

УДК 796:919.724

DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/17>**Терещенко Л.А.**Інститут психології імені Г.С. Костюка  
Національної академії педагогічних наук України**Мойзріст О.М.**Інститут психології імені Г.С. Костюка  
Національної академії педагогічних наук України

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІВЧАТ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У статті наголошується, що все більше людей страждають від розладів харчової поведінки – надмірної маси тіла та переїдання, а з іншого боку, дедалі більше обмежень у харчуванні, часом зовсім не пов'язаних з реальною вагою та формою тіла. Особливо гостро ця проблема стоїть у дітей підліткового віку. Саме тому, шкільному психологу необхідно розбиратися в цій проблемі, тому що лікарі, психотерапевти, як правило, починають працювати з дитиною, що має вже розгорнуту картину захворювання, а шкільний психолог (або педагог) може бути першим, хто побачить ще тільки небезпеку розвитку порушення харчової поведінки.

*Мета* – на теоретичному рівні зробити аналіз наукових джерел стосовно проблематики розладів харчової поведінки та її чинників; на експериментальному рівні діагностувати типи харчової поведінки у дівчат підліткового віку, дослідити взаємозв'язок між психологічними особливостями підлітків і розладами їхньої харчової поведінки.

*Методи.* Для реалізації мети ми використали аналіз, узагальнення, систематизацію наукових джерел, а також збір даних за допомогою бесіди і опитування: голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ); методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона; Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE); Шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тессье-Філіона (Lemyr-Tessier-Fillion). В експерименті взяли участь 128 дівчат підліткового віку (15–17 років).

*Результати.* За результатами експериментального дослідження встановлено, що у дівчат підліткового віку наявні усі типи харчової поведінки (емоціогенний, обмежувальний, екстернальний). З'ясовано, що розлади харчової поведінки підлітків впливає на рівень психологічного стресу, самоставлення, відчуття самотності.

*Висновки.* Проаналізовано типи розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку. Встановлено взаємозв'язок між розладами харчової поведінки у дівчат підліткового віку і їхніми психологічними особливостями.

**Ключові слова:** підлітки, розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, ожиріння, компульсивне переїдання (binge-eating disorder).

**Постановка проблеми.** Враховуючи реалії сьогодення, пов'язані з поширенням проблеми розладів харчової поведінки (РХП), особливої уваги з боку медиків, психологів та батьків вимагають саме діти підліткового віку, тому що саме в цьому віці анорексія, булімія, компульсивне переїдання найчастіше починаються, а психогенне ожиріння, навіть якщо воно виникло набагато раніше, набуває особливо драматичних рис.

Шкільному психологу необхідно розбиратися в цій проблемі, тому що лікарі та психотерапевти, як правило, починають працювати з дитиною, що має вже розгорнуту картину захворювання, а шкільний психолог (або педагог) може бути першим, хто побачить ще тільки небезпеку розвитку

РХП. Крім того, часто батьки, будучи співзалежними, не хочуть визнавати проблему або «виносити сміття з хати» і відмовляються звертатися до психотерапевта, але згодні звернутися до шкільного психолога.

Таким чином, актуальність психологічного вивчення РХП обумовлена потребою практики. Рішення практичних завдань потребує всебічного аналізу та осмислення механізмів виникнення та розвитку таких розладів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотипи харчування в буденних умовах і в умовах стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність

по формуванню цього образу. Харчова поведінка є предметом комплексного дослідження, а РХП розглядається як серйозна проблема багатofакторної етіології, загрозна здоро́в'ю індивіда [1; 2].

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять:

а) роботи, присвячені дослідженням РХП (Абсальмова Л.М., Антонова З.О., Бурлачук Л.Ф., Вознесенська Т.Г., Гриньова М.В., Дудар Л.В., Кириленко М.І., Литвин-Кіндратюк С.Д., Смашна О.Є., Скугаревский О.А. та ін.);

б) роботи присвячені вивченням психологічних особливостей розладів даної сфери (Ковальчук З.Я., Менделевич В.Д., Нижник А.Є., Смірнова Я.К., Фатєєва М.С., Шебанова В.І. та ін.).

