

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ КОЛЕГІУМ»
ІМЕНІ Т. Г. ШЕВЧЕНКА**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ
ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ У МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ**

Виконала:

студентка 4-го курсу, 41 групи
спеціальність 053 Психологія

Кезля Марина Євгенівна

Науковий керівник:

канд. психол. наук, доцент

Ющенко Ірина Миколаївна

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ	4
1.1. Поняття про харчову поведінку особистості та види розладів харчової поведінки.....	4
1.2. Причини, чинники та умови виникнення розладів харчової поведінки.....	9
1.3. Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки..	14
Висновки до першого розділу	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ	22
2.1 Організація та методологічне обґрунтування емпіричного дослідження. Характеристика вибірки	22
2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	25
Висновки до другого розділу	41
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ.....	51

ВСТУП

Актуальність дослідження. Протягом останніх років населення України опинилося під впливом численних кризових явищ, що негативно позначилися на його фізичному та психоемоційному стані. Тривала війна спричинила економічну нестабільність та глибокі травматичні переживання, також слід згадати пандемію COVID-19, що сприяла значному підвищенню кризових явищ та психологічній нестабільності серед громадян.

У таких умовах реакції на стрес у різних людей проявляються по-різному, проте одним із найбільш поширених механізмів подолання напруження є порушення харчової поведінки, зокрема переїдання.

Сучасні соціальні стандарти диктують жорсткі вимоги до зовнішнього вигляду, підкреслюючи ідеал стрункості як символу успіху, краси та благополуччя. Водночас зайва вага часто асоціюється з лінню, слабкістю й невдачами. Такий підхід спричиняє невдоволення власним тілом, зниження самооцінки й постійне психологічне напруження. Намагаючись впоратися з негативними емоціями, люди часто вдаються до надмірного вживання їжі або алкоголю як до доступного способу самозаспокоєння. Це, однак, лише поглиблює проблему, сприяючи подальшому набору ваги та посиленню незадоволеності собою, формуючи замкнене коло.

Наслідки розладів харчової поведінки проявляються не лише в погіршенні фізичного здоров'я, у виникненні таких захворювань, як хвороби серця, цукровий діабет, а також порушення роботи шлунково-кишкового тракту. Подібні порушення негативно впливають на психоемоційний стан, ускладнюють соціальну адаптацію та гармонійний розвиток особистості. Ці загрозливі явища особливо негативно впливають на молодь, оскільки у молодих людей самосприйняття та самоставлення до свого Я, цілісна Я-концепція знаходиться у стані формування.

З огляду на вищезазначене, дослідження причин і наслідків розладів харчової поведінки, набувають особливої значущості в сучасних умовах для

подальшої розробки психологічних підходів до профілактики та корекції подібних порушень.

Об'єктом дослідження є харчова поведінка особистості.

Предметом дослідження є особливості харчової поведінки у молодих осіб різної статі.

Основною метою є виявлення та аналіз особливостей харчової поведінки у молодих чоловіків та жінок.

Відповідно до зазначеної мети дослідження окреслено наступні **завдання**:

1. Здійснення теоретичного аналізу поняття розлад харчової поведінки.
2. Виявлення умов та чинників, які зумовлюють виникнення порушень харчової поведінки.
3. Визначити психологічні чинники порушень харчової поведінки.
4. Організація та проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей харчової поведінки у осіб різної статі.
5. Аналіз та узагальнення отриманих даних.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Проблему вивчають багато вчених зокрема, таких як Л.М. Абсалямова, В.І. Шебанова, О.М. Мойзріст, О.М. Любімова, Ю.І.Савенков, М.В. Гриньова, М.І.Кириленко, А.А. Русинова, З.Я. Ковальчук, Т.В. Кудла, Frank G., S. Markus, J. Suisman, G. Russel, M. Cooper та інші.

Методи дослідження. З метою досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань були обрані такі методи: теоретичні (аналіз літератури, узагальнення та порівняння даних), емпіричні (опитування, статистичний аналіз результатів), методи обробка даних (узагальнення, систематизація даних емпіричного дослідження та інтерпретація одержаних даних). Методи математичної статистики: кореляційний аналіз, t-критерій Стьюдента, критерій Манна-Уїтні, обчислення середніх значень.

Психодіагностичний комплекс методик скали: опитувальник харчових переваг – 26 (D. M. Garner, EAT-26) та голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 57 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття про харчову поведінку особистості та види розладів харчової поведінки

Перш ніж розглядати причини та розвиток розладів харчової поведінки, необхідно визначити саме поняття «харчова поведінка». Л.М. Абсаямова зазначає, що харчова поведінка – це система взаємодій людини з навколишнім середовищем, спрямована на задоволення потреб за допомогою їжі [1]. Вона є складною психологічною системою, що формується під впливом не лише біологічних, але й психологічних і соціокультурних чинників.

В.Д. Менделевич дає більш деталізоване визначення, описуючи харчову поведінку як ціннісне ставлення до їжі, її прийому, стереотипів харчування в звичайних умовах і під час стресу, а також орієнтацію на образ власного тіла та діяльність, спрямовану на його формування [2].

Розлади харчової поведінки були вперше зафіксовані лікарями ще в XIII столітті, коли угорська принцеса Маргарита виснажувала себе суворими дієтами, іноді повною відмовою від їжі. Вона померла у віці 28 років, будучи значно ослабленою [3].

Формування стереотипів харчової поведінки, особливо в стресових ситуаціях, залежить від етнокультурних, соціальних, релігійних та традиційних факторів. Ю.І. Савенков підкреслює, що потреба в їжі у людей, на відміну від тварин, має більш складну природу [6]. Їжа виконує різні функції: задоволення фізіологічної потреби, зняття емоційного напруження, спосіб спілкування в соціальних групах, нагорода або заохочення, задоволення естетичних вподобань, підтримка традиційних звичок чи ритуалів, а також засіб самовираження та підкреслення соціального статусу.

Харчова поведінка людини формується під впливом життєвого досвіду, способу мислення, виховання, сімейних цінностей, етнічних і культурних особливостей, які закладаються протягом життя в контексті соціуму, де

проживає індивід. Окрім цього, це поняття охоплює всі компоненти поведінки, пов'язані з процесом прийому їжі. На харчову поведінку впливають такі фактори, як доступність продуктів, їх асортимент, цінова політика, розмір порції, упаковка та близькість їжі.

Харчова поведінка – це система ціннісного ставлення до їжі та її споживання, що включає встановлені стереотипи харчування як у звичайних умовах, так і під час стресових ситуацій. Вона також охоплює поведінкові реакції, спрямовані на формування й підтримку образу власного тіла. По суті, харчова поведінка відображає індивідуальні установки, звички, емоційні реакції та форми поведінки, пов'язані з їжею.

Залежно від обставин, харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (відхиленою). На це впливають різні чинники, зокрема місце харчування в системі цінностей людини та якісні й кількісні аспекти споживання їжі. Особливу роль у формуванні харчових стереотипів, особливо в стресових умовах, відіграють етнокультурні особливості.

Поняття «харчова поведінка» часто співвідносять з поняттям «адикція» або «адиктивна поведінка». Адиктивна поведінка це загальніший термін, ніж залежність. Під адиктивною поведінкою мається на увазі прагнення до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжують інтенсивні емоційні переживання. Процес вживання тієї або іншої речовини, що змінює психічний стан, прихильність до предмета або участь в активності приймає такі розміри, що починає управляти життям людини, робить безпорадним, позбавляє волі до протидії адикції [7].

Потреба в їжі належить до первинних біологічних потреб і спрямована на підтримання гомеостазу організму. Харчування забезпечує людину необхідною енергією, сприяє побудові нових клітин і створенню важливих для життя хімічних сполук. Відповідно до теорії А. Маслоу, задоволення

фізіологічних потреб, включаючи харчування, є основою для переходу до потреб вищого рівня [4].

Однак раціон людини зазвичай виходить за межі забезпечення організму базовими калоріями та поживними речовинами. Обсяг і час споживання їжі, вибір продуктів і їх поєднання є унікальними для кожної людини. Таким чином, потреби виступають у ролі диспозицій, які спрямовують і запускають певні форми поведінки, проте не визначають їх однозначно.

Наприклад, хоча потреба в енергії викликається фізіологічним потягом, таким як голод, конкретні харчові звички формуються під впливом життєвого досвіду, стереотипів і мисленнєвих стратегій [3]. Біологічні потреби трансформуються у фізіологічні в контексті індивідуального досвіду та умов життя. Сформовані в онтогенезі харчові звички стають автоматичними і стійкими діями.

Також варто зазначити соціальну роль їжі. Харчування людини з моменту народження тісно пов'язане з міжособистісними взаєминами. З часом їжа стає важливою частиною процесу спілкування та соціалізації: святкування важливих подій, формування та укріплення ділових і дружніх стосунків. Традиції та харчові звички, в свою чергу, відображають рівень культурного розвитку, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання в контексті харчової поведінки.

Розлади харчової поведінки (РХП) охоплюють широкий спектр порушень, що руйнують нормальне харчування та взаємодію з їжею, маючи значний вплив на фізичне та психічне здоров'я людини. Ці порушення часто виникають на тлі психологічних і соціальних проблем, а також внаслідок впливу культурних і біологічних чинників. Вони можуть проявлятися в різних формах, кожна з яких має свої характерні особливості. Важливо розуміти, що розлади харчової поведінки не обмежуються лише зовнішніми проявами, а включають глибші психологічні процеси та впливи, що зумовлюють ці порушення.

Анорексія нервова є одним із найбільш відомих та серйозних порушень харчової поведінки. Вона характеризується надмірним страхом перед набором ваги і прагненням до надзвичайно низької маси тіла. Люди з анорексією часто обмежують кількість споживаної їжі, контролюючи кожен її прийом. Це порушення має глибоке коріння в психічних процесах, зокрема у сприйнятті власного тіла та його зовнішнього вигляду. Анорексія може виникати через прагнення до досягнення нереалістичних стандартів краси, а також через внутрішнє бажання контролювати своє життя та емоції за допомогою харчування.

Цей розлад не обмежується лише проблемами з їжею, але також пов'язаний з низькою самооцінкою, тривожністю та депресивними симптомами. Хоча анорексія частіше вражає молодих жінок, вона може виникати і в інших вікових групах.

Булімія нервова є ще одним серйозним розладом харчової поведінки, при якому особистість переживає періоди неконтрольованого переїдання, після яких намагається компенсувати надмірне споживання їжі шляхом блювання або застосування проносних засобів. На відміну від анорексії, булімія не завжди супроводжується значною втратою ваги, однак люди з булімією часто відчують провину і сором через свої харчові звички.

Булімія нервова часто розвивається на фоні психологічних проблем, таких як депресія, тривожність, емоційна нестабільність, а також може бути пов'язана з низькою самооцінкою. Цей розлад може призвести до серйозних фізичних ускладнень, таких як порушення електролітного балансу, пошкодження зубної емалі через часте блювання, а також розлади травлення.

Компульсивне переїдання або розлад переїдання є порушенням харчової поведінки, яке характеризується періодами неконтрольованого споживання великої кількості їжі, часто без відчуття голоду. Люди, які страждають від цього розладу, відчують сильне бажання поїсти великі порції їжі, навіть якщо вони не відчують фізіологічного голоду. Часто це пов'язано з емоційним збудженням, стресом або депресією.

Цей розлад може бути результатом як психологічних, так і фізіологічних факторів. Люди, що страждають від компульсивного переїдання, можуть мати труднощі з управлінням своїми емоціями і часто використовують їжу як спосіб уникання неприємних почуттів або ситуацій. Вони часто відчувають сором і провину після переїдання, але не здатні припинити це.

