

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | EMPIRICAL RESEARCH

Научная статья | Original paper

Нарушения пищевого поведения и особенности гендерной идентичности

О.С. Алексеева¹, И.Е. Ржанова¹, С.С. Рашевская², Ю.А. Бурдукова²✉

¹ Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, Москва, Российская Федерация

² Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

✉ burdukovaya@mgppu.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Противоречивость эмпирических данных о связи маскулинности и феминности с нарушениями пищевого поведения указывает на необходимость более комплексного анализа гендерных факторов. Особую актуальность приобретает учет субъективного отношения личности к собственной гендерной идентичности, ее значимости для самоопределения.

Цель. Выявить взаимосвязи между выраженностью маскулинности и феминности, гендерным самоопределением, гендерным самопринятием и симптомами расстройств пищевого поведения (РПП) у молодых женщин.

Методы и материалы. В исследовании приняли участие 242 женщины в возрасте от 18 до 28 лет ($M = 20,61$, $SD = 2,54$), 32% из которых сообщили, что имеют диагноз РПП. Для оценки вероятности наличия расстройства пищевого поведения использовались Тест пищевых установок (EAT-26) и Шкала оценки пищевого поведения. Для оценки гендерного самоопределения использовались Опросник гендерных атрибутов, Гендерная шкала Хоффман, Опросник «Маскулинность, феминность и гендерный тип личности».

Результаты. У женщин с диагностированным РПП были выше баллы по ряду показателей нарушений пищевого поведения, а относительно гендерных характеристик межгрупповые различия выявлены только по маскулинности, которая была выше в группе женщин с диагнозом. При этом гендерное самоопределение положительно, а гендерное самопринятие отрицательно связаны с выраженностью симптомов РПП. Наиболее высокий риск нарушений пищевого поведения отмечен у женщин с высоким гендерным самоопределением и низким гендерным самопринятием. **Выводы.** Субъективное отношение к собственной гендерной идентичности выступает значимым фактором нарушений пищевого поведения: гендерное самопринятие связано со

Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Рашевская С.С.,
Бурдукова Ю.А. (2026). Нарушения пищевого поведения
и особенности гендерной идентичности. *Клиническая и специальная психология*, 15(2), 55—71.

Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Rashevskaya S.S.,
Burdukova Y.A. (2026). Eating disorder symptoms
and gender identity characteristics. *Clinical Psychology and Special Education*, 15(2), 55—71.

снижением риска РПП, а высокое гендерное самоопределение при низком самопринятии — с его повышением.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, маскулинность, феминность, гендерное самопринятие, гендерное самоопределение, молодые женщины

Финансирование. Исследование выполнено в рамках госзадания FNRE-2024-0016 «Психологические эффекты цифровизации образовательной среды: возможности когнитивного и личностного развития и риски социализации».

Дополнительные данные. Наборы данных можно запросить у автора (Бурдукова Ю.А.).

Для цитирования: Алексеева, О.С., Ржанова, И.Е., Рашевская, С.С., Бурдукова, Ю.А. (2026). Нарушения пищевого поведения и особенности гендерной идентичности. *Клиническая и специальная психология*, 15(2), 55—71. <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150203>

Eating disorder symptoms and gender identity characteristics

O.S. Alekseeva¹, I.E. Rzhanova¹, S.S. Rashevskaya², Y.A. Burdukova²✉

¹ Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research, Moscow, Russian Federation

² Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation

✉ burdukovaya@mgppu.ru

Abstract

Context and relevance. The inconsistency of empirical findings regarding the relationship between masculinity, femininity, and eating disorder symptoms indicates the need for a more comprehensive analysis of gender-related factors. Particular importance is placed on considering individuals' subjective attitudes toward their own gender identity, its significance for self-definition. **Objective.** To examine the relationships between the levels of masculinity and femininity, gender self-definition, gender self-acceptance, and eating disorder symptoms in young women. **Methods and materials.** The study included 242 women aged 18 to 28 years ($M = 20.61$, $SD = 2.54$), 32% of whom reported having a diagnosed eating disorder. The likelihood of eating disorder symptoms was assessed using the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Eating Disorder Inventory. Gender-related characteristics were measured using the Multifaceted Gender-Related Attributes Survey (GERAS), the Hoffman Gender Scale, and the Masculinity, Femininity, and Gender Type Inventory. **Results.** Women with a diagnosed eating disorder showed higher levels of several eating disorder symptoms, while among gender-related characteristics, between-group differences were found only for masculinity, which was higher in the diagnosed group. Gender self-definition was positively, and gender self-acceptance was negatively associated with the severity of eating disorder symptoms. The highest risk was observed in women with high gender self-definition and low gender self-acceptance. **Conclusions.** Individuals' subjective attitudes toward their own gender identity

constitute a significant factor in eating disorder symptoms: gender self-acceptance is associated with lower risk, whereas high gender self-definition combined with low self-acceptance is associated with an increased risk.

Keywords: eating disorders, masculinity, femininity, gender self-acceptance, gender self-definition, young women

Funding. The study was prepared within a state task, project FNRE-2024-0016 “Psychological effects of digitalization of the educational environment: opportunities for cognitive and personal development and socialization risks”.