**Постановка завдання.** Метою статті є: на теоретичному рівні зробити аналіз наукових джерел стосовно проблематики РХП та її чинників; на експериментальному рівні діагностувати типи харчової поведінки у дівчат підліткового віку, дослідити взаємозв'язок між психологічними особливостями підлітків і порушеннями їхньої харчової поведінки.

**Виклад основного матеріалу.** Розглянемо основні форми розладів харчової поведінки.

**Нервова анорексія** (НА) визначається як свідоме обмеження в їжі у зв'язку з переконаністю у наявності уявної або різко переоцінюваної повноти та виражається у свідомому, надзвичайно стійкому і цілеспрямованому бажанні схуднути, що може досягати вираженої кахексії з можливим летальним кінцем.

НА – розлад, при якому основними особливостями є стійка активна відмова від їжі і помітна втрата маси тіла. У МКБ-10 (Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду) діагностика НА (F50.0) ґрунтується на наступних ознаках: 1) індекс маси тіла складає 17,5 або нижче; 2) втрата ваги досягається за рахунок уникнення їжі, яка «повнить» і одного або більше прийомів з числа наступних: викликання блювоти; прийом послаблюючих, діуретиків; надмірні гімнастичні вправи; 3) спотворення образу тіла приймає специфічну психопатологічну форму, при якій жах перед ожирінням зберігається як нав'язлива або надцінна ідея; 4) ендокринний розлад, що включає вісь гіпоталамус – гіпофіз – статеві залози, і що виявляється у жінок аменореєю, а у чоловіків втратою статевого потягу і потенції; 5) при початку в препубертатному віці прояви пубертатного періоду затримуються або навіть не спостерігаються.

Поширеність даної патології в загальній популяції складає від 0,2–1,3% (Kuboki T., Lubin F.,

Nilsen S.). При цьому слід зазначити різке збільшення частоти НА за останні 20–30 років.

Початок розладу зв'язують, головним чином, з підлітковим віком (12–15 років). Пік захворюваності припадає на 15–16 років. Meyer J. пояснює цей факт тим, що пусковим механізмом захворювання є настання статевого метаморфозу, що призводить до розладу уявлень про схему тіла.

**Нервова булімія** (НБ) – це РХП, що характеризується повторюваними епізодами надмірного голоду і об'їдання, після яких людина намагається «очистити» організм тим чи іншим способом (наприклад, за допомогою блювоти, проносних, сечогінних засобів, фізичних вправ). Як правило, НБ зустрічається у молодих дівчат і жінок, стурбованих власною вагою. Булімія зустрічається частіше, ніж анорексія. Але її набагато важче розпізнати. Якщо дівчата, що страждають на НА нерідко худнуть до такої міри, що не можуть приховати своє захворювання від оточуючих, то у більшості страждаючих булімією нормальні об'єми тіла і нормальна вага. Тому вони можуть тримати свою хворобу в таємниці багато років.

Поширеність НБ серед учнів складає 4–9% (більш точні дані відсутні), початок у віковому проміжку 12–35 років, пік частоти виникнення припадає на 18 років, тобто дещо пізніше, ніж при НА. Перебіг захворювання безперервний, тривалість нерідко перевищує 30 років (Shalop P.).

Діагностичні критерії НБ по МКБ-10 (F-50.2) включають ознаки: 1) напади об'їдання, що повторюються (швидкого поглинання великої кількості їжі в дискретний період часу); 2) відчуття втрати контролю за поведінкою під час нападу; 3) для запобігання надбавці у вазі хворі постійно використовують самоіндуковані блювання, послаблюючі або сечогінні препарати, жорсткі дієтичні обмеження або голодування, фізичні навантаження; 4) середня кількість нападів об'їдання не менше двох на тиждень протягом 3-х місяців; 5) постійна надмірна стурбованість лініями фігури і вагою.