Орторексія є розладом харчової поведінки, що проявляється у надмірній одержимості здоровим харчуванням. Люди, які страждають від орторексії, обирають тільки ті продукти, які вважаються максимально корисними для здоров'я, відмовляючись від всього, що вони вважають шкідливим або неприродним. Вони можуть стати настільки стурбованими питанням правильного харчування, що це починає впливати на їхнє соціальне та професійне життя.

Орторексія, хоча і може, на перший погляд, здатися здоровою поведінкою, насправді може мати шкідливий вплив на здоров'я, оскільки вона призводить до дефіциту важливих нутрієнтів і може обмежувати вибір продуктів, що сприяє незбалансованому харчуванню. Люди з орторексією часто відчувають тривогу і стрес через можливість спожити «шкідливу» їжу.

Таким чином, розглянувши поняття розладів харчової поведінки та їх основні види, можна наступні висновки. Харчова поведінка є важливим аспектом психофізіологічного розвитку людини, і її порушення можуть мати серйозні наслідки для здоров'я. Розлади харчової поведінки охоплюють такі стани, як анорексія нервова, булімія нервова, компульсивне переїдання, орторексія та інші, кожен з яких має свої особливості та причини виникнення.

Соціальні стереотипи, культурні традиції, а також психологічні проблеми, такі як низька самооцінка, стрес чи депресія, відіграють ключову роль у розвитку цих порушень.

Важливо зазначити, що розлади харчової поведінки не лише пов'язані з фізіологічними потребами, а й з психологічними, емоційними та соціальними

аспектами життя людини, що вимагає комплексного підходу до аналізування.

1.2. Причини, чинники та умови виникнення розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки є складним явищем, яке виникає внаслідок впливу численних і різноманітних факторів. Вони зачіпають не лише фізичне здоров'я людини, а й емоційне, соціальне та психологічне благополуччя. Розвиток цих порушень не можна пояснити єдиною причиною, адже їхньому виникненню сприяє взаємодія багатьох чинників, включаючи генетичну схильність, вплив сімейного середовища, суспільні ідеали краси, культурні норми та індивідуальні психологічні особливості. Зокрема, роль стресу, низької самооцінки, впливу медіа та тиску з боку соціуму є особливо вагомими у формуванні негативного ставлення до їжі та власного тіла.

Вивчення цієї складної сукупності причин і умов, які сприяють розвитку розладів харчової поведінки, має вирішальне значення для їх своєчасної діагностики, профілактики та ефективного лікування. Тільки через комплексний підхід можна зрозуміти природу цих порушень та допомогти людям подолати їх, відновивши здорове ставлення до харчування і свого тіла.

Одним із факторів розвитку РХП можуть бути не лише психологічні причини, а й склад мікрофлори кишечника. Вчені з Оксфордського університету виявили, що у пацієнтів з анорексією мікрофлора менш різноманітна, ніж у здорових людей. Про це свідчить дослідження, опубліковане в журналі *Frontiers in Psychiatry* [9]. У ході експерименту дослідники очистили кишечник мишей від бактерій, після чого пересадили їм мікрофлору пацієнтів із анорексією. В результаті миші почали набирати вагу значно повільніше, стали тривожними та імпульсивними. Для порівняння, миші, яким пересадили мікрофлору здорових людей, демонстрували нормальну поведінку та набирали вагу в звичайному темпі.

Слід зазначити, що гострий стрес також пригнічує апетит. У відповідь на стрес організм активує захисні механізми, які забезпечують мобілізацію енергії та ресурсів. Вивільняється адреналін, що сприяє покращенню кровообігу, підвищенню артеріального тиску та пришвидшенню серцевого ритму. Це дозволяє підготувати тіло до швидких дій. Однак функції травної системи уповільнюються, оскільки травлення вимагає значних ресурсів, які у стресовій ситуації спрямовуються на більш важливі завдання. Через це апетит зникає, і бажання їсти стає мінімальним.

Апетит (лат. *appetitus* - «прагнення, бажання»), один з психологічних чинників регуляції харчової поведінки, є «загальним почуттям приємних емоційних відчуттів, пов'язаних з прагненням людини до прийому певної їжі». Апетит може бути компонентом відчуття голоду, але може існувати і сам по собі, незалежно від поживних запасів організму. На відміну від голоду, апетит не залежить від збереження енергетичної рівноваги, він може посилюватися або слабшати під впливом різних умовних подразників.

Після того, як стресова ситуація завершується і людина відновлює відчуття безпеки, організм потребує відновлення витрачених ресурсів, що супроводжується підвищеним рівнем кортизолу, який стимулює апетит.

Зазвичай після зняття стресу рівень кортизолу повертається до нормальних значень. Однак при тривалому стресовому впливі, характерному для сучасних умов, рівень кортизолу може залишатися підвищеним, що сприяє збереженню посиленого апетиту. Крім того, особи з розладами харчової поведінки мають підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів.

Отже, можна виявити взаємозв'язок між посттравматичними стресовими розладами та розладами харчової поведінки, що підтверджується наведеними статистичними даними:

- Чоловіки з нервовою булімією мають на 66% вищий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу порівняно з іншими.

- Близько 37–40% осіб, що страждають на нервову булімію, мають супутній ПТСР.
- Приблизно 26% жінок з розладом переїдання відповідають критеріям ПТСР.
- Орієнтовно 23% людей із нервовою анорексією також мають ознаки ПТСР.
- 11,8% жінок з іншими видами розладів харчової поведінки проявляють симптоми ПТСР.
- Серед пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування розладів харчової поведінки, до 52% мали симптоми ПТСР [10].

Тобто, ПТСР також може спричинити розлад харчової поведінки. Насамперед травма, може утворити негативний образ власного тіла та само-сприйняття. Або ж в інших випадках порушення харчової поведінки виступає, як механізм подолання емоційного болю.

Аналізуючи генетичні аспекти у формуванні розладів харчової поведінки, можна відзначити, що ця галузь є відносно молодою, але активно розвивається, забезпечуючи достовірні наукові дані.

Американський дослідник S. Markus систематизував існуючі знання про генетичний компонент РХП у своїй роботі «A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders» (2022) [11]. Він зазначає, що на сьогодні проведено значну кількість близнюкових досліджень, які підтверджують роль генетичних чинників у розвитку РХП. Наприклад, у дослідженні A. Rikani та колег вивчали 672 пари близнюків із нервовою анорексією, зокрема 13 пар із пороговою формою та 13 пар із підпороговою формою цього розладу [11].

З метою отримання більш надійних результатів дослідники Kortegaard, Hoerder, Joergensen, Gillberg та Kyvik розширили вибірку, виявивши, що спадковість у розвитку розладів харчової поведінки становить від 48% до 52%. Інші вчені, зокрема Wade, Bulik, Neale та Kendler, у своїх дослідженнях підвищили цю оцінку до 58%. Це свідчить про наявність генетичної

схильності до цих розладів, яка впливає на ризик їх виникнення. Хоча повний механізм взаємодії генів та навколишніх чинників потребує подальшого вивчення.

Водночас, стурбованість своєю зовнішністю та почуття незадоволеності, можуть стати причиною розвитку розладів харчової поведінки. На думку І.Г. Колимби, це частково пов'язано з вразливістю до закоханості та прагненням до ідеалу, що часто виявляється в поклонінні знаменитостям зі світу кіно чи спорту. Особи схильні наслідувати цих кумирів, ігноруючи власні індивідуальні особливості та фізичні можливості [12].

Водночас К. Фейрберн вважає, що ключовою причиною розладів харчової поведінки є надмірне значення форми тіла та ваги, а також прагнення контролювати ці параметри будь-якими способами [13]. Надмірна важливість цих характеристик призводить до того, що вони займають центральне місце у самооцінці особистості та формуванні її Я-концепції.

Я-концепція – динамічна система уявлень людини про саму себе, що включає усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних природних властивостей; самооцінку; суб'єктивне сприйняття, що характеризує вплив на власну особистість зовнішніх факторів. Вона формується під впливом досвіду кожного індивіда. Ця система становить основу вищої саморегуляції людини, на базі якої вона будує свої стосунки з навколишнім світом [14].

Соціальні фактори відіграють ключову роль, оскільки формують середовище, в якому розвивається сприйняття власного тіла та ставлення до харчування. Одним із основних соціальних чинників є вплив засобів масової інформації, які часто пропагують стандарти краси, що асоціюють стрункість із привабливістю та успіхом. Такий постійний тиск може викликати незадоволення власною зовнішністю та стимулювати до нездорових харчових практик, таких як суворі дієти або навмисне обмеження в їжі.

Додатковим фактором у сучасному світі є вплив соціальних мереж, де порівняння із ретельно відредагованими фотографіями користувачів може

створювати нереалістичні стандарти краси та спричиняти почуття невідповідності. Таке середовище значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки, особливо серед підлітків та молоді [8].

Не менш важливу роль відіграє сімейний вплив. Критика зовнішності, надмірна увага до дієт або формування негативних установок щодо їжі в сім'ї можуть сприяти виникненню розладів харчової поведінки у дітей. Атмосфера підтримки та прийняття, навпаки, знижує цей ризик [8].

Професійний тиск також є соціальним фактором, який впливає на розвиток РХП. Деякі професії, такі як модельний бізнес, спорт або балет, висувають суворі вимоги до ваги та зовнішності. Зокрема, Л.М. Абсалямова зазначає, що причиною формування порушень харчової поведінки також може бути професійний спорт, де наявні жорсткі вимоги до маси тіла [8]. А незадоволеність образом власного тіла є однією з причин обмеження в харчуванні, надмірному контролю ваги. Постійний контроль цих параметрів може спричиняти стрес і формувати нездорові харчові звички. Окрім цього, важливим соціальним аспектом є булінг і соціальна ізоляція. Припинення або дискримінація через зовнішність, особливо серед молоді, можуть стати тригером для розвитку РХП, оскільки жертви часто намагаються змінити свою зовнішність через контроль ваги.

Соціальні чинники мають гендерну специфіку. Жінки традиційно частіше стикаються з тиском відповідати певним стандартам краси, що робить їх більш вразливими до порушення харчової поведінки. Проте зростає кількість чоловіків, які також зазнають подібного впливу через зміну суспільних очікувань.

Отже, соціальні чинники є вагомими для розвитку розладів харчової поведінки, тому розуміння цих факторів є ключовими для профілактики розладів харчової поведінки.

1.3. Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки

Тематика розладів харчової поведінки є однією з актуальних проблем сучасної психології та медицини. Вона охоплює складні взаємозв'язки між фізичним здоров'ям, психоемоційним станом та соціальними чинниками. Такі стани, як анорексія, булімія чи переїдання, часто супроводжуються глибокими змінами в емоційній сфері, самосприйнятті та когнітивних процесах.

Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки можуть проявлятися у вигляді низької самооцінки, перфекціонізму, високого рівня тривожності або нав'язливих думок про їжу та тіло. Крім того, у багатьох випадках ці стани є не лише результатом, але й індикатором більш глибоких внутрішніх конфліктів, зокрема невирішених травматичних досвідів чи порушення міжособистісних відносин.

Індивіди з розладами харчової поведінки мають певні когнітивні особливості, зокрема специфічний стиль мислення, який включає дихотомічне мислення ("все або нічого"). Це проявляється у крайніх оцінках, наприклад, «я повністю провалив(ла) дієту, тому більше не маю сенсу дотримуватися її». Перфекціонізм це прагнення до ідеальних результатів, яке часто переноситься на зовнішність і контроль за тілом. Нав'язливі думки про їжу та вагу мають постійні міркування щодо калорійності, раціону, а також страх набору ваги.

