearson's r	—					
	df	—					
	p-value	—					
	Spearman's rho	—					
	df	—					
	p-value	—					
Екстраверсія	Pearson's r	-0.231	—				
	df	60	—				
	p-value	0.071	—				
	Spearman's rho	-0.271*	—				
	df	60	—				
	p-value	0.033	—				
Дружелюбність	Pearson's r	0.431***	-0.066	—			
	df	60	60	—			
	p-value	<.001	0.610	—			
	Spearman's rho	0.400**	-0.091	—			
	df	60	60	—			
	p-value	0.001	0.484	—			
Добросовісність	Pearson's r	-0.051	0.061	0.266*	—		
	df	60	60	60	—		
	p-value	0.695	0.639	0.037	—		
	Spearman's rho	-0.127	0.033	0.231	—		
	df	60	60	60	—		
	p-value	0.324	0.798	0.070	—		
Емоційна стабільність	Pearson's r	-0.256*	-0.057	0.076	0.292*	—	
	df	60	60	60	60	—	
	p-value	0.044	0.658	0.557	0.021	—	
	Spearman's rho	-0.264*	0.027	-0.097	0.326**	—	
	df	60	60	60	60	—	
	p-value	0.038	0.835	0.455	0.010	—	
Відкритість досіду	Pearson's r	0.084	0.343**	0.387**	0.272*	0.118	—
	df	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.518	0.006	0.002	0.032	0.361	—
	Spearman's rho	0.019	0.339**	0.324*	0.270*	0.063	—
	df	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.882	0.007	0.010	0.034	0.626	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Ж

Correlation Matrix

		Екстраверсія	Дружальність	Доброчесність	Емоційна стабільність	Відкритість	Дітально об'язання	Бунтівність	Оральний контроль	Рівень FSI
Екстраверсія	Pearson's r	—								
	df	—								
	p-value	—								
	Spearman's rho	—								
	df	—								
	p-value	—								
Дружальність	Pearson's r	-0.255	—							
	df	96	—							
	p-value	0.589	—							
	Spearman's rho	-0.248	—							
	df	96	—							
	p-value	0.640	—							
Доброчесність	Pearson's r	0.177	0.159	—						
	df	96	96	—						
	p-value	0.082	0.118	—						
	Spearman's rho	0.133	0.150	—						
	df	96	96	—						
	p-value	0.191	0.141	—						
Емоційна стабільність	Pearson's r	0.194	0.078	0.315**	—					
	df	96	96	96	—					
	p-value	0.306	0.447	0.002	—					
	Spearman's rho	0.254	0.026	0.296**	—					
	df	96	96	96	—					
	p-value	0.000	0.796	0.004	—					
Відкритість	Pearson's r	0.410***	0.251*	0.153	0.082	—				
	df	96	96	96	96	—				
	p-value	<.001	0.012	0.133	0.423	—				
	Spearman's rho	0.380***	0.222*	0.116	0.094	—				
	df	96	96	96	96	—				
	p-value	<.001	0.028	0.256	0.410	—				
Дітально об'язання	Pearson's r	-0.204	0.060	0.115	-0.141	0.013	—			
	df	96	96	96	96	96	—			
	p-value	0.255	0.560	0.259	0.165	0.900	—			
	Spearman's rho	-0.162	0.045	0.093	-0.169	-0.193	—			
	df	96	96	96	96	96	—			
	p-value	0.111	0.661	0.077	0.097	0.313	—			
Бунтівність	Pearson's r	-0.129	0.192	0.050	-0.215*	-0.019	0.719***	—		
	df	96	96	96	96	96	96	—		
	p-value	0.205	0.318	0.627	0.033	0.849	<.001	—		
	Spearman's rho	-0.033	-0.255	-0.028	-0.215*	-0.035	0.693***	—		
	df	96	96	96	96	96	96	—		
	p-value	0.745	0.589	0.845	0.034	0.730	<.001	—		
Оральний контроль	Pearson's r	-0.005	0.072	0.060	0.112	0.046	0.272**	0.181	—	
	df	96	96	96	96	96	96	96	—	
	p-value	0.959	0.482	0.539	0.270	0.650	0.007	0.074	—	
	Spearman's rho	0.001	0.096	0.064	0.118	0.082	0.002	0.079	—	
	df	96	96	96	96	96	96	96	—	
	p-value	0.990	0.345	0.531	0.246	0.422	0.984	0.443	—	