Специфічні для НБ етіологічні чинники не виявлені. У розвитку захворювання мають значення підвищене харчування в преморбідному періоді і мода на струнку фігуру. Відмічено достовірний взаємозв'язок із стресовими ситуаціями (сімейні і сексуальні конфлікти, входження в новий колектив), які можуть служити пусковим механізмом для виникнення розладу.

Згідно сучасної когнітивної моделі булімії, розробленої М. Купер та її колегами, епізоду об'їдання передують активація негативних переконань про себе, яку викликає стрес, що або від-

носитися до їди, фігури і ваги (наприклад, зауваження про кількість з'їденого), або не відноситься (суперечка, помилка в роботі і ін.). Негативні автоматичні думки, пов'язані із сприйняттям себе, з оцінкою себе іншими, постійно викликають тривогу, депресивність, відчуття провини. Люди з РХП навчилися справлятися з такими негативними емоціями через процес їди, а також за допомогою різних патернів поведінки, пов'язаних з їдою. Проте це не змінює суті негативних переконань, це лише спосіб тимчасово справлятися з ними. І в тому або іншому ступені у людини, що «заїдає стрес», виникають думки про наслідки об'їдання, з'являється відчуття провини, посилюються негативні переконання про себе. Людина опиняється в ситуації конфлікту, в якому їда пов'язана як з позитивними, так і негативними переконаннями. Ця ситуація руйнівна. Щоб впоратися з нею, людина удається до третього блоку переконань, так званих «дозволяючих переконань», які «дозволяють» пацієнтові їсти, асоціюють їду з чимось, що не підлягає контролю. Коли цей блок активується, людина їсть. Після їди у неї виникає відчуття провини, знову активуються негативні самовпевнення, емоції, знов допомогти може їда, і «коло об'їдання» замикається. Цей процес супроводжується специфічними патернами поведінки [1; 3].

Mitchell J. виділяє два варіанти перебігу нервової булімії: 1. з очисною поведінкою; 2. без очисної поведінки. Люди з першої групи для підтримки ваги, поряд з голодуванням, використовують самоіндуковані блювання і прийом фармакологічних препаратів, а хворі другої групи підтримують вагу тільки за рахунок жорстких дієтичних обмежень. У хворих НБ з очисною поведінкою спостерігаються важчі дисморфоманічні порушення.

Вивчаючи літературу, присвячену дослідженням проблеми порушень харчової поведінки, ми зіткнулися з тим, що описання психологічної складової НА і НБ не завжди складається в цілісну картину. Мало того, у різних авторів зустрічається описання не просто різних психологічних феноменів, але часом і прямо протилежних. Так, наприклад, якщо L. Michaux указує на «завжди наявний поганий апетит» як на нахил до анорексії, то G. Starshenbaum пише, що: «Назва «нервова анорексія» протирічить його суті: як правило, апетит зникає тільки на його пізній стадії, а типовою для хворих є якраз всепоглинаюча пристрасть до їди, яка указує на єдиний механізм анорексії і булімії, як двох форм харчової залежності». К. Меннінгер розглядає НА як хро-

нічну форму самогубства. Інші автори (E. Piazza, N. Piazza, N. Rollins,) говорять, що «саморуїнлива поведінка при нервовій анорексії рідко є суїцидальним наміром» [4]. Дуже часто зустрічаються як ствердження, що хворі НА в преморбідному періоді відрізняються високим інтелектом і різносторонніми інтересами, так і те, що «їх мислення нижче загальноосвітнього і вікового рівня».

Таких прикладів є ще багато. Це, поза сумнівом, говорить про недостатню розробленість даної проблеми, що не дивно, враховуючи відносно недавнє виникнення і зовсім вже недавній «вибух» цих порушень в популяції.