Supplemental data. Datasets can be requested from the author (Y.A. Burdukova)

For citation: Alekseeva, O.S., Rzhanova, I.E., Rashevskaya, S.S., Burdukova, Y.A. (2026). Eating disorder symptoms and gender identity characteristics. *Clinical Psychology and Special Education*, 15(2), 55—71. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150203>

Введение

Расстройства пищевого поведения (РПП) имеют относительно высокую распространенность и оказывают значительное негативное влияние на психическое и физическое здоровье тех, кто сталкивается с этими состояниями. Согласно статистике, собранной зарубежными исследователями, до 4% женщин, живущих в развитых странах, в течение своей жизни столкнутся с анорексией, 2% с булимией и 2% с компульсивным перееданием (Smink et al., 2013). Помимо этого, в последние годы наблюдается стабильное повышение распространенности данных расстройств. Так, за 2000–2018 гг. число людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, увеличилось почти вдвое (Galmiche et al., 2019). В странах с высоким индексом социально-экономического развития распространенность этих заболеваний значимо выше, чем в развивающихся странах, однако в прошедшее десятилетие именно в странах с более низким социальным индексом отмечался наиболее выраженный прирост (Liu et al., 2025). Гендерное распределение расстройств пищевого поведения характеризуется выраженной диспропорцией: около 85–90% пациентов с диагностированной нервной анорексией и булимией составляют женщины.

В качестве основной причины того, почему женщины значительно чаще страдают РПП, как правило, рассматривается социокультурная детерминанта. Женское тело в большей степени по сравнению с мужским рассматривается как объект для оценки со стороны общества на предмет соответствия «идеалу», что приводит к тому, что женщины чаще интернализируют социально навязанные стандарты в отношении своей внешности (Diedrichs, 2017; Paterna et al., 2021). Ко всему прочему, современные женщины все чаще сталкиваются с парадоксом, при котором одновременно от них требуют быть худыми, и в то же время мускулистыми и подтянутыми, что усиливает тревогу в отношении своей внешности и повышает риск развития РПП (Hoffmann, Warschburger, 2019). Социокультурные стандарты в отношении мужского тела носят другой характер и не связаны с худобой, поэтому у мужчин РПП, как правило, проявляется иначе: через заикленность на мускулистости и чрезмерное увлечение здоровым питанием (Brandt et al., 2025).

Однако одного лишь учета социокультурного влияния недостаточно для объяснения индивидуальных различий в развитии расстройств пищевого поведения среди женщин: не все женщины, сталкиваясь с одинаковыми социально навязанными стандартами внешности, склонны к развитию РПП. Значительный объяснительный потенциал имеет гипотеза влияния гендерных ролей, рассматривающая такие конструкты, как маскулинность и феминность в качестве ключевых факторов развития болезни (Brandt et al., 2025). Под маскулинностью и феминностью в современной психологии понимается набор черт, моделей поведения, интересов и внешних атрибутов, которые в данном обществе и в данный исторический период ассоциируются с мужчинами и женщинами соответственно (Kachel et al., 2016).

Влияние маскулинности и феминности на развитие расстройств пищевого поведения довольно часто становилось предметом исследования, однако полученные данные остаются гетерогенными и нередко противоречивыми. Так, в мета-анализе, включившим в себя результаты двадцати двух исследований, была показана положительная связь феминности с риском развития пищевых расстройств (Murnen, Smolak, 1997). Одно из объяснений такого влияния состоит в том, что идентификация с некоторыми «феминными» чертами, такими как пассивность и зависимость, отражает потребность индивида в одобрении окружающих. В связи с этим женщины и мужчины, имеющие данные черты, могут использовать голодание и другие экстремальные методы похудения для улучшения самооценки и достижения «идеальной» формы тела (Paxton, Sculthorpe, 1991; Lakkis et al., 1999). В исследовании Махалик также показано, что отождествление с феминными чертами связано с увеличением риска развития РПП (Mahalik et al., 2005). Однако последующие результаты показывают, что значение может иметь не феминность как обобщенная характеристика, а ее отдельные компоненты. Так, Грин с коллегами установили, что только феминная черта «ориентация на удобу» служит предиктором пищевого расстройства (Green et al., 2008). Это позволяет предположить, что выявляемая связь феминности с нарушениями пищевого поведения может определяться теми ее компонентами, которые непосредственно связаны с внешней привлекательностью и образом собственного тела.

В исследовании Хепп, проведенном на пациентках с нервной анорексией и булимией, не было найдено ассоциаций между феминностью и расстройствами пищевого поведения (Hepp, Spindler, Milos, 2005). Более того, в этой же работе показано, что женщины с андрогинными чертами, а именно имеющие высокие показатели феминности и маскулинности одновременно, имели менее выраженные симптомы РПП по сравнению с теми, для кого характерны низкая феминность и низкая маскулинность (недифференцированный тип). Эти результаты показывают, что значимость гендерных характеристик может определяться не только их абсолютной выраженностью, но и характером их сочетания.

Данные о связи маскулинности и РПП также неоднозначны. В некоторых исследованиях установлена положительная связь между маскулинностью и РПП (Pritchard, 2008). Также было показано, что девушки с более выраженными маскулинными чертами в большей степени подвержены развитию булимии (Lampis et al., 2019). Авторы объясняют эти результаты либо различиями в методологическом аппарате (в исследованиях используются разные опросники, включающие в себя различные характеристики, составляющие маскулинность и феминность), или культурно-специфическими особенностями выборки

(исследование Лампис с коллегами проводилось на выборке итальянских студентов). В других работах, напротив, показана отрицательная ассоциация между маскулинностью и РПП (Blazek, Carter, 2019).