Хільда Браш, одна з перших у вивченні та лікуванні розладів харчової поведінки, запропонувала теорію, що базується на психодинамічних і когнітивних концепціях [15]. Вона припустила, що порушення у взаєминах між матір'ю та дочкою спричиняють значний дефіцит Его у дитини, зокрема, зниження рівня незалежності та контролю. Це, у свою чергу, супроводжується серйозними когнітивними порушеннями, які разом ведуть до формування розладів харчової поведінки. На думку Браш, батьки можуть поводитися з дітьми ефективно або неефективно. Ефективні батьки чутливо реагують на біологічні та емоційні потреби дитини: годують, коли дитина

відчуває голод, і заспокоюють, коли вона налякана або тривожна. Неефективні батьки, навпаки, не враховують реальних потреб дитини та її сигналів. Вони самі визначають, коли дитина голодна, втомлена чи засмучена, часто роблячи це невчасно. Наприклад, такі батьки можуть годувати дитину не тоді, коли вона дійсно голодна, а коли вона просто неспокійна, або намагатися її заспокоїти в ситуаціях, коли вона потребує іншого підходу.

Діти, які ростуть у подібних умовах, втрачають здатність розпізнавати власні внутрішні сигнали. Вони можуть не розуміти, коли відчувають голод чи ситість, і не знати, як правильно визначати свої емоції. У підлітковому віці, коли більшість молоді прагне до незалежності, ці діти відчувають свою нездатність діяти самостійно. Щоб подолати почуття безпорадності, вони починають жорстко контролювати свій зовнішній вигляд і харчову поведінку.

Під час дослідження матерів дітей із анорексією (51 респондент), Хільда Браш помітила, що багато з них із гордістю розповідали, як «завжди передбачали» бажання своїх дітей, не дозволяючи їм відчути голод. Додаткові дослідження підтверджують, що люди з розладами харчової поведінки мають труднощі у сприйнятті внутрішніх сигналів. У стані стресу або занепокоєння вони часто неправильно тлумачать свої відчуття та сприймають їх як голод, реагуючи їжею, навіть коли це не є необхідним [16].

Розлади настрою. Багато людей з порушеною системою харчування, особливо з булімією, переживають депресію. Вони впадають в смуток, песимізм, починають соромитися себе, роблять логічні помилки. На користь того, що анорексія і булімія пов'язані з депресією, є докази.

По-перше, людям з порушеною системою харчування частіше, ніж іншим, ставиться діагноз депресія.

По-друге, близькі родичі таких людей частіше за інших мають поганий настрій.

По-третє, люди з порушеною системою харчування, особливо з булімією, так само як і люди, що переживають депресію, часто мають низьку активність серотоніну. І нарешті, вони часто допомагають собі, приймаючи антидепресанти [17].

Харчова поведінка безпосередньо пов'язана із особливостями емоційної сфери особистості. Особи з розладами харчової поведінки перебувають у стані постійного емоційного напруження. Вони часто відчують тривожність, викликану страхом втрати контролю над своєю вагою чи харчовими звичками.

Стан хронічної тривоги посилюється соціальним тиском щодо зовнішнього вигляду. Поширеними є депресивні стани, які проявляються в апатії, безнадійності, смутку та незадоволеності собою. Емоційна нестабільність, що характерна для таких осіб, виражається у швидких перепадах настрою. Тимчасове задоволення, наприклад, від досягнення бажаної ваги, швидко змінюється розчаруванням, злістю або відчаєм через навіть найменші «недоліки».

Однією з характерних рис є алекситимія – труднощі у розумінні та вираженні власних емоцій. Крім того, люди з алекситимією мають труднощі в розрізненні та оцінці емоцій інших людей, що, як вважається, призводить до неефективного емоційного реагування [18]. Це ускладнює усвідомлення своїх почуттів і може сприяти використанню їжі як способу уникнення чи приглушення негативних переживань.

На думку Hewett P.L., Flett G.L. та Ediger E., дієти дозволяють жінкам із розладами харчової поведінки відчувати позитивні емоції: вони почуваються успішними, впевненими в собі, їхня самооцінка зростає, і виникає відчуття переваги над іншими. Однак у разі зривів та епізодів переїдання ці жінки починають знецінювати себе й перекреслювати власні досягнення [24].

Сучасні дослідниці Смірнова Я.К. та Любімова О.М. підкреслюють ключову роль емоційно-вольових характеристик у формуванні порушень харчової поведінки. Вони виявили, що жінкам із надмірною вагою та

схильністю до зривів у дотриманні дієт властиві прояви гіперестезії: підвищена чутливість, емоційна збудливість, швидка стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість і емоційна нестабільність [22, с. 95-96].

Також у таких жінок відзначається знижений поріг реагування на тривожні стимули, часті прояви хвилювання, напруженості, невпевненості у спілкуванні, нетерплячисть, погана переносимість очікування та нерішучість. Крім того, вони демонструють високий рівень непрямой агресії, схильність до опозиційної манери спілкування, недовіру до інших і обережність у міжособистісних стосунках.

Низька самооцінка є ключовою психологічною характеристикою осіб із розладами харчової поведінки. Вона часто залежить від зовнішніх показників, таких як вага чи параметри тіла. Відхилення від ідеалізованого образу сприймається як особистий провал, що зумовлює негативні емоції.

Такі особи прагнуть досягти нереалістичних стандартів досконалості, зосереджуючи свої зусилля на контролі ваги. Навіть незначні відхилення від заданих стандартів викликають самокритику, яка підсилює почуття власної неповноцінності. Значна частина таких людей залежить від зовнішнього схвалення, яке вони намагаються отримати через відповідність соціальним ідеалам краси. Частими є почуття сорому та провини за зовнішність чи поведінку, пов'язану з їжею.

Порушення емоційної сфери та низька самооцінка взаємно впливають один на одного. Негативні емоції, такі як тривога чи депресія, поглиблюють незадоволення собою, тоді як низька самооцінка підвищує ризик виникнення негативних емоцій у ситуаціях, пов'язаних із зовнішністю чи харчовою поведінкою. Це створює замкнене коло, що підтримує патологічні звички та ускладнює процес їх подолання.

Емоційні труднощі та низька самооцінка формують кілька типів патологічної харчової поведінки. Частими є компульсивне переїдання як спосіб зняття емоційного напруження та суворе обмеження харчування для

досягнення уявного контролю. Повторювані зриви після періодів обмеження часто спричиняють почуття провини та поглиблюють емоційні труднощі.

Friedman K.K. зі співавторами підкреслюють значний вплив депресії на розвиток розладів харчової поведінки. На їхню думку, люди з ожирінням часто зазнають стигматизації через надмірну вагу, що негативно впливає на процес їх соціалізації, міжособистісні стосунки, самооцінку, а також викликає почуття провини, пригніченості та сприяє виникненню депресивних розладів [20]. Крім того, одним із факторів, що зумовлюють порушення харчової поведінки, особливо екстернальної, є імпульсивність [19], яка може провокувати розвиток коморбідних проявів, таких як зловживання алкоголем, паління, наркотична залежність тощо.

Абсалямова Л. встановила, що рівень задоволеності життям має зворотний зв'язок із індексом маси тіла. Виявлений зв'язок, за словами автора, можна інтерпретувати двома способами: люди із підвищеною масою тіла можуть бути менш задоволеними своїм життям, або ж незадоволення життям може спонукати до надмірного споживання їжі та збільшення ваги [1]. На думку дослідниці, на розвиток порушень харчової поведінки впливають такі фактори, як занижена самооцінка, відчуття втрати контролю над власним життям, негативні емоції, міжособистісні конфлікти, почуття самотності, образливі коментарі щодо зайвої ваги, а також алекситимія.

Ковальчук З.С. у своєму дослідженні розглянула порушення харчової поведінки у жінок і виявила, що для них характерні такі риси, як депресивність, істеричність, егоїстичність, відчуття самотності, надмірна вимогливість до себе та перфекціонізм. Жінки з подібними порушеннями прагнуть приховувати своє бажання їсти, а також намагаються компенсувати проблеми з харчуванням досягненнями в інших сферах життя. На думку авторки, респондентки не здатні визнати свої недоліки чи невідповідність ідеалам, при цьому їжа для них займає центральне місце. Більшість їхніх занять і зацікавлень так чи інакше пов'язані з приготуванням їжі або її споживанням [21].

Гаранян Н. зі співавторами акцентує увагу на важливій ролі перфекціонізму в розвитку порушень харчової поведінки. У жінок із перфекціоністськими рисами прагнення до ідеальної фігури та дихотомічне мислення («товстий-стрункий») викликають надмірну зосередженість на вазі та зовнішності. Вони схильні висувати до себе надмірно високі вимоги й дотримуватися строгих дієт, що часто призводить до зривів [23].

Отже, психологічні аспекти розладів харчової поведінки відіграють ключову роль у розумінні природи цих станів. Проведені дослідження свідчать, що такі розлади тісно пов'язані з емоційними, когнітивними та іншими характеристиками.

Основними чинниками, які сприяють розвитку порушень харчової поведінки, є низька самооцінка, емоційна нестабільність, перфекціонізм, труднощі з регуляцією емоцій та високий рівень стресу.

Зокрема, виявлено, що особи з подібними розладами часто стикаються із викривленим сприйняттям власного тіла, надмірною вимогливістю до себе та підвищеною чутливістю до соціальних стандартів краси. Такі фактори, як глузування щодо зовнішності, почуття самотності, емоційна лабільність і знижена здатність до самоконтролю, додатково посилюють ризик розвитку цих розладів. Крім того, дихотомічне мислення та спроби досягти ідеального образу через строгі дієти часто закінчуються зривами, що посилює почуття провини та знецінення власної особистості.

Таким чином, психологічні аспекти порушень харчової поведінки демонструють складність і багатогранність цих станів, що потребують комплексного підходу до діагностики й терапії.

Висновки до першого розділу

У першому розділі роботи здійснено теоретичний аналіз проблеми харчової поведінки, можливих розладів харчової поведінки (РХП), визначено їхню сутність, основні види, причини та психологічні чинники виникнення. Дослідження літературних джерел дозволило розглянути питання багатофакторного характеру РХП, що включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти.

У першому параграфі було розглянуто існуючі класифікації розладів харчової поведінки. Харчова поведінка є складним комплексом когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій, пов'язаних зі споживанням їжі. Вона може бути гармонійною або мати відхилення, які переростають у патологічні форми. Аналіз літератури засвідчив, що до основних видів РХП належать анорексія нервова, булімія нервова, компульсивне переїдання та орторексія. Кожен із цих розладів має свої особливості прояву: анорексія супроводжується критичним обмеженням харчування через страх набору ваги, булімія – циклічним переїданням і компенсаторною поведінкою, компульсивне переїдання – втратою контролю над кількістю спожитої їжі без подальшої компенсації та орторексія – надмірною увагою до здорового харчування.

У другому параграфі було проаналізовано причини та умови виникнення розладів харчової поведінки. Встановлено, що вони є результатом взаємодії біологічних, соціокультурних і психологічних чинників. Біологічні передумови включають генетичну схильність та особливості функціонування нейромедіаторних систем, зокрема дисбаланс серотоніну та дофаміну, що впливає на регуляцію голоду і насичення. Соціальні чинники охоплюють тиск суспільних стандартів краси, вплив сім'ї та засобів масової інформації. Доведено, що підлітки та молодь, які зазнають соціального тиску щодо зовнішності, мають підвищений ризик формування нездорового ставлення до їжі. Важливу роль відіграють стресові та травматичні події, зокрема емоційна нестабільність у дитинстві або ж ПТСР,

які можуть спричиняти патологічну харчову поведінку як спосіб емоційної регуляції.

У третьому параграфі було висвітлено психологічні особливості осіб з розладами харчової поведінки. Основними особистісними характеристиками осіб із РХП є низька самооцінка, перфекціонізм, дихотомічне мислення («все або нічого»), підвищений рівень тривожності та труднощі у вираженні емоцій. Виявлено, що люди з цими розладами схильні до надмірного контролю свого тіла та ваги, що є важливим чинником їхньої самооцінки. Крім того, вони часто використовують їжу як спосіб справлятися з негативними емоціями або як засіб самопокарання. Також встановлено, що емоційна нестабільність та внутрішні конфлікти є передумовами розвитку РХП, що підтверджує необхідність комплексного підходу до їх корекції та профілактики.