Note. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Додаток И

	Spearman's rho	—								
	dF	—								
	p-value	—								
Дружелюбність	Pearson's r	-0.253	—							
	dF	94	—							
	p-value	0.529	—							
Сприятливість	Spearman's rho	-0.048	—							
	dF	94	—							
	p-value	0.640	—							
Доброчесність	Pearson's r	0.177	0.159	—						
	dF	94	94	—						
	p-value	0.062	0.118	—						
Сприятливість	Spearman's rho	0.133	0.150	—						
	dF	94	94	—						
	p-value	0.191	0.141	—						
Висока стабільність	Pearson's r	0.194	0.078	0.315**	—					
	dF	94	94	94	—					
	p-value	0.306	0.447	0.002	—					
Висока стабільність	Spearman's rho	0.054	0.026	0.286**	—					
	dF	94	94	94	—					
	p-value	0.600	0.796	0.004	—					
Відкритість	Pearson's r	0.410***	0.253*	0.153	0.062	—				
	dF	94	94	94	94	—				
	p-value	<.001	0.012	0.133	0.423	—				
Відкритість	Spearman's rho	0.388***	0.222*	0.116	0.084	—				
	dF	94	94	94	94	—				
	p-value	<.001	0.028	0.256	0.418	—				
Шкала Inguil: харчованість	Pearson's r	0.242*	0.083	0.013	0.178	-0.066	—			
	dF	94	94	94	94	94	—			
	p-value	0.017	0.413	0.749	0.079	0.396	—			
Шкала Inguil: харчованість	Spearman's rho	0.223*	0.114	0.026	0.164	0.010	—			
	dF	94	94	94	94	94	—			
	p-value	0.027	0.264	0.797	0.107	0.925	—			
Високий довіря	Pearson's r	-0.081	0.062	-0.228*	-0.148	0.089	-0.063	—		
	dF	94	94	94	94	94	94	—		
	p-value	0.430	0.543	0.029	0.168	0.381	0.540	—		
Високий довіря	Spearman's rho	0.190	-0.019	-0.225*	-0.051	0.032	0.439***	—		
	dF	94	94	94	94	94	94	—		
	p-value	0.128	0.853	0.026	0.628	0.757	<.001	—		
Бачення на фін. Голод	Pearson's r	-0.228*	0.085	-0.147***	-0.024	-0.057	-0.171	0.047	—	
	dF	94	94	94	94	94	94	94	—	
	p-value	0.030	0.404	<.001	0.817	0.578	0.092	0.643	—	
Бачення на фін. Голод	Spearman's rho	-0.219*	0.163	-0.104**	0.044	-0.057	0.113	0.062	—	
	dF	94	94	94	94	94	94	94	—	
	p-value	0.031	0.109	0.062	0.678	0.575	0.270	0.986	—	
Поводження на сетки повед.	Pearson's r	-0.076	-0.038	0.009	-0.033	-0.076	-0.019	0.101	-0.054	—
	dF	94	94	94	94	94	94	94	94	—
	p-value	0.460	0.708	0.938	0.390	0.460	0.852	0.324	0.601	—
Поводження на сетки повед.	Spearman's rho	0.188	0.075	-0.018	0.046	0.028	0.601***	0.118**	0.096	—
	dF	94	94	94	94	94	94	94	94	—
	p-value	0.063	0.463	0.863	0.638	0.792	<.001	0.001	0.915	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток К

		Екстраверсія	Дружальність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість досіду	Дітинею обмеження	Булівія	Оральний контроль	Ризик РКП
Екстраверсія	Pearson's r	—								
	df	—								
	p-value	—								
	Spearman's rho	—								
	p-value	—								
Дружальність	Pearson's r	-0.066	—							
	df	60	—							
	p-value	0.610	—							
	Spearman's rho	-0.091	—							
	p-value	0.484	—							
Добросовісність	Pearson's r	0.061	0.266*	—						
	df	60	60	—						
	p-value	0.639	0.037	—						
	Spearman's rho	0.033	0.231	—						
	p-value	0.798	0.070	—						
Емоційна стабільність	Pearson's r	-0.057	0.076	0.292*	—					
	df	60	60	60	—					
	p-value	0.658	0.557	0.021	—					
	Spearman's rho	0.027	-0.097	0.326**	—					
	p-value	0.835	0.455	0.010	—					
Відкритість досіду	Pearson's r	0.343**	0.387**	0.272*	0.118	—				
	df	60	60	60	60	—				
	p-value	0.006	0.002	0.032	0.361	—				
	Spearman's rho	0.339**	0.324*	0.270*	0.063	—				
	p-value	0.007	0.010	0.034	0.626	—				
Дітинею обмеження	Pearson's r	0.166	0.212	0.165	-0.194	-0.044	—			
	df	60	60	60	60	60	—			
	p-value	0.197	0.099	0.199	0.130	0.732	—			
	Spearman's rho	0.221	0.263*	0.077	-0.086	-0.005	—			
	p-value	0.064	0.039	0.550	0.505	0.969	—			
Булівія	Pearson's r	-0.202	-0.476***	-0.232	-0.299*	-0.147	0.085	—		
	df	60	60	60	60	60	60	—		
	p-value	0.116	<.001	0.070	0.018	0.254	0.513	—		
	Spearman's rho	-0.189	-0.339**	-0.019	-0.218	-0.054	-0.099	—		
	p-value	0.140	0.007	0.765	0.089	0.674	0.444	—		
Оральний контроль	Pearson's r	-0.066	0.156	0.093	-0.349**	0.015	0.439***	0.146	—	
	df	60	60	60	60	60	60	60	—	
	p-value	0.612	0.227	0.471	0.005	0.909	<.001	0.259	—	
	Spearman's rho	-0.026	0.319*	0.111	-0.110	-0.041	0.410***	0.193	—	
	p-value	0.841	0.011	0.392	0.394	0.752	<.001	0.133	—	