Таким образом, противоречивость результатов может объясняться тем, что такие конструкты как феминность и маскулинность могут объединять различные по своему содержанию характеристики: например, феминность часто включает в себя соответствие стандартам красоты, а маскулинность — атлетичное телосложение. Кроме того, большинство исследований сосредоточено на изучении соответствия респондентов определенным гендерным ролям, но в меньшей степени учитывает отношение людей к собственной гендерной принадлежности. В связи с этим представляется важным рассматривать не только феминность и маскулинность как совокупность личностных черт, но и отдельные компоненты гендерной идентичности, в частности гендерное самоопределение и гендерное самопринятие.

Целью настоящего исследования стало выявление взаимосвязей между выраженностью различных компонентов гендерной идентичности (включающих как гендерное самоопределение, так и гендерное самопринятие) и симптомами расстройств пищевого поведения у молодых женщин.

Материалы и методы

Выборка

В исследовании приняли участие 242 женщины в возрасте от 18 до 28 лет ($M = 20,61$, $SD = 2,54$). Опрос проводился онлайн в интернет-сообществах, посвященных тематике, связанной с нарушениями пищевого поведения.

Из всех респондентов 77 человек сообщили в анкете, что у них диагностировано специалистом расстройство пищевого поведения, остальные о таком диагнозе не сообщали. Средний возраст в первой группе составил — 20,56 лет, $SD = 2,25$. В группу, где женщины не сообщили о диагнозе РПП, вошло 165 человек ($M = 20,63$, $SD = 2,68$).

Методики

Для оценки вероятности наличия расстройства пищевого поведения использовались следующие опросники:

1) Тест пищевых установок (Eating Attitude Test-26, EAT-26) в адаптации Т.А. Мешковой с коллегами (Мешкова, Николаева, 2017; Мешкова и др., 2023). Подсчет баллов проводился по общей сумме баллов, а также по шкалам: увлечение диетами, озабоченность едой, стремление похудеть, принуждение к еде, булимия.

2) Шкала оценки пищевого поведения (Eating Disorder Inventory, EDI) в адаптации (Ильчик и др., 2011). Данный опросник включает в себя шкалы: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность.

Для оценки гендерного самоопределения были взяты следующие методики:

1) Опросник гендерных атрибутов (Multifaceted Gender-Related Attributes Survey, GERAS) (Gruber et al., 2020; адаптация: Рашевская, 2021). Опросник предполагает оценку

маскулиных и феминных личностных характеристик, когнитивных навыков и хобби, а также подсчет баллов по общим шкалам маскулинности и феминности.

2) Гендерная шкала Хоффман (Hoffman Gender Scale, HGS) направлена на оценку гендерного самоопределения и гендерного самопринятия — двух компонентов гендерной идентичности (Hoffman et al., 2000; адаптация: Рашевская, 2021). Гендерное самоопределение отражает то, насколько значимым компонентом собственной идентичности человек считает определяемую им самим феминность или маскулинность. Под гендерным самопринятием в данном случае понимается то, насколько комфортно человек ощущает себя как представитель своего пола. Необходимо отметить, что эти два показателя не связаны между собой, то есть человек с высоким гендерным самопринятием, может как придавать большое значение своей феминности или маскулинности в рамках определения своей идентичности, так и не считать это чем-то важным для своего самоопределения (Hoffman et al., 2000).

3) Опросник «Маскулинность, феминность, и гендерный тип личности» — российский аналог опросника С. Бэм (Лопухова, 2013). Этот опросник позволяет получить результаты по шкалам феминности и маскулинности и выявить один преобладающий тип личности: маскулинный, феминный, андрогинный или недифференцированный.

Методы анализа данных

Анализ данных проводился с использованием методов описательной статистики, корреляционного анализа, регрессионного анализа. Предварительная проверка данных с использованием критерия Колмогорова–Смирнова выявила, что распределение баллов по большинству шкал значительно отличалось от нормального. В связи с этим для сравнения групп и анализа взаимосвязей использовались непараметрические методы.

Результаты

Анализ результатов Теста пищевых установок (EAT-26) предполагает, что оценка суммарного балла, превышающая значение 20, считается критической — респонденты, которые имеют балл выше порогового значения, находятся в группе риска НПП. В нашем исследовании в группе женщин, которые сообщили, что имеют диагноз РПП >20 баллов получили 88% (68 человек), а в группе женщин, которые указали, что у них нет диагноза, это процент все равно довольно высокий — 60% (99 человек). Тем не менее по основным шкалам опросника в этих двух группах наблюдаются значимые различия (см. табл. 1): участницы, которые отметили, что имеют диагноз РПП, больше увлечены диетами, у них более выражены стремление похудеть и неудовлетворенность своим телом, они чаще указывали на неуверенность в распознавании чувства голода и насыщения и больше склонны к булимии. И около 90% из них получили по суммарной шкале опросника EAT-26 балл, превышающий пороговое значение. Группа женщин, которые сообщили о диагнозе РПП, и группа женщин без диагноза значительно не различаются только в оценках по шкалам «озабоченность едой» и «принуждение к еде».