Таким чином, у першому розділі було здійснено аналіз феноменів харчової поведінки та її розладів. Узагальнення наукових підходів дозволило виокремити ключові чинники, що сприяють їхньому розвитку, а також виявити взаємозв'язки між психологічними особливостями особистості та формуванням РХП.

При цьому з'ясовано, що соціальні чинники харчової поведінки особистості мають певну гендерну специфіку.

Отримані теоретичні знання є важливою основою для подальшого емпіричного дослідження, яке допоможе визначити специфічні психологічні відмінності харчової поведінки у осіб різної статі.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ

2.1 Організація та методологічне обґрунтування емпіричного дослідження. Характеристика вибірки

Мета дослідження: є вивчення особливостей розладів харчової поведінки у осіб різної статі.

Відповідно до теми бакалаврської роботи її мети нами було сформовані основні завдання емпіричного дослідження:

- 1) підготовка та проведення діагностики порушень харчової поведінки у респондентів та їх психологічних особливостей за допомогою блоку психодіагностичних методик;
- 2) аналіз отриманих результатів та інтерпретація даних по кожній методиці;
- 3) узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків.

У дослідженні було застосовано дві психодіагностичні методики:

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ), застосовують для діагностики порушень харчової поведінки: обмежувального, емоціогенного та екстернального типів[30].

Методика була розроблена в 1986 році в Нідерландах з метою діагностики порушень харчової поведінки, таких як емоціогенна, екстремальна та обмежувальна. Дослідження проводилися в Сільськогосподарському університеті на факультетах харчування та соціальної психології. Основним завданням методики було кількісне оцінювання цих порушень, які призводять до ожиріння та супроводжуються переїданням. Валідність методики була перевірена на вибірці з 1170 осіб, включаючи чоловіків і жінок з ожирінням та без нього. Теоретична основа тесту базується на теоріях розладів харчової поведінки, які пояснюють

переїдання як емоціогенний тип харчової поведінки, екстернальний чи обмежувальний. Отже, дана методика дозволяє виявити три типи порушень харчової поведінки.

Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до їжі є не голод, а негативні емоції (тривога, стрес, роздратованість тощо). Людина їсть не через фізичну потребу, а щоб знизити емоційне напруження, часто віддаючи перевагу солодощам чи випічці.

Екстернальна харчова поведінка проявляється в тому, що відчуття голоду виникає через зовнішні стимули: запахи, реклама їжі, спостереження за іншими людьми, які їдять тощо. У людей з таким порушенням, на відміну від здорових, голод викликають не фізіологічні фактори, а саме зовнішні подразники.

Обмежувальна харчова поведінка включає несистематичне обмеження їжі, яке людина не може тримати тривалий час, що призводить до психічної та фізіологічної нестабільності. Через строгі дієти виникає емоційна напруга, що може спричинити повернення до звичного харчування або переїдання.

Методика містить 33 запитання, які респондент має оцінити за шкалою від 1 до 5: 1 — ніколи, 2 — рідко, 3 — іноді, 4 — часто, 5 — дуже часто. Для аналізу результатів підраховують бали за кожною шкалою (емоціогенна, екстернальна, обмежувальна харчова поведінка), обчислюючи середнє арифметичне. В межах норми значення складають: для обмежувальної харчової поведінки — 2,4 бали, для емоціогенної — 1,8 бали, для екстернальної — 2,7 бали. Якщо показники перевищують ці значення, це вказує на наявність розладу.

Методика цінна тим, що дає можливість розробити рекомендації для лікування пацієнтів в залежності від діагностованого порушення харчової поведінки. У разі емоціогенного переїдання метою психологічної допомоги є вирішення внутрішніх конфліктів, акцентуючи увагу на емоційній сфері. Для екстернальної харчової поведінки рекомендовано застосовувати когнітивно-

біхевіоральну терапію для корекції шкідливих звичок. При обмежувальній харчовій поведінці важливе втручання дієтологів.

Опитувальник харчових переваг – 26 (D. M. Garner, EAT-26).

Методика була розроблена з метою оцінки ступеня вираженості проблем, характерних для осіб з розладами харчової поведінки. Вона дозволяє досліджувати ставлення особистості до харчування, зокрема бажання схуднути, страх набрати вагу, обмежувальну поведінку. EAT-26 є надійним інструментом для початкової діагностики наявності симптомів розладів харчової поведінки. Тест був створений David M. Garner в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році, а пізніше модифікований та адаптований О.А. Скугаревським і С.В. Сивухою.

Опитувальник дозволяє оцінити порушення харчової поведінки за чотирима основними факторами: «самоконтроль харчової поведінки», «порушення харчової поведінки», «заклопотаність образом тіла» та «соціальний тиск, пов'язаний з харчовою поведінкою». Однак дослідження EAT-26 показали, що респонденти можуть давати різні відповіді в залежності від того, чи проводиться методика в присутності інших людей або в клінічних умовах, а також коли тест надсилається поштою. Це може бути пов'язано з бажанням респондентів дати соціально схвалені відповіді.

Тест складається з 26 питань, на які досліджуваний має відповісти, обираючи один з варіантів: «завжди», «зазвичай», «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Питання з 1 по 25 оцінюються наступним чином: «завжди» – 3 бали, «зазвичай» – 2, «часто» – 1, «іноді», «рідко», «ніколи» – 0 балів. Останнє, 26-е питання, оцінюється навпаки: «завжди» – 0 балів, «зазвичай», «часто», «іноді» – 0, «рідко» – 2, «ніколи» – 3. Загальний результат визначається шляхом підсумовування балів за всі 26 основних питань. За шкалою EAT-26, особи, які набрали 20 і більше балів, мають високу ймовірність наявності розладу харчової поведінки. Проте цей тест не є самостійним діагностичним інструментом, і результати повинні бути

перевірені кваліфікованим фахівцем для визначення, чи відповідають вони діагностичним критеріям розладу харчової поведінки.

Таким чином, за допомогою цих методик ми зможемо визначити ступінь вираженості порушень харчової поведінки, зокрема емоціогенної, екстернальної та обмежувальної поведінки, а також оцінити можливі ризики розвитку розладів харчової поведінки. Це дозволить отримати більш детальну картину поведінкових та емоційних аспектів, що сприяють виникненню таких порушень.

Емпіричне дослідження відбувалося за допомогою Інтернет-ресурсів, а саме таких соціальних мереж, як Instagram та Facebook. Дослідження було проведено у період з лютого по квітень 2025 року. Діагностичні методики були запропоновані досліджуванним у вигляді Google Forms в онлайн форматі. Для зручності респондентів, обидві методики були об'єднані в одну гугл форму і розділені підрозділами. Усі учасники дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Дані збиралися анонімно з дотриманням етичних норм та конфіденційності. Вибірка дослідження складає 55 респондентів, які проживають на території України. Серед них 35 жінок (63,6%) та 20 чоловіків (36,4%). Віковий розподіл учасників виглядає наступним чином: 41 респондент (74,5%) були у віковій категорії 19–25 років, 10 осіб (18,2%) — старше 25 років, а 4 учасники (7,3%) — у віці 15–18 років.

Варто зазначити, що жінки проявляли значно більшу зацікавленість та активність у проходженні опитувальника. Залучення чоловіків виявилось ускладненим, що пояснюється переважно меншою актуальністю теми розладів харчової поведінки для цієї групи та нижчою мотивацією до участі в подібних дослідженнях.

2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

З метою виявлення схильності до розладів харчової поведінки, а також типів харчової поведінки у різних груп, було проведено емпіричне

дослідження за допомогою двох опитувальників, а саме шкали ЕАТ-26 та Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ. Вибірка включала респондентів віком від 15 до 25 років, представників як жіночої так і чоловічої статі.

На першому етапі нашого дослідження було проведено інтерпретацію результатів опитувальника ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test) — стандартизованого інструменту для виявлення ризику розвитку розладів харчової поведінки (РХП). Учасники відповідали на запитання, що дозволяли оцінити їхнє ставлення до їжі, тіла та харчової поведінки загалом. Були підраховані бали та на основі сумарного балу за методикою ЕАТ-26 було визначено дві категорії: висока ймовірність наявності РХП (≥ 20 балів) та низька ймовірність наявності РХП (< 20 балів). Інтерпретація даних представлена в нижче наведеній таблиці (Табл.2.1.)

Таблиця 2.1.

**Інтерпретація результатів за тестом-опитувальником харчових переваг
–26 (D. M. Garner, ЕАТ-26)**

№	Стать	Вік	Загальний сумарний бал	Інтерпретація балів
1	Жіноча	19-25	30	Висока ймовірність наявності РХП
2	Чоловіча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
3	Чоловіча	19-25	8	Низька ймовірність наявності РХП
4	Чоловіча	19-25	2	Низька ймовірність наявності РХП
5	Жіноча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
6	Чоловіча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
7	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
8	Чоловіча	19-25	22	Висока ймовірність наявності РХП
9	Жіноча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
10	Чоловіча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
11	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
12	Жіноча	19-25	15	Низька ймовірність наявності РХП
13	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
14	Жіноча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
15	Жіноча	19-25	7	Низька ймовірність наявності РХП
16	Жіноча	15-18	9	Низька ймовірність наявності РХП
17	Чоловіча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
18	Жіноча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
19	Жіноча	19-25	33	Висока ймовірність наявності РХП
20	Жіноча	25+	32	Висока ймовірність наявності РХП
21	Чоловіча	19-25	1	Низька ймовірність наявності РХП
22	Жіноча	19-25	11	Низька ймовірність наявності РХП
23	Жіноча	19-25	21	Висока ймовірність наявності РХП
24	Жіноча	19-25	23	Висока ймовірність наявності РХП
25	Жіноча	19-25	20	Висока ймовірність наявності РХП
26	Жіноча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
27	Жіноча	19-25	25	Висока ймовірність наявності РХП
28	Жіноча	15-18	12	Низька ймовірність наявності РХП
29	Жіноча	19-25	24	Висока ймовірність наявності РХП
30	Жіноча	15-18	36	Висока ймовірність наявності РХП
31	Жіноча	19-25	21	Висока ймовірність наявності РХП

32	Чоловіча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
33	Жіноча	19-25	19	Низька ймовірність наявності РХП
34	Жіноча	25+	10	Низька ймовірність наявності РХП
35	Жіноча	19-25	36	Висока ймовірність наявності РХП
36	Жіноча	19-25	10	Низька ймовірність наявності РХП
37	Жіноча	19-25	17	Низька ймовірність наявності РХП
38	Жіноча	15-18	15	Низька ймовірність наявності РХП
39	Жіноча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
40	Жіноча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
41	Жіноча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
42	Чоловіча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
43	Жіноча	19-25	20	Висока ймовірність наявності РХП
44	Жіноча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
45	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
46	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
47	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
48	Жіноча	25+	18	Низька ймовірність наявності РХП
49	Чоловіча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
50	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
51	Чоловіча	25+	4	Низька ймовірність наявності РХП
52	Чоловіча	25+	14	Низька ймовірність наявності РХП
53	Чоловіча	19-25	31	Висока ймовірність наявності РХП
54	Чоловіча	25+	13	Низька ймовірність наявності РХП
55	Чоловіча	25+	9	Низька ймовірність наявності РХП

Наступним кроком було проведено аналіз, щоб з'ясувати ймовірність розладів харчової поведінки у представників різної статі (Табл.2.2.).

Таблиця 2.2.