**Ожиріння.** Етіопатогенетична класифікація ожиріння підрозділяє дану нозологію на первинні і вторинні форми. Первинне ожиріння, на частку якого припадає 90–95% всіх випадків захворювання, у свою чергу підрозділяється на аліментарно-конституціональну і нейроендокринну (гіпоталамічну) форми [1]. Генеза аліментарно-конституціональної форми ожиріння, що розглядається в даній роботі, є багаточинною, головною причиною виникнення надлишкової ваги служить об'їдання, як одна з форм РХП [1; 3].

Патологічна обжерливість є вираженням підвищеного відчуття голоду і/або зменшенням відчуття насичення. Їжа для багатьох осіб, страждаючих ожирінням і розладами дозрівання в препубертатному і пубертатному віці, служить захистом від відчуття втрати, особливо при депресивних переживаннях або розладах. При цьому неможливість подолання втрати об'єкту замінюється пошуком його заміника, яким стає їжа, що задовольняє і заспокоює пацієнта. Він відчуває себе душевно урівноваженим, інколи навіть стає ейфорійним (Freyberger H.). Люди з ожирінням часто заперечують як факт підвищеного апетиту, так і об'єктивність своєї зайвої маси і диспластичності [5]. При цьому Carlos A.J., Coutincho W., Povoia L.C. відзначають, що такі пацієнти мають меншу психопатологічну симптоматику в порівнянні з НБ.

**Компульсивне переїдання («Binge-Eating disorder»).** Гіперфагічна реакція на стрес (ГФРС). У DSM 5 (F50.8) розлад переїдання (BED) отримав власну класифікацію. За оцінкою, компульсивне переїдання — це повторювані епізоди споживання більшої кількості їжі, ніж необхідно, у скорочений проміжок часу та супутня відсутність самоконтролю (Американська психіатрична асоціація, 2013). Початок розладу простежується в пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці (Treasure, 2014); і є супутня психологічна патологія та проблеми з самооцінкою;

також потрібно відрізнити його від простого переїдання. Нарешті, епізоди переїдання можуть тривати кілька годин або можуть відбуватися кілька разів протягом дня. Для розладів цього типу характерне те, що підлітки страждають від «нападів обжерливості», що постійно повторюються, без наявності решти критеріїв НБ.

У МКБ-10 виділяють також пласт порушень харчової поведінки у вигляді об'їдання, пов'язаного з іншими психологічними розладами (F-50.4), що включає об'їдання, яке призводить до огрядності, як реакцію на дистрес. «Реактивна огрядність» може слідувати за втратою близьких і нещасними випадками у сфері значущих стосунків, особливо у схильних до надлишкової ваги осіб. ГФРС відрізняється від булімії тим, що хворі не викликають блювоту після їди. За Meyer J.E., об'їдання, що виникає в стресових умовах у цих пацієнтів, є формою психологічного захисту і, в той же час, основним механізмом збільшення маси тіла. ГФРС є примітивною, дезадаптивною і соціально незасуджуваною формою захисту від стресу. У анамнезі пацієнтів із ГФРС відмічається певна навченість гіперфагічному способу реагування на стресову ситуацію в дитячому віці.

У нашому *експериментальному дослідженні* взяли участь 128 дівчат підліткового віку (15–17 років).

З метою діагностики характеру харчової поведінки у дівчат підліткового віку нами було застосовано Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ).

Результати дослідження представлені у таблицях.

Таблиця 1

**Розподіл респондентів за «Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ)»**

Тип харчової поведінки	Наявність розладу		Норма	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
	68	53	60	47
Обмежуваний	21	31		
Емоціогенний	29	43		
Екстернальний	18	26		

Як можна побачити з табл. 1, у 53% підлітків діагностовано наявність розладу харчової поведінки. Більшість дівчаток 43% мають емоціогенний тип харчової поведінки – вони вживають їжу під впливом емоцій, намагаючись таким чином

змінити свій психічний стан. У 31% респонденток виражений обмежувальний тип харчової поведінки, який проявляється в періодичному дотриманні дієт з метою запобігти набору ваги або схуднути. Також виражений екстернальний тип харчового розладу: 26% дівчат звертають увагу більше на зовнішні подразники, ніж на власні відчуття голоду та насичення.