Таблица 1 / Table 1

**Сравнение показателей по шкалам Теста пищевых установок в группе женщин
с диагнозом РПП (n = 77) и без диагноза (n = 165)**

**Comparison of EAT-26 scale scores in women
with an eating disorder diagnosis (n = 77) and without a diagnosis (n = 165)**

Шкалы / Scales	Средние значения / Mean values		U Манна — Уитни / Mann– Whitney U	p
	Группа с диагнозом РПП / Group with an eating disorder diagnosis	Группа без диагноза РПП / Group without a diagnosis		
Общий балл ЕАТ-26 / Total score EAT-26	37,73	27,56	4329,00	0,00
Увлечение диетами / Dieting	3,92	2,70	4912,50	0,00
Озабоченность едой / Food preoccupation	6,57	5,56	5468,00	0,08
Стремление похудеть / Drive for thinness	9,09	7,06	4711,00	0,00
Принуждение к еде / Social pressure	1,86	1,32	5572,50	0,10
Булимия / Bulimia	2,00	0,70	3772,00	0,00

Сравнение баллов по опроснику «Шкала оценки пищевого поведения» выявило различия по всем шкалам, кроме шкалы перфекционизма и неэффективности. У женщин, которые сообщили о диагнозе РПП, баллы по большинству шкал значимо выше (см. табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

**Сравнение результатов по показателям опросника «Шкала оценки пищевого
поведения» в группе женщин с диагнозом РПП (n = 77) и без диагноза (n = 165)**

**Comparison of Eating Disorder Inventory scale scores in women with an eating disorder
diagnosis (n = 77) and without a diagnosis (n = 165)**

Шкалы / Scales	Средние значения / Mean values		U Манна-Уитни / Mann–Whitney U	P
	Группа с диагнозом РПП / Group with an eating disorder diagnosis	Группа без диагноза РПП / Group without a diagnosis		
Стремление к худобе / Drive for Thinness	10,77	7,87	4171,00	0,00
Булимия / Bulimia	11,69	9,18	5089,00	0,01
Неудовлетворенность телом / Body Dissatisfaction	16,22	13,64	5249,00	0,03
Неэффективность / Ineffectiveness	11,04	9,60	5388,00	0,06
Перфекционизм / Perfectionism	8,90	8,05	5743,00	0,23
Недоверие в межличностных отношениях /	8,82	7,22	5244,00	0,03

Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Рашевская С.С.,
Бурдукова Ю.А. (2026). Нарушения пищевого поведения
и особенности гендерной идентичности.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 55—71.

Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Rashevskaya S.S.,
Burdukova Y.A. (2026). Eating disorder symptoms
and gender identity characteristics.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 55—71.

Interpersonal Distrust				
Интероцептивная некомпетентность / Interceptive Awareness	13,70	10,76	4993,50	0,01

При сравнении по показателям феминности и маскулинности в двух группах различия были получены только по оценкам шкал маскулинности как опросника С. Бэм ($U = 4832,00$, $p < 0,001$), так и опросника Гендерных атрибутов ($U = 5169,00$, $p = 0,02$). По этим показателям у женщин, которые сообщили о диагнозе РПП, баллы выше.

Анализ взаимосвязей между показателями, оценивающими нарушения пищевого поведения и гендерными характеристиками

Для анализа взаимосвязей использовались данные всей выборки без деления на подгруппы. Для подсчета корреляций был выбран коэффициент корреляции Спирмена. В табл. 3 представлены только значимые связи. Было получено, что показатель «гендерное самопринятие» отрицательно связан с баллами по шкалам «стремление к худобе», «неудовлетворенность телом», «неэффективность», «недоверие в межличностных отношениях» и с суммарным балом по шкале EAT-26. Оценки по шкале гендерного самоопределения положительно коррелируют с озабоченностью едой, булимией и интероцептивной некомпетентностью.

Оценки по шкалам маскулинности адаптированного опросника С. Бэм и опросника GERAS имеют похожие взаимосвязи: положительные корреляции со шкалой «увлечение диетами» и «перфекционизм» и отрицательные — со шкалой «неэффективность». Высокий балл по шкале феминности адаптированного опросника С. Бэм положительно связан со шкалой булимией. Шкала феминности опросника GERAS отрицательно связана с неудовлетворенностью телом и неэффективностью. Интересно, что показатель по шкале «недоверие в межличностных отношениях» отрицательно связан с оценками как по шкалам феминности, так и маскулинности.

Таблица 3 / Table 3

**Взаимосвязи между шкалами гендерных опросников и показателями EAT-26 и
«Шкалы оценки пищевого поведения» (N = 242)**

**Associations between gender questionnaire scales and EAT-26 and Eating Disorder
Inventory scale scores (N = 242)**

Шкалы / Scales	Гендерное самоопределение / Gender self-definition	Гендерное самопринятие / Gender self-acceptance	Феминность (С. Бэм) / Femininity (S. Bem)	Маскулинность (С. Бэм) / Masculinity (S. Bem)	Феминность (GERAS) / Femininity (GERAS)	Маскулинность (GERAS) / Masculinity (GERAS)
Общий балл EAT-26 / Total score EAT-26		–0,15*				
Увлечение диетами / Dieting				0,13*		0,23**
Озабоченность едой / Food preoccupation	0,14*					
Стремление к худобе / Drive for Thinness		–0,13*				
Булимия / Bulimia	0,20**		0,14*			
Неудовлетворенность телом / Body Dissatisfaction		–0,14*			–0,13*	
Неэффективность / Ineffectiveness		–0,26**		–0,29**	–0,20**	–0,28**
Перфекционизм / Perfectionism				0,21**		0,23**
Недоверие в межличностных отношениях / Interpersonal Distrust		–0,18**	–0,25**	–0,19**	–0,38**	–0,16*
Интероцептивная некомпетентность / Interoceptive Awareness	0,14*					

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя).