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Л

Correlation Matrix

	Spearman's rho	—								
	dF	—								
	p-value	—								
Дружелюбність	Pearson's r	-0.066	—							
	dF	60	—							
	p-value	0.610	—							
Доброчесність	Spearman's rho	-0.091	—							
	dF	60	—							
	p-value	0.484	—							
Доброчесність	Pearson's r	0.061	0.260*	—						
	dF	60	60	—						
	p-value	0.629	0.027	—						
Висока стабільність	Spearman's rho	0.031	0.221	—						
	dF	60	60	—						
	p-value	0.798	0.070	—						
Висока стабільність	Pearson's r	-0.057	0.076	0.292*	—					
	dF	60	60	60	—					
	p-value	0.658	0.557	0.021	—					
Висока стабільність	Spearman's rho	0.027	-0.097	0.326**	—					
	dF	60	60	60	—					
	p-value	0.825	0.485	0.010	—					
Відкритість до-інші	Pearson's r	0.343***	0.387***	0.272*	0.118	—				
	dF	60	60	60	60	—				
	p-value	0.006	0.002	0.032	0.161	—				
Відкритість до-інші	Spearman's rho	0.319***	0.324**	0.279*	0.063	—				
	dF	60	60	60	60	—				
	p-value	0.007	0.010	0.034	0.626	—				
Високе харчування	Pearson's r	-0.269*	0.116	0.190	0.180	0.125	—			
	dF	60	60	60	60	60	—			
	p-value	0.034	0.371	0.138	0.161	0.296	—			
Високе харчування	Spearman's rho	-0.326***	0.152	0.167*	0.216	0.148	—			
	dF	60	60	60	60	60	—			
	p-value	0.009	0.237	0.015	0.101	0.252	—			
Високий дохід	Pearson's r	-0.376***	-0.076	-0.132	-0.348	-0.095	0.603***	—		
	dF	60	60	60	60	60	60	—		
	p-value	0.001	0.590	0.106	0.000	0.461	<.001	—		
Високий дохід	Spearman's rho	-0.425***	-0.041	-0.085	-0.338	-0.129	0.574***	—		
	dF	60	60	60	60	60	60	—		
	p-value	<.001	0.750	0.510	0.062	0.319	<.001	—		
Бач і слухай на фін. Рамод	Pearson's r	0.013	0.155	0.280*	0.620***	0.194	0.603***	0.036	—	
	dF	60	60	60	60	60	60	60	—	
	p-value	0.920	0.228	0.028	<.001	0.131	<.001	0.647	—	
Бач і слухай на фін. Рамод	Spearman's rho	0.010	0.132	0.310*	0.635***	0.241	0.610***	-0.033	—	
	dF	60	60	60	60	60	60	60	—	
	p-value	0.939	0.308	0.014	<.001	0.059	<.001	0.000	—	
Повладення на селлах	Pearson's r	-0.148	0.001	0.163	-0.109	0.107	0.840***	0.191***	0.285*	—
	dF	60	60	60	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.251	0.530	0.427	0.400	0.406	<.001	<.001	0.034	—
Повладення на селлах	Spearman's rho	-0.176	0.127	0.156	-0.083	0.147	0.819***	0.436***	0.272*	—
	dF	60	60	60	60	60	60	60	60	—
	p-value	0.171	0.324	0.236	0.319	0.253	<.001	<.001	0.033	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001