**Ймовірність наявності розладів харчової поведінки за статтю,
(кількість та відсотки)**

Стать	Висока ймовірність РХП	Низька ймовірність РХП	Загальна кількість респондентів
Жіноча	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35
Чоловіча	2 (10,0%)	18 (90,0%)	20
Разом	14 (25,5%)	41 (74,5%)	55

Як бачимо з представленої таблиці, отримані дані демонструють виражену різницю у ймовірності розвитку РХП, зокрема — вищу поширеність високої ймовірності РХП серед жінок, порівняно з чоловіками (31,4% проти 15,0%).

Ці результати узгоджуються з численними дослідженнями, які вказують на те, що жінки є більш вразливою групою щодо розвитку розладів харчової поведінки. Така вразливість може бути зумовлена низкою факторів.

По-перше, соціокультурним тиском, адже у багатьох суспільствах саме до жінки частіше висуваються вимоги щодо зовнішнього вигляду, маси тіла та ідеалів краси, що може призводити до незадоволення тілом і використання нездорових практик контролю ваги.

По-друге, суттєву роль можуть відігравати психоемоційні чинники. Жінки частіше схильні до тривожних і депресивних станів, які нерідко є супутніми факторами або тригерами РХП.

Ймовірно, певну роль відіграють біологічні аспекти: існують припущення про можливу роль гормонального фону у формуванні схильності до РХП, що також частіше простежується у жінок.

У свою чергу, нижча ймовірність РХП серед чоловіків може бути пов'язана, як з реально нижчою поширеністю розладів, так і з можливим недообліком — через меншу готовність чоловіків звертатися по допомогу або визнавати проблеми, пов'язані з харчовою поведінкою.

При аналізі різниці показників у досліджуваних різного віку, виявлено тенденцію, що найвищий ризик РХП спостерігався у віковій категорії від 19 до 25 років, тобто серед молоді. Така тенденція може бути зумовлена зростаючим тиском з боку соціальних мереж, активним формуванням самоідентичності, підвищеної тривожністю щодо зовнішнього вигляду та соціального прийняття.

Таблиця 2.3.

**Порівняння ймовірності розладів харчової поведінки за віком,
(кількість та відсотки)**

Вік	Висока ймовірність РХП	Низька ймовірність РХП	Загальна кількість респондентів
15-18 років	1 (1,8%)	3 (5,4%)	4
19-25 років	12 (21,8%)	29 (52,7%)	41
Більше 25 років	1 (1,8%)	9 (16,3%)	10
Разом	14 (25,5%)	41 (74,5%)	55

Порівняння середніх показників різних видів розладів харчової поведінки у осіб різної статі показало наступне.

Таблиця 2.4.

Порівняння середніх значень показників чинників харчової поведінки за статтю (кількість та відсотки)

Показники РХП	Стать	
	жінки	чоловіки
Самоконтроль	1,4 (38,0%)	0,64 (21,3%)
Порушення харчової поведінки	0,97 (32,3%)	0,42 (14,0%)
Заклопотаність образом тіла	1,23 (41,0%)	0,56 (18,7%)
Соціальний тиск щодо харчової поведінки	0,89 (29,7%)	0,53 (17,7%)

Як бачимо із представленої таблиці, наявні статистично значущі гендерні відмінності в чинниках харчової поведінки. Отримані дані дозволяють зробити висновки.

По-перше жінки демонструють більш високий рівень самоконтролю у харчуванні (38,0% проти 21,3% у чоловіків), що може свідчити про більш свідомий підхід до харчування або ж про надмірну заклопотаність харчовими обмеженнями.

По-друге значно вищі показники порушень харчової поведінки серед жінок (32,3% проти 14,0%) вказують на більшу поширеність ризикованих харчових практик у цій групі, що потребує особливої уваги з боку фахівців.

Найбільш виражені гендерні відмінності спостерігаються у сфері заклопотаності образом тіла (41,0% проти 18,7%), що підтверджує глибокий вплив соціокультурних факторів на формування жіночої самооцінки.

Різниця у показниках соціального тиску (29,7% проти 17,7%) свідчить про більш інтенсивний вплив соціального середовища на харчову поведінку жінок.

Ці результати також узгоджуються з сучасними дослідженнями та підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до роботи з харчовими порушеннями й уваги до корекції порушень, пов'язаних із сприйняттям образу тіла.

Наступним кроком дослідження був аналіз типів харчової поведінки за методикою DEBQ. У зазначеному опитувальнику, оцінювались обмежувальна, емоційна та екстернальна поведінка. Респонденти, які мали показники понад 3 бали за відповідною шкалою, вважались такими, що демонструють схильність до конкретного типу поведінки.

Були отримані значення показників по окремим шкалам опитувальника по всій вибірці. (Табл. 2.5.).

Таблиця 2.5.

Аналіз отриманих результатів за Голландським опитувальником харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)

№	Стать	Вік	Обмежувальна	Емоційна	Екстернальна
1	Жіноча	19-25	4.1	2	3.6
2	Чоловіча	19-25	2.2	1.7	2.8
3	Чоловіча	19-25	1	2	2.3
4	Чоловіча	19-25	1.2	2	3.5
5	Жіноча	19-25	1.6	2	3.8
6	Чоловіча	19-25	1.6	2	3.8
7	Жіноча	19-25	2	1	3.4
8	Чоловіча	19-25	3.4	3	3.5
9	Жіноча	19-25	1.9	2.7	3.4
10	Чоловіча	19-25	1.5	3	3.3
11	Чоловіча	19-25	1	1.7	3.3
12	Жіноча	19-25	2.2	1.5	3.1
13	Чоловіча	19-25	1.4	1.5	3.2
14	Жіноча	19-25	2.1	2.3	3.2
15	Жіноча	19-25	1.7	1.2	2.2
16	Жіноча	15-18	2.7	1	2.5
17	Чоловіча	19-25	1.6	2	3.5
18	Жіноча	19-25	3.3	2.3	3.8
19	Жіноча	19-25	3.2	2.9	2.9
20	Жіноча	25+	4.3	3.3	3.6
21	Чоловіча	19-25	1.7	2.2	1.5
22	Жіноча	19-25	2.9	3.5	3
23	Жіноча	19-25	3.4	2.1	4
24	Жіноча	19-25	3.7	2.5	3.4
25	Жіноча	19-25	3.8	3	3
26	Жіноча	19-25	3.4	2.9	4.5
27	Жіноча	19-25	3.7	1.3	2.7
28	Жіноча	15-18	1.8	3	3.3
29	Жіноча	19-25	3.1	2	3.6

30	Жіноча	15-18	4.3	4.6	3.9
31	Жіноча	19-25	4	1.9	3.3
32	Чоловіча	19-25	1.3	3	3.7
33	Жіноча	19-25	3	2.7	2.7
34	Жіноча	25+	3.5	1.8	3.6
35	Жіноча	19-25	4.1	2.6	3.6
36	Жіноча	19-25	1.9	1	2.9
37	Жіноча	19-25	2.6	2.3	3.9
38	Жіноча	15-18	3	4	3.6
39	Жіноча	25+	3.2	2	1.7
40	Жіноча	19-25	1.6	3.9	4
41	Жіноча	25+	2.1	1	2.8
42	Чоловіча	25+	3.3	1.1	3
43	Жіноча	19-25	2.8	1.6	2.4
44	Жіноча	19-25	1.9	1.6	2.9
45	Чоловіча	19-25	1	1	3.4
46	Жіноча	19-25	2.7	2.8	2.2
47	Жіноча	19-25	1.6	1	1.4
48	Жіноча	25+	4.2	2.2	3.7
49	Чоловіча	19-25	1.5	1.9	3.7
50	Чоловіча	19-25	2.6	2.5	3.4
51	Чоловіча	25+	1	1	1.5
52	Чоловіча	25+	2.6	1.2	3
53	Чоловіча	19-25	4.6	2.3	2.7
54	Чоловіча	25+	1.9	1	3.8
55	Чоловіча	25+	2.3	3	2.5
*Обмежувальна шкала – в нормі середній бал 2,4					
*Емоційна шкала – в нормі середній бал 1,8					
*Екстернальна шкала – в нормі середній бал 2,7					

Результати показали, що жінки мають вище середнього бали за обмежувальною 2.90 б. та емоційною 2.27 б. поведінкою, порівняно з чоловіками: 1.94 б. та 1.96. б. Відповідно, що свідчить про більш виражений контроль харчування та схильність до переїдання, внаслідок емоційного реагування. Натомість екстернальна харчова поведінка майже однаково виражена у представників обох статей з показниками 3.19 б. у жінок та 3.07 б. у чоловіків. Тобто, майже 60% учасників обох статей демонстрували чутливість до зовнішніх стимулів, таких як вигляд чи запах їжі. Також ці дані представлені, в нижче наведеній таблиці. Вона зображує середні значення за типами поведінки.

Таблиця 1.2

**Середні значення показників типів харчової поведінки за статтю
(опитувальник DEBQ)**

Тип харчової поведінки	Стать	
	жінки	чоловіки
Обмежувальна	2,80	1,90
Емоційна	2,27	1,96
Екстернальна	3,20	3,07

Особливу увагу було приділено вивченню високих показників за кожною зі шкал (понад 3,0 бала), оскільки саме вони свідчать про домінування відповідного типу поведінки, що потенційно може бути чинником ризику розвитку розладів харчової поведінки. Нижче подано узагальнені дані, щодо частки осіб із високими значеннями за кожною шкалою, диференційовано за статтю, що дозволяє глибше проаналізувати статеві особливості проявів харчової поведінки.

Таблиця 1.3

**Частка осіб із високими показниками (>3,0) за шкалами
опитувальника DEBQ, у відсотках**

Тип харчової поведінки	Стать	
	жінки	чоловіки
Обмежувальна	45,7%	15,0%
Емоційна	14,3%	0%
Екстернальна	60,0%	60,0%

Результати аналізу типів харчової поведінки за шкалами DEBQ свідчать про наявність значущих відмінностей між представниками різної статі. Найбільша різниця спостерігається у показниках обмежувальної харчової поведінки: майже половина жінок (45,7%) демонструють високий рівень за цією шкалою, що може вказувати на свідому або підсвідому

тенденцію до контролю споживання їжі з метою регуляції ваги, тоді як серед чоловіків таких лише 15%. Щодо емоційної харчової поведінки, вона виявлена лише у жінок (14,3%), що також може свідчити про вищу чутливість до емоційних чинників, які впливають на харчову поведінку. У свою чергу, екстернальна поведінка, тобто реакція на зовнішні стимули, такі як вигляд чи запах їжі, виявилася однаково поширеною як серед жінок, так і серед чоловіків — по 60%, що свідчить про загальну чутливість до зовнішнього харчового середовища незалежно від статі.

Отримані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до профілактики та корекції порушень харчової поведінки з урахуванням статі.

Порівняння отриманих даних за віком показало, що у віковій групі від 19 до 25 років, ризик РХП зустрічався частіше (Табл.2.8).

Таблиця 2.8.

Порівняння частки осіб з високим рівнем видів харчової поведінки за віком, (кількість та відсотки)

Вік	Види харчової поведінки		
	Обмежувальна	Емоційна	Екстернальна
15-18 років	1 (1,75%)	2 (3,51%)	3 (5,26%)
19-25 років	13 (22,8%)	2 (3,51%)	26 (45,6%)
Більше 25 років	5 (8,7%)	1(1,75%)	4 (7,02%)
Разом	19 (33,3%)	5 (8,7%)	33 (57,8%)

Отже, ми бачимо вікові відмінності у типах харчової поведінки. У підлітковому віці (15-18 років) домінує екстернальний тип, що може бути зумовлено високою чутливістю до зовнішніх стимулів. Молоді дорослі (19-25 років) характеризуються як обмежувального, так і екстернального типів, що свідчить про вплив соціокультурних факторів. У респондентів віком понад 25 років переважає обмежувальна поведінка, тоді як емоційна та екстернальна

проявляється менш виражено, що може вказувати на зростання саморегуляції з віком.