Note: «*» — correlation is significant at the 0.05 level (two-sided); «**» — correlation is significant at the 0.01 level (two-sided).

В целом корреляционный анализ позволяет сделать вывод, что гендерное самопринятие в общем отрицательно связано с проявлениями нарушений пищевого поведения, тогда как гендерное самоопределение, наоборот, положительно. Что касается шкал маскулинности и феминности, то тут следует отметить, что женщины, имеющие высокий балл по шкале маскулинности склонны к увлечению диетами и перфекционизму, тогда как женщины с

высоким баллом по шкале феминности опросника С. Бэм больше склонны к булимии, а с высоким баллом по шкале феминности опросника GERAS меньше проявляют неудовлетворенность телом.

Особенности гендерного самовосприятия как предикторы нарушения пищевого поведения

Оценка предикторов нарушения пищевого поведения проводилась с применением множественного линейного регрессионного анализа, где зависимой переменной выступил суммарный балл опросника EAT-26, а в качестве предикторов использовались гендерное самоопределение, гендерное самопринятие, а также оценка феминности и маскулинности по опросникам С. Бэм и GERAS. Результаты представлены в табл.

Таблица 4 / Table 4

Гендерные предикторы нарушения пищевого поведения (зависимая переменная — суммарный балл по шкале EAT-26) (N = 242)

Gender predictors of eating disorder (dependent variable: Total score EAT-26) (N = 242)

Показатели / Variables	R	R ²	F	β	p
	0,23	0,06	2,26		0,04
Гендерное самоопределение / Gender self-definition				0,22	0,01
Гендерное самопринятие / Gender self-acceptance				−0,24	0,00
Феминность (опросник С. Бэм) / Femininity (S. Bem)				−0,01	0,92
Маскулинность (опросник С. Бэм) / Masculinity (S. Bem)				0,05	0,59
Феминность (опросник GERAS) / Femininity (GERAS)				−0,07	0,47
Маскулинность (опросник GERAS) / Masculinity (GERAS)				0,10	0,26

Полученная модель оказалась статистически значимой ($p < 0,05$), однако ее объяснительная способность довольно невысока: вся совокупность независимых переменных объясняет только 6% дисперсии. Значимыми являются такие предикторы, как гендерное самоопределение и гендерное самопринятие, причем высокий балл по шкале гендерного самоопределения повышает выраженность симптомов нарушения пищевого поведения, в то время как более высокое гендерное принятие, наоборот связано со снижением выраженности этих симптомов.

Гендерное самоопределение и гендерное самопринятие — это показатели гендерной идентичности, которые не связаны между собой (Hoffman et al., 2000) и которые, по данным регрессионного анализа, продемонстрировали разнонаправленные связи с выраженностью симптомов РПП. На этом основании было выдвинуто предположение, что показатели РПП могут быть связаны не только с уровнем каждого из компонентов гендерной идентичности, но и с особенностями их сочетания. Для проверки этого предположения респонденты были разделены на 4 группы (1 — низкое самоопределение, низкое самопринятие (79 человек), 2

— высокое самоопределение, низкое самопринятие (21 человек), 3 — низкое самоопределение, высокое самопринятие (47 человек), 4 — высокое самоопределение, высокое самопринятие (95 человек)). Далее было проведено сравнение оценок по шкале EAT-26 в этих четырех группах с применением критерия Краскела–Уоллиса. Были обнаружены значимые различия ($\chi^2 = 14,57$, $p = 0,002$) (см. рис. 1).

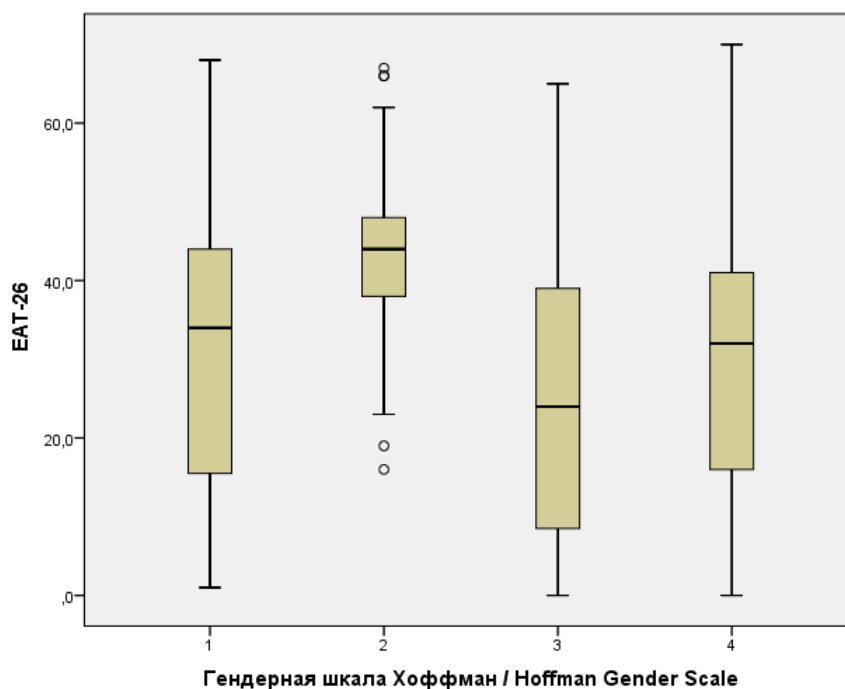


Рис. 1. Суммарный балл EAT-26 в группах с разной выраженностью гендерного самоопределения и гендерного самопринятия (N = 242)