Далі ми працювали лише з підлітками, які мали порушення харчової поведінки (68 респондентів). Для діагностики психологічних особливостей підлітків, що можуть обумовлювати порушення ХП ми використовували Шкалу самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE).

Таблиця 2

Шкала самооцінки	Кількість	%
Високий рівень	15	22
Середній рівень	29	43
Низький рівень	24	35

Як видно з табл. 2, що у 22% дівчаток діагностовано високий рівень самооцінки, це означає, що вони впевнені в собі, їм притаманна активність та ініціативність, вони здатні адекватно сприймати критику та не занадто болісно реагувати на невдачі, цінують себе, можуть відстоювати власні інтереси та потреби.

У більшості (43%) дівчат виявлена середня самооцінка. Ці дані вказують на адекватну оцінку своїх сильних й слабких сторін, без надмірної критики чи перебільшення. Вони можуть почуватися впевнено серед знайомих людей, але відчувати невпевненість серед нової компанії, через проблеми з вагою і відходити на другий план.

35% дівчат має низьку самооцінку, вони відчують недостатню симпатію та цікавість до себе, нерозуміння себе та невіру у свої сили та здібності. Постійно порівнюють себе з іншими, часто вважають, що інші кращі або більш успішні, що може бути обумовлене зайвою вагою респонденток.

Отже, ми бачимо, що в більшості дівчат самоставлення знаходяться на середньому рівні, проте у частини респонденток діагностовано низькі показники, що потребує психологічної допомоги.

За методикою суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона ми отримали наступні результати (табл. 3).

Результати дослідження вказують, що майже половина респонденток має середній рівень переживання самотності, тоді як 25% вказали на значну самотність. У 28% рівень самотності низький.

Таблиця 3  
**Результати дослідження за «Методикою  
 суб'єктивного відчуття самотності  
 Д. Рассела, М. Фергюсона»**

Шкала відчуття самотності	Кількість	%
Високий рівень	17	25
Середній рівень	32	47
Низький рівень	19	28

Самотність – це досить важкий та неприємний емоційний стан, що може супроводжуватись переживанням власної ізольованості, непотрібності та розриву зі світом. Тому високий рівень самотності, який ми діагностували у 25% дівчат, свідчить про те, що вони переживають через недостатність друзів, підтримки з боку інших, відчувають дефіцит спілкування та почувають себе нещасними. У бесіді з цими дівчатами ми з'ясували, що причиною цього вони вважають «дефекти їх фігури».

В результаті діагностики рівня психологічного стресу за допомогою «Шкали психологічного стресу PSM-25» були отримані такі результати.

Таблиця 4  
**Розподіл респонденток за «Шкалою  
 психологічного стресу PSM-25»**

Рівень психологічного стресу	Кількість	%
Високий рівень	18	26
Середній рівень	34	50
Низький рівень	16	24

Як бачимо з табл. 4, у 50% дівчат середній рівень психологічного стресу, у 26% – високий та у 24% – низький рівень, що говорить за наявність їх психологічної адаптованості до викликів оточення, вони не знаходяться у стані психічного напруження. Але 26% дівчат відчувають психічний дискомфорт та прояви дезадаптації, що вказує на необхідність зниження нервово-психічного напруження та зміни способу життя.

**Висновки.** Аналіз наукових робіт в цілому засвідчив важливість обраної теми дослідження, тому що з кожним роком в Україні повільно, але неухильно зростає кількість людей із різноманітними варіантами РХП. І якщо проблема ожиріння досліджена досить глибоко, то цього, на жаль, не можна

сказати про нервову анорексію і булімію, які хоч і менш поширені, але їх наслідки можуть бути набагато серйознішими. Зазначено, що масштаби і темпи поширення РХП загрожують фізичному й моральному здоров'ю підростаючого покоління та соціальній стабільності українського суспільства.