Наступним кроком був аналіз даних за допомогою методів математичної статистики у програмному середовищі SPSS. Основною метою аналізу було виявлення статистично значущих відмінностей у показниках між групами респондентів залежно від статі, наявності РХП (розладів харчової поведінки), а також вивчення взаємозв'язків між психологічними змінними.

Для початку був зроблений аналіз статевих відмінностей у показниках. Для перевірки відмінностей між чоловіками та жінками за окремими шкалами було використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Попередньо була перевірена гомогенність дисперсій за допомогою критерію Левіна.

Таблиця 3.1.

Описова статистика за статтю

Статистика групи					
	Стать	N	Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Середньоквадратична помилка середнього
Обмежувальна	Жіноча	35	2,871	,9253	,1564
	Чоловіча	20	1,980	,9367	,2095
Емоційна	Жіноча	35	2,254	,9363	,1583
	Чоловіча	20	1,985	,6659	,1489
Екстернальна	Жіноча	35	3,203	,6776	,1145
	Чоловіча	20	3,045	,6778	,1516
Загальний сумарний бал РХП	Жіноча	35	16,00	9,324	1,576
	Чоловіча	20	9,80	7,068	1,580

Результати свідчать, що жінки у середньому мають вищі показники за всіма шкалами, зокрема за шкалою обмежувальної поведінки (2,871 проти 1,980) та загальним сумарним балом РХП (16,00 проти 9,80), що може вказувати на більш виражену схильність до розладів харчової поведінки серед жінок.

Таблиця 3.2.

Результати t-критерію Стьюдента

Критерій для незалежних вибірок										
		Критерій рівності дисперсій Лівія		t-критерій для рівності середніх						
		F	зна ч.	t	ст.св .	знач. (двосторон ня)	Серед ня різни ця	Середньоквадрат ична помилка різниці	95% довірчий інтервал для різниці	
									Ниж ня	Верх ня
Обмежувал ьна	Передбачають ся рівні дисперсії	,203	,65 4	3,42 2	53	,001	,8914	,2605	,368 9	1,414 0
	Не передбачають ся рівні дисперсії			3,41 0	39,27 2	,002	,8914	,2614	,362 8	1,420 1
Емоційна	Передбачають ся рівні дисперсії	2,50 3	,12 0	1,13 1	53	,263	,2693	,2381	- ,208 2	,7468
	Не передбачають ся рівні дисперсії			1,23 9	50,30 2	,221	,2693	,2173	- ,167 1	,7057
Екстерналь на	Передбачають ся рівні дисперсії	,013	,90 8	,831	53	,410	,1579	,1900	- ,223 1	,5389
	Не передбачають ся рівні дисперсії			,831	39,66 6	,411	,1579	,1900	- ,226 2	,5419
Загальний сумарний бал РХП	Передбачають ся рівні дисперсії	3,45 5	,06 9	2,57 7	53	,013	6,200	2,406	1,37 4	11,02 6
	Не передбачають ся рівні дисперсії			2,77 8	48,67 8	,008	6,200	2,232	1,71 4	10,68 6

Результати статистичного аналізу виявили суттєві міжгрупові відмінності у проявах порушень харчової поведінки. Найбільш виражені

відмінності спостерігаються у обмежувальному типі харчової поведінки ($t(53)=3,422$; $p=0,001$), де середня різниця між групами становить 0,8914 (95% ДІ: 0,3689-1,4140). Це свідчить про значно більш виражену тенденцію до свідомого обмеження харчового прийому, дієтичних практик та уникнення певних категорій продуктів в одній із груп, що може вказувати на підвищений ризик розвитку обмежувальних харчових розладів.

Загальний показник порушень харчової поведінки також демонструє статистично значущі відмінності ($t(53)=2,577$; $p=0,013$) із середньою різницею 6,200 (95% ДІ: 1,374-11,026), що свідчить про більш виражений комплекс патологічних харчових практик у одній із груп. На противагу цьому, емоційний ($p=0,263$) та екстернальний ($p=0,410$) типи харчової поведінки не показують статистично значущих відмінностей між групами, що вказує на подібність у схильності до переїдання під впливом емоційних станів та реагуванні на зовнішні харчові стимули.

Отримані результати підкреслюють необхідність диференційованого підходу до профілактики та корекції порушень харчової поведінки, зокрема щодо обмежувального типу харчової поведінки, які виявилися найбільш диференційованими між групами. Відсутність значущих відмінностей у емоційно-залежному та екстернальному типах може свідчити про більш універсальний характер цих аспектів харчової поведінки в досліджуваній вибірці.

Після цього був здійснений аналіз відмінностей у проявах порушень харчової поведінки залежно від наявності харчової поведінки (РХП). Результати рангового аналізу показали наступне:

Таблиця 3.3.

Рангові відмінності типів харчової поведінки залежно від наявності розладу харчової поведінки

Ранги				
	Наявність РХП	N	Середній ранг	Сума рангів
Обмежувальна	РХП відсутня	41	21,77	892,50

	Є наявність РХП	14	46,25	647,50
	Усього	55		
Емоційна	РХП відсутня	41	25,74	1055,50
	Є наявність РХП	14	34,61	484,50
	Усього	55		
Екстернальна	РХП відсутня	41	27,02	1108,00
	Є наявність РХП	14	30,86	432,00
	Усього	55		

Для обмежувального типу харчової поведінки спостерігаються виражені відмінності між групами. Група з наявністю РХП демонструє значно вищі показники (середній ранг 46,25) порівняно з групою без РХП (середній ранг 21,77). Така значна розбіжність у рангах (різниця майже вдвічі) свідчить про те, що обмежувальний тип харчової поведінки є ключовою характеристикою для осіб із розладами харчової поведінки.

У випадку емоційного типу харчової поведінки відмінності між групами менш виражені, але все ж помітні. Група з РХП має дещо вищий середній ранг (34,61) порівняно з групою без РХП (25,74). Це може вказувати на певну тенденцію до більш вираженого емоційного переїдання у осіб із РХП, хоча ця відмінність не є настільки значною, як у випадку з обмежувальним типом.

Екстернальний тип харчової поведінки демонструє найменш виражені відмінності між групами. Середні ранги для групи без РХП (27,02) та групи з РХП (30,86) відрізняються незначно, що свідчить про подібний рівень реакції на зовнішні харчові стимули в обох групах.

Отримані результати підтверджують, що саме обмежувальний тип харчової поведінки найбільш чітко диференціює групи з різним статусом наявності РХП. Це може свідчити про те, що обмежувальні практики є центральним компонентом у структурі розладів харчової поведінки, тоді як емоційні та екстернальні аспекти харчової поведінки мають меншу диференційну здатність щодо діагностичного статусу.

Таблиця 3.4.

Порівняльний аналіз видів порушень харчової поведінки за критерієм Манна-Уїтні

Статистичні критерії ^а			
	Обмежувальна	Емоційна	Екстернальна
U Манна-Уїтні	31,500	194,500	247,000
W Вілкоксона	892,500	1055,500	1108,000
Z	-4,942	-1,794	-,774
Асимп. знач. (двостороння)	,000	,073	,439
а. Групуюча змінна: Наявність РХП			

Результати статистичного аналізу виявили суттєві відмінності у проявах порушень харчової поведінки між групами з різним діагностичним статусом. Найбільш виражені статистично значущі відмінності спостерігаються для обмежувального типу харчової поведінки ($U=31,500$; $Z=-4,942$; $p<0,001$), що свідчить про його ключову роль у структурі розладів харчової поведінки. Для емоційного типу виявлено лише тенденцію до відмінностей ($U=194,500$; $Z=-1,794$; $p=0,073$), тоді як для екстернального типу статистично значущих відмінностей не зафіксовано ($U=247,000$; $Z=-0,774$; $p=0,439$).

Отримані дані підтверджують, що саме обмежувальні практики найбільш чітко диференціюють осіб із розладами харчової поведінки від здорових, тоді як емоційні та екстернальні аспекти харчової поведінки мають меншу діагностичну цінність. Ці результати вказують на необхідність пріоритетного врахування обмежувальних паттернів при розробці скринінгових програм та клінічних інтервенцій, спрямованих на корекцію порушень харчової поведінки.

В наступному етапі було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном, для виявлення взаємозв'язків між окремими типами порушень харчової поведінки та загальним показником РХП. Результати представлені в нижче наведеній таблиці.

Таблиця 3.5

Кореляційні зв'язки між типами порушень харчової поведінки

Кореляції					
		Обмежувальна	Емоційна	Екстернальна	Загальний сумарний бал РХП
Обмежувальна	Кореляція Пірсона	1	,336*	,207	,787**
	знач. (двостороння)		,012	,130	,000
	N	55	55	55	55
Емоційна	Кореляція Пірсона	,336*	1	,359**	,382**
	знач. (двостороння)	,012		,007	,004
	N	55	55	55	55
Екстернальна	Кореляція Пірсона	,207	,359**	1	,287
	знач. (двостороння)	,130	,007		,034
	N	55	55	55	55
Загальний сумарний бал РХП	Кореляція Пірсона	,787**	,382**	,287*	1
	знач. (двостороння)	,000	,004	,034	
	N	55	55	55	55
*. Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).					
**. Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).					

Аналіз виявив наступні статистично значущі взаємозв'язки: Найсильніший позитивний зв'язок спостерігається між обмежувальним типом харчової поведінки та загальним показником РХП ($r=0,787$; $p<0,001$). Це свідчить про те, що обмежувальні практики є основним компонентом у структурі загального відхилення від норми харчової поведінки. Емоційний тип демонструє помірні позитивні зв'язки як із загальним показником РХП ($r=0,382$; $p=0,004$), так і з екстернальним типом ($r=0,359$; $p=0,007$). Це може вказувати на певну спільність механізмів емоційного та зовнішнього регулювання харчової поведінки. Екстернальний тип показує слабший, але статистично значущий зв'язок із загальним показником РХП ($r=0,287$; $p=0,034$), що свідчить про його менший внесок у загальну структуру порушень. Варто відзначити помірний позитивний зв'язок між обмежувальним та емоційним типами ($r=0,336$; $p=0,012$), що може свідчити про певну взаємодію цих механізмів у формуванні розладу харчової поведінки.

Отримані результати підтверджують центральну роль обмежувальних практик у структурі розладів харчової поведінки, про що свідчить високий коефіцієнт кореляції з загальним показником РХП. Виявлені взаємозв'язки між різними типами порушень свідчать про комплексний характер харчового порушення, де окремі компоненти можуть взаємодіяти та посилювати один одного. Відносно слабкі кореляції екстернального типу з іншими показниками можуть вказувати на його меншу інтегрованість у загальну структуру розладів харчової поведінки.

Отже, отримані дані дають змогу виявити суттєві відмінності у психологічних особливостях харчової поведінки (РХП) у молодих осіб різної статі. Результати підтвердили, що жінки значно частіше демонструють високий ризик розвитку РХП. Це узгоджується з теоретичними даними про вплив соціокультурних, біологічних та психологічних чинників. Також дані підкреслюють необхідність диференційованого підходу до профілактики та корекції РХП з урахуванням гендерних та вікових особливостей, а також важливість подальших досліджень для глибокого розуміння механізмів цих порушень.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення психологічних особливостей розладів харчової поведінки (РХП) у молодих осіб різної статі. Мета дослідження полягала у визначенні поширеності порушень харчової поведінки серед молоді, виявленні гендерних відмінностей у проявах РХП та аналізі основних типів харчової поведінки, що сприяють розвитку цих розладів.