Fig. 1. Total EAT-26 score in groups with different levels of gender self-definition and gender self-acceptance (N = 242)

Примечание: 1 — низкое гендерное самоопределение, низкое гендерное самопринятие (n = 79); 2 — высокое гендерное самоопределение, низкое гендерное самопринятие (n = 21); 3 — низкое гендерное самоопределение, высокое гендерное самопринятие (n = 47); 4 — высокое гендерное самоопределение, высокое гендерное самопринятие (n = 95).

Note: 1 — low gender self-definition, low gender self-acceptance (n = 79); 2 — high gender self-definition, low gender self-acceptance (n = 21); 3 — low gender self-definition, high gender self-acceptance (n = 47); 4 — high gender self-definition, high gender self-acceptance (n = 95).

Методом попарных сравнений с использованием критерия Манна — Уитни было получено, что группа женщин с высоким гендерным самоопределением и низким гендерным самопринятием характеризуется наиболее высокими значениями по шкале EAT-26 по сравнению с женщинами из групп с низким самоопределением и низким самопринятием ($U = 511,00$, $p = 0,01$), низким самоопределением и высоким самопринятием ($U = 224,50$, $p < 0,001$) и высоким самоопределением и высоким самопринятием ($U = 557,50$, $p = 0,002$). Между остальными группами статистически значимых различий выявлено не было.

Обсуждение результатов

Настоящее исследование было посвящено выявлению взаимосвязей между нарушением пищевого поведения и особенностями гендерной идентичности. Выборку составили молодые женщины в возрасте от 18 до 28 лет, 32% из которых сообщили в анкете, что имеют диагноз «расстройство пищевого поведения». Следует отметить, что баллы выше порогового значения (>20 баллов по суммарной шкале EAT-26), которые позволяют отнести респондентов к группе риска по нарушению пищевого поведения, в группе сравнения набрали 60% участниц, что значительно превышает 10–15%, которые обычно наблюдаются в нормативных выборках (Мешкова, Николаева, 2017; Мешкова и др., 2023). Это можно объяснить тем, что опрос проводился в интернет-сообществах, посвященных проблематике нарушения пищевого поведения, и несмотря на то, что данные сообщества являются открытыми и принять участие в исследовании могли любые желающие, большинство респондентов все-таки составили специфическую выборку.

В том, что касается особенностей гендерной идентичности, различия были выявлены только по показателям маскулинности. Для женщин, сообщивших о наличии диагноза РПП, характерны более высокие значения маскулинности как по опроснику С. Бэм, так и по опроснику GERAS. Этот результат согласуется с исследованиями, в которых была установлена положительная связь между маскулинностью и расстройствами пищевого поведения (Pritchard, 2008; Lampis et al., 2019), а также с данными о том, что маскулинные черты могут быть предикторами РПП и стремления к мускулистости у женщин (Brandt et al., 2025). В то же время данный результат противоречит работам, в которых маскулинность рассматривалась как протективный фактор в отношении развития РПП (Blazek, Carter, 2019). Данное расхождение может объясняться различиями в возрастном составе выборок, культурном контексте, а также типами РПП, преобладающими в исследуемых группах. Наиболее перспективным направлением дальнейших исследований представляется анализ отдельных характеристик, составляющих структуру маскулинности, измеряемой как с помощью опросника С. Бэм, так и с помощью опросника GERAS.

Анализ взаимосвязей в целом по всей выборке выявил следующее: женщины с высокой маскулинностью больше увлечены диетами, тогда как у женщин с высокой феминностью (по шкале опросника С. Бэм) больше склонны к булимии. Последний результат частично подтверждает данные о положительной связи феминности с РПП (Mahalik et al., 2005; Murnen, Smolak, 1997), однако отсутствие различий по феминности между группой с диагнозом и без него согласуется с исследованиями, в которых такая связь тоже не была обнаружена (Hepp, Spindler, Milos, 2005). Полученные данные подтверждают неоднозначный характер связей феминности с симптомами нарушения пищевого поведения и указывают на более дифференцированный анализ отдельных характеристик гендерной идентичности.

Особый интерес представляет разнонаправленный характер связей гендерного самопринятия и гендерного самоопределения с выраженностью симптомов РПП: гендерное самопринятие связано с низкой выраженностью симптомов, тогда как гендерное самоопределение — наоборот. Это же подтверждают и данные регрессионного анализа. Данный результат может быть интерпретирован с учетом содержательных различий между этими компонентами гендерной идентичности. Гендерное самопринятие предполагает положительное отношение к себе, как к представителю своего пола (в данном случае

женского), чувство уверенности в своей гендерной принадлежности, поэтому более высокий уровень этого показателя может быть связан с меньшей неудовлетворенностью собственным телом. Гендерное самоопределение, в свою очередь, отражает степень значимости феминности (или маскулинности), принадлежности к своему полу, для структуры собственной идентичности. Выраженность данного компонента может сопровождаться большей чувствительностью к стереотипным представлениям о женственности и женском теле.