При аналізі літературних першоджерел звертає увагу насамперед те, що якщо медична складова всіх чотирьох розладів достатньо чітко визначена, то психологічна феноменологія не дає цілісної картини: відсутні спільні функціональні ланки, практично не виділені психологічні патологічні стигмати, які були б дефінітивними для діагностики різних форм РХП.

Визначено, що усі форми РХП завдають часом непоправної шкоди здоров'ю і навіть життю. Тому дуже важливо побачити проблему саме на рівні «проблеми», до того як почнеться її реалізація у хворобу.

Доповнено знання про РХП у дівчат підліткового віку. В ході експериментального дослідження проблеми було встановлено, що у дівчат-підлітків наявні усі типи харчової поведінки (емоціогенний, обмежувальний, екстернальний). Виявлено, що порушення харчової поведінки впливає на рівень психологічного стресу, самотності, відчуття самотності.

Також з'ясовано, що при порушенні харчової поведінки рідше фіксується гіпертимність, частіше спостерігається нейротизм, тривожність, лабільність, сензитивність, демонстративність поведінки, а невпевненість в собі переноситься на фізичний «Образ-Я», і виникає гостра необхідність компенсувати свою «уявну потворність». Можна припустити, що такі прояви самотності можуть стати спусковим гачком для розвитку РХП як неадаптивної пошукової поведінки і прагнення бути успішною людиною. Таким дівчатам часто здається, що усі звертають увагу на дефекти їх фігури, вони не приймають себе такими, як є, і тому роблять спроби що-небудь змінити, і у разі концентрації на фізичному «Образі-Я», ареною «випробувань» стають харчування і фігура.

**Перспективи подальшого дослідження** полягають в необхідності фундаментального емпіричного дослідження проблеми харчової поведінки в українському суспільстві.

#### Список літератури:

1. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки. Харків: «Смугаста типографія», 2017. 181 с.
2. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Зб. наук. праць «Проблеми сучасної психології»*. 2019. № 25. С. 28–35. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-25.%p>

3. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І. Огієнка*. К.-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч. 2. С. 56–70.
4. Рахубовська Х.Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 44. С. 184–191.
5. Baker J., Runfola C. Eating disorders in midlife women: a perimenopausal eating disorder? *Maturitas*. 2016. Vol. 85. P. 112–118.
6. The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) URL: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/eating-disorderexamination-questionnaire-edeq/>

**Tereshchenko L.A., Moizrist O.M. PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT GIRLS WITH EATING DISORDERS.**

*The article emphasizes that an increasing number of people suffer from excess body weight and overeating, on the other hand, more and more dietary restrictions, sometimes completely unrelated to the real weight and shape of the body, are taking on the character of a pandemic. This problem is especially acute in teenage children. That is why a school psychologist needs to understand this problem, because psychotherapists, as a rule, start working with a child who already has a developed picture of the disease, and a school psychologist (or a teacher) may be the first to see the danger of the development of a disorder eating behavior.*

*The aim is to analyze scientific sources related to the problem of eating disorders and their factors at the theoretical level; at the experimental level, to diagnose the types of eating behavior in adolescent girls, to investigate the relationship between the psychological characteristics of adolescents and their eating behavior disorders.*

*Methods. To achieve the goal, we used the analysis, generalization, systematization of scientific sources, as well as data collection through interviews and surveys: the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ); Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE; the method of subjective feeling of loneliness by D. Russell, M. Ferguson; Psychological stress scale PSM-25 Lemyr-Tessier-Fillion (Lemyr-Tessier-Fillion). 68 girls aged 15 to 17 took part in the experiment.*

*The results. According to the results of the experimental study, it was established that teenage girls have all types of eating behavior (emotionogenic, restrictive, external). It has been found that eating disorders in adolescents affect the level of psychological stress, self-esteem, and feelings of loneliness.*

*Conclusions. The types of eating disorders in adolescent girls were analyzed. The relationship between eating disorders in adolescent girls and their psychological characteristics has been established.*

**Key words:** eating behavior disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, binge-eating disorder (“overeating”).