З метою досягнення поставленої дослідницької мети було реалізовано такі завдання:

1. Здійснено підготовку та проведення психодіагностичного дослідження респондентів із метою виявлення порушень харчової поведінки та вивчення їх психологічних характеристик із використанням комплексу валідних методик.
2. Проведено аналіз емпіричних даних та здійснено інтерпретацію результатів відповідно до кожної з використаних методик.
3. Узагальнено результати дослідження та сформульовано відповідні висновки.

Емпіричне дослідження реалізовано поетапно. На першому етапі було здійснено підбір та адаптацію психодіагностичного інструментарію, який включав дві основні методики: Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) та опитувальник харчових переваг – 26 (Eating Attitudes Test, EAT-26).

Перший опитувальник EAT-26 застосовувався для оцінки ступеня вираженості проблем, характерних для осіб з розладами харчової поведінки, таких як бажання схуднути, страх набрати вагу. Методика дозволила виявити осіб з високою ймовірністю наявності РХП та визначити основні сфери їх занепокоєння щодо харчування та власного тіла.

DEBQ використовувався для діагностики порушень харчової поведінки, а саме обмежувального, емоційного та екстернального типів. Методика дозволила оцінити, як молоді люди реагують на емоційні стимули, зовнішні подразники та обмеження в харчуванні, що є важливим для розуміння механізмів формування нездорових харчових звичок.

На другому етапі було здійснено емпіричне дослідження з використанням онлайн-інструментів, зокрема платформи Google Forms. У дослідженні взяли участь 55 респондентів, які проживають на території України. Гендерний розподіл вибірки був наступним: 35 жінок (63,6%) та 20 чоловіків (36,4%). Щодо вікових характеристик: 41 учасник (74,5%) належав до вікової категорії 19–25 років, 10 респондентів (18,2%) були старше 25 років, а 4 особи (7,3%) — у віці 15–18 років.

Слід зазначити, що залучення чоловіків до участі у дослідженні виявилось певною мірою ускладненим. Це може бути зумовлено як нижчим рівнем зацікавленості чоловіків у тематиці розладів харчової поведінки, так і загальною меншою мотивацією цієї групи до участі в подібного роду дослідженнях.

Основні результати дослідження:

Гендерні відмінності у ймовірності розладів харчової поведінки. За даними опитувальника EAT-26, висока ймовірність наявності РХП була виявлена у 12 (34,3%) жінок та лише у 2 (10,0%) чоловіків. Це свідчить про те, що жінки значно більш схильні до розвитку харчових порушень, що узгоджується з результатами попередніх досліджень. Така різниця може бути зумовлена соціокультурними чинниками, зокрема тиском суспільства на жінок щодо відповідності ідеалам краси, а також більшою схильністю жінок до емоційного переїдання та обмежувальних практик.

Вікові особливості. Найвищий ризик РХП спостерігався у віковій групі 19–25 років, що може бути пов'язано з активним становленням самоїдентичності, підвищеною тривожністю щодо зовнішності та впливом соціальних мереж. У підлітковому віці (15–18 років) переважав

екстернальний тип харчової поведінки, тоді як у старшій групі (понад 25 років) — обмежувальний. Це вказує на зміну механізмів регуляції харчової поведінки з віком.

Типи харчової поведінки за методикою DEBQ. Обмежувальна поведінка виявилася найбільш вираженою у жінок (середній бал 2,80 проти 1,90 у чоловіків). Це підтверджує, що жінки частіше вдаються до дієт та жорсткого контролю харчування. Емоційна поведінка також була більш характерною для жінок (середній бал 2,27 проти 1,96 у чоловіків), що свідчить про їхню схильність до переїдання під впливом стресу або негативних емоцій. Екстернальна поведінка була однаковою для обох статей (3,20 у жінок та 3,07 у чоловіків), що вказує на універсальність реакції на зовнішні стимули (наприклад, запах їжі або її доступність).

Статистично значущі відмінності. За результатами *t*-критерію Стьюдента, найбільш виражені відмінності між статями спостерігалися в обмежувальному типі харчової поведінки ($p=0,001$) та загальному показнику РХП ($p=0,013$). Це підтверджує, що саме обмежувальні практики є ключовим чинником гендерних відмінностей у харчовій поведінці.

Кореляційний аналіз. Виявлено сильний позитивний зв'язок між обмежувальним типом харчової поведінки та загальним показником РХП ($r=0,787$; $p<0,001$). Це свідчить про те, що обмежувальні практики є основним компонентом розладів харчової поведінки. Також виявлено помірний зв'язок між емоційним та екстернальним типами ($r=0,359$; $p=0,007$), що вказує на їхню взаємодію у формуванні патологічних харчових звичок.

Отримані результати мають важливе значення для розуміння психологічних особливостей РХП у молоді та розробки ефективних стратегій профілактики цих розладів. Необхідно враховувати гендерні відмінності у проявах РХП та розробляти індивідуалізовані програми, які враховують специфічні потреби та проблеми жінок та чоловіків.

Зокрема, для жінок важливим є формування позитивного образу тіла, розвиток навичок саморегуляції та ефективного управління стресом, а також

підтримка здорових харчових звичок без зайвих обмежень та дієт. Для чоловіків необхідно підвищувати обізнаність щодо РХП та їх наслідків, заохочувати звернення за професійною допомогою та розробляти стратегії подолання стигми, пов'язаної з психічними розладами.

Варто зазначити, що проведене дослідження має певні обмеження. Зокрема, невелика вибірка та онлайн-формат дослідження можуть впливати на репрезентативність отриманих даних. Крім того, EAT-26 є лише скринінговим інструментом і не може встановити діагноз РХП. Тому особи з високими балами за цим опитувальником потребують подальшої клінічної оцінки.

У підсумку, проведене емпіричне дослідження дозволило отримати цінні дані про психологічні особливості розладів харчової поведінки у молоді різної статі. Отримані результати підтверджують високу поширеність РХП серед жінок, а також вказують на важливу роль соціокультурних факторів та нездорових харчових звичок у формуванні цих розладів. Розробка та впровадження ефективних стратегій профілактики та лікування РХП є важливим завданням для збереження психічного та фізичного здоров'я молоді.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки (РХП) у молоді різної статі було досягнуто поставлену мету та виконано всі дослідницькі завдання.

У першому розділі роботи здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз наукового підходу до проблеми харчової поведінки. Було визначено, що харчова поведінка є комплексним психофізіологічним феноменом, який формується під впливом біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Виявлено, що харчова поведінка може мати як адаптивний характер, так і патологічні відхилення, які класифікуються як розлади харчової поведінки.

До основних типів РХП належать анорексія нервова, булімія нервова, компульсивне переїдання та орторексія. Кожен з цих розладів має специфічні прояви, механізми формування та наслідки. Зокрема, анорексія та булімія характеризуються спотвореним сприйняттям власного тіла й жорстким контролем харчування, тоді як компульсивне переїдання й орторексія — емоційним компонентом та нав'язливістю у ставленні до їжі.

Особливу увагу було приділено психологічним характеристикам осіб з РХП. Встановлено, що найтипівішими особистісними рисами таких осіб є занижена самооцінка, схильність до перфекціонізму, дихотомічне мислення («все або нічого»), емоційна нестабільність, тривожність і труднощі у вираженні емоцій. Згідно з аналізом літератури, саме ці фактори часто стають основою для використання харчової поведінки як способу емоційної регуляції.

У другому розділі роботи було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення гендерних особливостей РХП серед молоді. Дослідження реалізовувалося за допомогою валідованих психодіагностичних методик: EAT-26 (Eating Attitudes Test) та DEBQ (Dutch Eating Behavior

Questionnaire), які дозволили оцінити рівень ризику РХП і визначити домінуючі типи харчової поведінки — обмежувальний, емоційний та екстернальний.

У дослідженні взяли участь 55 респондентів, серед яких 63,6% становили жінки та 36,4% — чоловіки. Найбільша частка учасників (74,5%) належала до вікової категорії 19–25 років.

Отримані результати засвідчили наявність виражених гендерних відмінностей у проявах РХП:

- За даними ЕАТ-26, висока ймовірність наявності РХП була виявлена у 34,3% жінок і лише у 10% чоловіків, що підтверджує вищу вразливість жінок до розладів харчової поведінки.

- Жінки виявили вищі показники обмежувальної та емоційної харчової поведінки порівняно з чоловіками. Це узгоджується з ідеєю, що саме представниці жіночої статі частіше схильні до дієт, харчових обмежень і використання їжі як засобу емоційного заспокоєння.

- Екстернальний тип харчової поведінки, що характеризується реакцією на зовнішні стимули (вигляд, запах їжі), був однаково виражений у представників обох статей.

Статистично значущі відмінності між статями були зафіксовані у показниках обмежувальної поведінки ($p = 0,001$) та загальному рівні РХП ($p = 0,013$), що свідчить про вагомість гендерного чинника у формуванні патологічних харчових установок.

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між обмежувальним типом харчової поведінки та загальним рівнем РХП ($r = 0,787$; $p < 0,001$), що дозволяє розглядати саме обмежувальні практики як центральний компонент розвитку розладів. Помірна кореляція між емоційною та екстернальною поведінкою ($r = 0,359$; $p = 0,007$) свідчить про їхню взаємодію в контексті формування нездорових харчових звичок.

Також виявлено вікові особливості: у підлітків (15–18 років) частіше проявлявся екстернальний тип поведінки, тоді як у віковій категорії понад 25

років — обмежувальний. Найвищий ризик РХП загалом був зафіксований у молоді віком 19–25 років, що можна пов'язати з критичним етапом самовизначення, високою залежністю від зовнішньої оцінки та впливом медіа.

Проведене дослідження підтвердило, що розлади харчової поведінки є актуальною психосоціальною проблемою молоді, з особливим акцентом на гендерні особливості. Виявлені емпіричні закономірності дозволяють поглибити розуміння механізмів РХП та обґрунтувати необхідність комплексного, диференційованого підходу до їх профілактики, діагностики та психокорекції.

Подальші дослідження доцільно зосередити на вивченні впливу соціальних мереж, сімейного середовища та емоційного інтелекту на харчову поведінку, а також на розробці гендерно чутливих програм психотерапевтичної підтримки для осіб із високим ризиком РХП.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. ... д-ра псих. наук: 19.00.01 / Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019.
2. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич – Москва: МЕДПРЕСС, 1999.- 592с.
3. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг / О.М. Варипаєв // ХДУХТ. – Харків, 2012.
4. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики, «Евразия», 1997. 430 с.
5. Culbert K., Racine, S. Klump, K. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. J Child Psychol Psychiatry. 2015.
6. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012.
7. Салмина-Хвостова О. И. Растройства пищевого поведения. Здравоохранение Чувашии. 2010. № 1
8. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». 2017.
9. Frontiers in Psychiatry [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry> (дата звернення: 19.02.2025)
10. Klas Backholm, Rasmus Isomaa & Andreas Birgegård (2013) The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients, European Journal of Psychotraumatology, 4:1, 22482, DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.22482