При разделении на группы с разным сочетанием гендерного самоопределения и гендерного самопринятия было выявлено, что больше склонны к нарушениям пищевого поведения женщины с высоким гендерным самоопределением и низким гендерным самопринятием. Это позволяет предположить, что значение имеет не только выраженность каждого отдельного компонента гендерной идентичности, но и их сочетание: высокая значимость своей гендерной принадлежности при недостаточном принятии себя как женщины может быть сопряжена с непринятием своего тела и большей выраженностью симптомов нарушения пищевого поведения.

Заключение

Полученный результат позволяет уточнить механизмы взаимосвязи гендерной идентичности и особенностей пищевого поведения. Высокое гендерное самопринятие, вероятно, выступает в качестве защитного фактора в отношении развития РПП, поскольку женщина, комфортно ощущающая себя в своей гендерной роли, в меньшей степени нуждается во внешнем подтверждении своей идентичности через соответствие социальным «идеалам» внешности. Напротив, высокое гендерное самоопределение при низком самопринятии может повышать уровень тревоги у женщины и снижать самооценку, поскольку для данной группы женщин гендерное самоопределение является важной составляющей идентичности, однако субъективное представление о себе, как о женщине, переживается как недостаточно соответствующее культурным стандартам. Все это может приводить к развитию нарушений в пищевом поведении. Таким образом, женщины с высоким гендерным самоопределением и низким гендерным самопринятием могут рассматриваться как группа повышенного риска в развитии РПП, требующая адресных профилактических и психотерапевтических вмешательств.

Ограничения. Основным ограничением данного исследования является то, что опрос проводился на специализированных интернет-площадках, посвященных проблемам нарушения пищевого поведения, поэтому большинство из респондентов имели высокий балл по суммарной шкале EAT-26. Кроме того, в рамках исследования не высчитывался ИМТ, а сведения о наличии диагноза предоставляли сами респондентки.

Limitations. The main limitation of this study is that the survey was conducted on specialized online platforms dedicated to eating disorder-related issues; therefore, most respondents had high total scores on the EAT-26. In addition, body mass index (BMI) was not calculated, and information regarding the presence of an eating disorder diagnosis was self-reported by the participants.

Список источников / References

1. Ильчик, О.А., Сивуха, С.В., Скугаревский, О.А., Суихи, С. (2011). Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения». *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 1(03), 39—50.
Il'chik, O.A., Sivukha, S.V., Skugarevskii, O.A., Suikhi, S. (2011). Russian-language adaptation of Eating Disorder Inventory. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, 1(03), 39—50. (In Russ.).
2. Лопухова, О.Г. (2013). Опросник «Маскулинность, феминность, и гендерный тип личности» (российский аналог «Bem sex role inventory»). *Вопросы психологии*, 1, 1—8.
Lopukhova, O.G. (2013). The questionnaire masculinity, femininity, and gender type of personality (Russian analogue of Bem Sex Role Inventory). *Voprosy psikhologii*, 1, 1—8. (In Russ.).
3. Мешкова, Т.А., Митина, О.В., Шелыгин, К.В., Александрова, Р.В., Николаева, Н.О. (2023). Тест пищевых установок (ЕАТ-26): оценка психометрических характеристик и факторной структуры на неклинической выборке 876 студенток. *Клиническая и специальная психология*, 12(1), 66—103. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120104>
Meshkova, T.A., Mitina, O.V., Shelygin, K.V., Aleksandrova, R.V., Nikolaeva, N.O. (2023). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Psychometric characteristics and factor structure in nonclinical sample of 876 female university students. *Clinical Psychology and Special Education*, 12(1), 66—103. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120104>
4. Мешкова, Т.А., Николаева, Н.О. (2017). Опыт применения теста пищевых аттитюдов (ЕАТ-26) на выборке студенток Москвы. *Психиатрия*, 73(01), 34—41.
Meshkova, T.A., Nikolaeva, N.O. (2017). Eating Attitude Test (EAT-26) on a sample of students in Moscow. *Psychiatry*, 73(01), 34—41. (In Russ.).
5. Рашевская, С.С. (2021). *Исследование феминности и маскулинности в возрасте ранней взрослости: курсовая работа*. МГППУ. М.
Rashevskaya, S.S. (2021). *Study of femininity and masculinity in early adulthood: Course paper*. Moscow State University of Psychology and Education. Moscow. (In Russ.).
6. Blazek, J.L., Carter, R. (2019). Understanding disordered eating in black adolescents: Effects of gender identity, racial identity, and perceived puberty. *Psychology of Men and Masculinities*, 20(2), 252—265. <https://doi.org/10.1037/men0000207>
7. Brandt, G., Pahlenkemper, M., Jürgensen, V.C., Lehe, M.S., Laskowski, N., Halbeisen, G., Paslakis, G. (2025). The impact of masculinity and femininity on disordered eating symptoms and the mediating role of muscularity ideals. *Scientific Reports*, 15, art. 32579. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-19246-6>
8. Diedrichs, P.C. (2017). Sociocultural environment and internalization of the thin ideal as eating disorder risk factors. In: T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 782—786). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-104-6_89
9. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavalacci, M.P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402—1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

10. Green, M.A., Davids, C.M., Skaggs, A.K., Riopel, C.M., Hallengren, J.J. (2008). Femininity and eating disorders. *Eating Disorders*, 16(4), 283—293.
<https://doi.org/10.1080/10640260802115829>
11. Gruber, F.M., Distlberger, E., Scherndl, T., Ortner, T.M., Pletzer, B. (2020). Psychometric properties of the multifaceted gender-related attributes survey (GERAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 36(4), 612—623. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000528>
12. Hepp, U., Spindler, A., Milos, G. (2005). Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 227—233.
<https://doi.org/10.1002/eat.20087>
13. Hoffman, R.M., Borders, L.D., Hattie, J.A. (2000). Reconceptualizing femininity and masculinity: From gender roles to gender self-confidence. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(4), 475—504.
14. Hoffmann, S., Warschburger, P. (2019). Prospective relations among internalization of beauty ideals, body image concerns, and body change behaviors: Considering thinness and muscularity. *Body Image*, 28, 159—167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.011>
15. Kachel, S., Steffens, M.C., Niedlich, C. (2016). Traditional masculinity and femininity: Validation of a new scale assessing gender roles. *Frontiers in Psychology*, 7, 956.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00956>
16. Lakkis, J., Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41, 1—16.
<https://doi.org/10.1023/A:1018829506907>
17. Lampis, J., Cataudella, S., Busonera, A., De Simone, S., Tommasi, M. (2019). The moderating effect of gender role on the relationships between gender and attitudes about body and eating in a sample of Italian adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 24, 3—11.
<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0372-2>
18. Liu, K., Gao, R., Kuang, H., Ranbo, E., Zhang, C., Guo, X. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *Journal of Affective Disorders*, 388, art. 119596.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119596>
19. Mahalik, J.R., Morray, E.B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L.H., Slattery, S.M., Smile, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52, 417—435.
<https://doi.org/10.1007/s11199-005-3709-7>
20. Murnen, S.K., Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 231—242.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199711\)22:3<231::aid-eat2>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199711)22:3<231::aid-eat2>3.0.co;2-o)
21. Paterna, A., Alcaraz-Ibáñez, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Sicilia, Á. (2021). Internalization of body shape ideals and body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 1575—1600. <https://doi.org/10.1002/eat.23568>
22. Paxton, S.J., Sculthorpe, A. (1991). Disordered eating and sex role characteristics in young women: Implications for sociocultural theories of disturbed eating. *Sex Roles*, 24, 587—598.
<https://doi.org/10.1007/BF00288415>

Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Рашевская С.С.,
Бурдукова Ю.А. (2026). Нарушения пищевого поведения
и особенности гендерной идентичности.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 55—71.

Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Rashevskaya S.S.,
Burdukova Y.A. (2026). Eating disorder symptoms
and gender identity characteristics.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 55—71.

23. Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*, 59, 282—289.
<https://doi.org/10.1007/s11199-008-9449-8>

24. Smink, F.R., van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543—548.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

Информация об авторах

Ольга Сергеевна Алексеева, научный сотрудник лаборатории психологии подростка, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>, e-mail: olga__alexeeva@mail.ru

Ирина Евгеньевна Ржанова, научный сотрудник лаборатории психологии подростка, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8100-8917>, e-mail: irinarzhanova@mail.ru

Светлана Станиславовна Рашевская, магистр психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5851-799X>, e-mail: 1bitheart@mail.ru

Юлия Андреевна Бурдукова, кандидат психологических наук, доцент кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>, e-mail: julia_burd@inbox.ru

Information about the authors

Olga S. Alekseeva, Research Associate, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>, e-mail: olga__alexeeva@mail.ru

Irina E. Rzhanova, Research Associate, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8100-8917>, e-mail: irinarzhanova@mail.ru

Svetlana S. Rashevskaya, Master of Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5851-799X>, e-mail: 1bitheart@mail.ru

Yulia A. Burdukova, Candidate of Science (Psychology), Assistant Professor, Chair of Differential Psychology and Psychophysiology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>, e-mail: julia_burd@inbox.ru

Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Рашевская С.С.,
Бурдукова Ю.А. (2026). Нарушения пищевого поведения
и особенности гендерной идентичности.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 55—71.

Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Rashevskaya S.S.,
Burdukova Y.A. (2026). Eating disorder symptoms
and gender identity characteristics.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 55—71.

Вклад авторов

Алексеева О.С. — применение статистических, математических и других методов для анализа данных; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Ржанова И.Е. — идеи исследования, планирование исследования.

Рашевская С.С. — проведение исследование; сбор и анализ данных.

Бурдукова Ю.А. — контроль за проведением исследования, визуализация результатов исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Olga S. Alekseeva — application of statistical, mathematical or other methods for data analysis; annotation, writing and design of the manuscript.

Irina E. Rzhanova — ideas; planning of the research.

Svetlana S. Rashevskaya — conducting the experiment; data collection and analysis.

Yulia A. Burdukova — control over the research; visualization of research results.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (протокол №1 от 10.01.2025 г.).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Moscow State University of Psychology and Education (report no.1 2025/01/10).

Поступила в редакцию 21.04.2026

Received 2026.04.21

Поступила после рецензирования 14.06.2026

Revised 2026.06.14

Принята к публикации 18.06.2026

Accepted 2026.06.18

Опубликована 30.06.2026

Published 2026.06.30