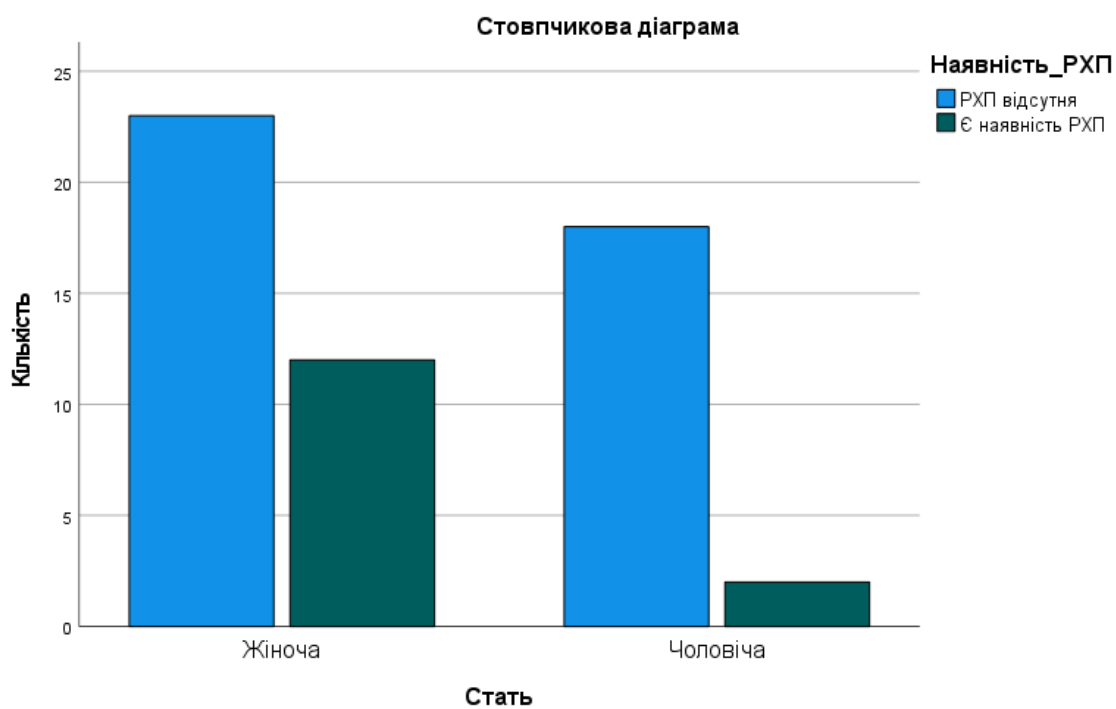
11. Marcus S. A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders: Current Research & Future Directions. Undergraduate honors thesis, Yeshiva University, 2022.
12. Іванова О.В. Загальні питання самосвідомості особистості / О.В. Іванова // Науковий вісник Львівського державного університету, 2015-№2 (1).
13. Жмуров, В.А. Психопатологія/В.А. Жмуров. Новгород: НДМА, 2002.
14. Маслоу А. М31 Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. СПб., 2019. 400 с.
15. Folsom V., Krahn D. The Impact of Sexual and Physical Abuse on Eating Disordered and Psychiatric Symptoms: a Comparison of Eating Disordered and Psychiatric Inpatients. International Journal of Eating Disorders. 1993. №13. Pp. 249–258.
16. Мойзріст О. М. 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. Вип. 6. Ч. 2. Кам'янець-Подільський, 2009.
17. Андреев А. С, Ковалев А.И., Бухановский А. О., Перехов А.Я., Бухановская О.А., Дони Е. В. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебнопсихиатрический подход. Материалы 3-й международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия», 2001.
18. Окопна М., Закалик Г.М. Алекситмія як соціально-психологічне явище / М. Окопна, Г.М. Закалик // Матеріали 76-ї наукової конференції.- Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2018. – с.242
19. Corstorphine E., Waller G., Lawson R. et al. Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. Eating Behaviors. 2007
20. Friedman K.K., Reichmann S.K., Coslanzo P.R., Musantc G.J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2002. Vol. 10. № 1.

- 21.Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2.
- 22.Смирнова Я. К., Любимова О. М. Особенности эмоционально волевой сферы женщин с избыточной массой тела, ведущие к нарушению лечебной диеты. Вестник Марийского государственного университета. 2017. № 4 (28). С. 91-97.
- 23.Гаранян Н., Холмогорова А., Юдеева Т. Перфекционизм, депрессия и тревога. 2001. № 4
- 24.Hewett P.L., Fiett G.L. and Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorders attitudes, characeristics, and symptoms. International Journal of Eating Disorders. 1995. 18(4).
- 25.Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021.
- 26.Вашека Т. В., Долгова О. М. Психологія девіантної поведінки: Навчальний посібник. Київ, 2018.
- 27.Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5
- 28.Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: 2014.
- 29.Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: 2014.
- 30.Van Strien T., Frijters J.E., Bergers G., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal Eating Disorder. 1986
31. Абсаямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 1. Т. 1. Херсон, 2017. С. 8–13

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Діаграма. Розподіл учасників за статтю та наявністю розладів харчової поведінки



ДОДАТОК Б

**Інтерпритація результатів за тестом-опитувальником харчових переваг
–26 (D. M. Garner, EAT-26)**

№	Стать	Вік	Загальний сумарний бал	Інтерпритація балів
1	Жіноча	19-25	30	Висока ймовірність наявності РХП
2	Чоловіча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
3	Чоловіча	19-25	8	Низька ймовірність наявності РХП
4	Чоловіча	19-25	2	Низька ймовірність наявності РХП
5	Жіноча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
6	Чоловіча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
7	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
8	Чоловіча	19-25	22	Висока ймовірність наявності РХП
9	Жіноча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
10	Чоловіча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
11	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
12	Жіноча	19-25	15	Низька ймовірність наявності РХП
13	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
14	Жіноча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
15	Жіноча	19-25	7	Низька ймовірність наявності РХП
16	Жіноча	15-18	9	Низька ймовірність наявності РХП
17	Чоловіча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
18	Жіноча	19-25	12	Низька ймовірність наявності РХП
19	Жіноча	19-25	33	Висока ймовірність наявності РХП
20	Жіноча	25+	32	Висока ймовірність наявності РХП
21	Чоловіча	19-25	1	Низька ймовірність наявності РХП
22	Жіноча	19-25	11	Низька ймовірність наявності РХП
23	Жіноча	19-25	21	Висока ймовірність наявності РХП
24	Жіноча	19-25	23	Висока ймовірність наявності РХП
25	Жіноча	19-25	20	Висока ймовірність наявності РХП
26	Жіноча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
27	Жіноча	19-25	25	Висока ймовірність наявності РХП
28	Жіноча	15-18	12	Низька ймовірність наявності РХП
29	Жіноча	19-25	24	Висока ймовірність наявності РХП
30	Жіноча	15-18	36	Висока ймовірність наявності РХП
31	Жіноча	19-25	21	Висока ймовірність наявності РХП
32	Чоловіча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
33	Жіноча	19-25	19	Низька ймовірність наявності РХП
34	Жіноча	25+	10	Низька ймовірність наявності РХП
35	Жіноча	19-25	36	Висока ймовірність наявності РХП
36	Жіноча	19-25	10	Низька ймовірність наявності РХП
37	Жіноча	19-25	17	Низька ймовірність наявності РХП
38	Жіноча	15-18	15	Низька ймовірність наявності РХП
39	Жіноча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
40	Жіноча	19-25	9	Низька ймовірність наявності РХП
41	Жіноча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
42	Чоловіча	25+	7	Низька ймовірність наявності РХП
43	Жіноча	19-25	20	Висока ймовірність наявності РХП
44	Жіноча	19-25	14	Низька ймовірність наявності РХП
45	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
46	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
47	Жіноча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
48	Жіноча	25+	18	Низька ймовірність наявності РХП
49	Чоловіча	19-25	6	Низька ймовірність наявності РХП
50	Чоловіча	19-25	5	Низька ймовірність наявності РХП
51	Чоловіча	25+	4	Низька ймовірність наявності РХП
52	Чоловіча	25+	14	Низька ймовірність наявності РХП
53	Чоловіча	19-25	31	Висока ймовірність наявності РХП
54	Чоловіча	25+	13	Низька ймовірність наявності РХП
55	Чоловіча	25+	9	Низька ймовірність наявності РХП

ДОДАТОК В

Статистика субшкал DEBQ (обмежувальна, емоційна, екстернальна) та загального балу за статтю

		N	Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Мінімум	Максимум
Обмежувальна	Жіноча	35	2,871	,9253	1,0	4,3
	Чоловіча	20	1,980	,9367	1,0	4,6
	Усього	55	2,547	1,0174	1,0	4,6
Емоційна	Жіноча	35	2,254	,9363	1,0	4,6
	Чоловіча	20	1,985	,6659	1,0	3,0
	Усього	55	2,156	,8515	1,0	4,6
Екстернальна	Жіноча	35	3,203	,6776	1,4	4,5
	Чоловіча	20	3,045	,6778	1,5	3,8
	Усього	55	3,145	,6757	1,4	4,5
Загальний сумарний бал РХП	Жіноча	35	16,00	9,324	5	36
	Чоловіча	20	9,80	7,068	1	31
	Усього	55	13,75	9,021	1	36

ДОДАТОК Г

**Аналіз отриманих результатів за Голландським опитувальником
харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)**

№	Стать	Вік	Обмежувальна	Емоційна	Екстернальна
1	Жіноча	19-25	4.1	2	3.6
2	Чоловіча	19-25	2.2	1.7	2.8
3	Чоловіча	19-25	1	2	2.3
4	Чоловіча	19-25	1.2	2	3.5
5	Жіноча	19-25	1.6	2	3.8
6	Чоловіча	19-25	1.6	2	3.8
7	Жіноча	19-25	2	1	3.4
8	Чоловіча	19-25	3.4	3	3.5
9	Жіноча	19-25	1.9	2.7	3.4
10	Чоловіча	19-25	1.5	3	3.3
11	Чоловіча	19-25	1	1.7	3.3
12	Жіноча	19-25	2.2	1.5	3.1
13	Чоловіча	19-25	1.4	1.5	3.2
14	Жіноча	19-25	2.1	2.3	3.2
15	Жіноча	19-25	1.7	1.2	2.2
16	Жіноча	15-18	2.7	1	2.5
17	Чоловіча	19-25	1.6	2	3.5
18	Жіноча	19-25	3.3	2.3	3.8
19	Жіноча	19-25	3.2	2.9	2.9
20	Жіноча	25+	4.3	3.3	3.6
21	Чоловіча	19-25	1.7	2.2	1.5
22	Жіноча	19-25	2.9	3.5	3
23	Жіноча	19-25	3.4	2.1	4
24	Жіноча	19-25	3.7	2.5	3.4
25	Жіноча	19-25	3.8	3	3
26	Жіноча	19-25	3.4	2.9	4.5
27	Жіноча	19-25	3.7	1.3	2.7
28	Жіноча	15-18	1.8	3	3.3
29	Жіноча	19-25	3.1	2	3.6
30	Жіноча	15-18	4.3	4.6	3.9
31	Жіноча	19-25	4	1.9	3.3
32	Чоловіча	19-25	1.3	3	3.7
33	Жіноча	19-25	3	2.7	2.7
34	Жіноча	25+	3.5	1.8	3.6
35	Жіноча	19-25	4.1	2.6	3.6
36	Жіноча	19-25	1.9	1	2.9
37	Жіноча	19-25	2.6	2.3	3.9
38	Жіноча	15-18	3	4	3.6
39	Жіноча	25+	3.2	2	1.7
40	Жіноча	19-25	1.6	3.9	4
41	Жіноча	25+	2.1	1	2.8
42	Чоловіча	25+	3.3	1.1	3
43	Жіноча	19-25	2.8	1.6	2.4
44	Жіноча	19-25	1.9	1.6	2.9
45	Чоловіча	19-25	1	1	3.4
46	Жіноча	19-25	2.7	2.8	2.2
47	Жіноча	19-25	1.6	1	1.4
48	Жіноча	25+	4.2	2.2	3.7
49	Чоловіча	19-25	1.5	1.9	3.7

50	Чоловіча	19-25	2.6	2.5	3.4
51	Чоловіча	25+	1	1	1.5
52	Чоловіча	25+	2.6	1.2	3
53	Чоловіча	19-25	4.6	2.3	2.7
54	Чоловіча	25+	1.9	1	3.8
55	Чоловіча	25+	2.3	3	2.5

*Обмежувальна шкала – в нормі середній бал 2,4

*Емоційна шкала – в нормі середній бал 1,8

*Екстернальна шкала – в нормі середній бал 2,7