

**Міністерство освіти і науки України**  
**Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія**  
**Кондратюка» Факультет філології, психології та педагогіки**

**Кафедра психології та педагогіки**  
Спеціальність 053 «Психологія»  
Очна форма навчання 2 курс другого (магістерського) рівня вищої освіти

**КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**  
**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ**  
**ПОВЕДІНКИ В ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ»**

Виконала студентка гр. 601-ФП  
\_\_\_\_\_.2025 р.  
Гаврилко Марина Петрівна

Керівник кваліфікаційної  
роботи  
\_\_\_\_\_.2025 р.  
д. пед. н., професор  
Тур Оксана Миколаївна

Робота допущена до захисту:  
Завідувачка кафедри психології та педагогіки Клевака Л.П.  
\_\_\_\_\_.2025 р. \_\_\_\_\_(підпис)

Полтава 2025

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ</b>	
1.1 Загальна психологічна характеристика підліткового віку .....	9
1.2. Особливості розладів харчової поведінки .....	13
1.3. Поняття про образ тіла в психології .....	17
1.4. Особливості формування харчової поведінки у дівчат-підлітків .....	25
<b>Висновки до першого розділу</b> .....	<b>28</b>
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ</b>	
2.1 Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження.....	31
2.2 «Тест-опитувальник самоствавлення» (В. Століна, С. Пантелеєва).....	32
2.3.«Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха.....	34
2.4.«Опитувальник харчових переваг -26» (D.M.Garner, EAT-26).....	35
2.5.«Голландський опитувальник харчової поведінки» DEBQ.....	36
<b>Висновки до другого розділу</b> .....	<b>38</b>
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
3.1. Організація емпіричного дослідження.....	40
3.2. Описові статистичні відмінності у самоприйнятті, самооцінці та харчовій поведінці дівчат підліткового віку.....	42
3.3. Кореляційні зв'язки між образом тіла, самоствавленням та харчовою поведінкою.....	51
3.4. Факторний аналіз взаємозв'язків образу власного тіла та харчової поведінки.....	67
3.5. Множинні лінійні регресії моделі утворення розладу харчової поведінки.....	74
3.6. Практичні рекомендації щодо запобігання розладам харчової поведінки та негативному образу тіла в естетичному спорті.....	80
<b>Висновки до третього розділу</b> .....	<b>81</b>
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	<b>84</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	<b>87</b>
<b>ДОДАТКИ</b> .....	<b>95</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми** психологічних особливостей харчової поведінки у дівчат-підлітків продиктована сукупністю критичних сучасних викликів, що перетинаються на перехресті психічного, фізичного та соціального здоров'я молодого покоління. Ця тема набуває особливої гостроти на тлі епідемії розладів харчової поведінки, яка дедалі частіше торкається саме підлітків, причому дівчата знаходяться в групі найвищого ризику. Поточна тенденція до «омолодження» таких станів, коли проблеми зароджуються у все раннішому віці, безпосередньо вказує на необхідність глибокого наукового поглиблення саме в період раннього та середнього підліткового віку.

Підґрунтям для виникнення порушень служать унікальні психологічні особливості цього періоду життя: крихка самооцінка, формування ідентичності, посилена емоційна чутливість та схильність до перфекціонізму. У поєднанні з потужним соціокультурним тиском – впливом нереалістичних стандартів краси з медіа та соціальних мереж, коментарів щодо зовнішності в колі однолітків та іноді в сімейному колі – харчування може перетворитися з фізіологічної потреби на засіб контролю, самопокарання або емоційного регулювання. Тому вивчення зв'язку між тривогою, образом власного тіла, соціальним середовищем і повсякденними харчовими виборами є ключем до розуміння механізмів формування як нормативної, так і деструктивної поведінки.

Важливість таких досліджень також обумовлена їхнім практичним виміром та довгостроковими наслідками. Харчова поведінка, закладена в підлітковому віці, має прямий вплив не лише на актуальний стан здоров'я, але й на ризик розвитку серйозних соматичних ускладнень у дорослому житті, від остеопорозу до ендокринних порушень. Раннє виявлення психологічних передумов дозволяє вчасно втручатися, що значно ефективніше та гуманніше, ніж лікування вже сформованих розладів. Особливої уваги заслуговує необхідність розвитку саме вітчизняної наукової бази, оскільки культурний контекст, традиції харчування та соціальні реалії України формують унікальне середовище, в якому функціонують підлітки. Адаптація міжнародних знань і створення цільових

програм профілактики, діагностики та підтримки для шкіл, сімей та медичних установ є не тільки науковим, але й соціально значущим завданням, спрямованим на збереження психофізіологічного благополуччя майбутніх поколінь.

**Теоретико-методологічна основа дослідження психологічних особливостей харчової поведінки у дівчат-підлітків.** Теоретичним стрижнем дослідження є біопсихосоціальна модель Джорджа Енджела (George L. Engel), яка зобов'язує розглядати харчову поведінку як феномен, що народжується на перетині біології дорослішання, психічних конфліктів та соціальних вимог. Ця комплексна парадигма знаходить свою конкретизацію в низці спеціальних теорій. Зокрема, соціокультурна теорія, розвинена в працях П.Ф. Слейда (P. F. Slade) та сучасних дослідників, таких як Еріка Штрак (Erica Struck) та Крістін Грош (Kristin Groesz), пояснює, як медійні стандарти тіла інтерналізуються підлітками. Безпосереднім механізмом цього процесу слугує теорія об'єктифікації Барбари Фредріксон та Томі-Енн Робертс (Barbara Fredrickson, Tomi-Ann Roberts), яка розкриває феномен «нагляду за тілом» як джерело тривоги та дисморфічних переживань.

Для аналізу внутрішніх, особистісних механізмів неадаптивної поведінки ключовим стає когнітивно-поведінковий підхід, започаткований Ароном Беком (Aaron T. Beck) та знайшовший своє застосування в терапії розладів харчування у роботах Крістофера Ферфберна (Christopher G. Fairburn). Він дозволяє простежити ланцюжок від дисфункційних когніцій (наприклад, «катастрофізації» наслідків вживання їжі) через емоційні стани до конкретних поведінкових паттернів. Щоб системно впорядкувати всі рівні впливу на підлітка, від сім'ї до глобальних медіа, застосовується екосистемна теорія розвитку Урі Бронфенбреннера (Urie Bronfenbrenner). Вона структурує середовище на мікро-, мезо-, екзо-, макро- та хроносистеми, надаючи чітку схему для аналізу соціальних детермінант.

Методологічна реалізація цих теорій спирається на низку фундаментальних принципів. Принцип системності, розвинений у роботах

Бориса Ломова та інших представників системного підходу в психології, вимагає розглядати об'єкт як цілісність. Принцип розвитку, центральний для онтогенетичних досліджень Льва Виготського та його послідовників, наголошує на динамічному та перехідному характері підліткового періоду. Розуміння ролі неусвідомлених мотивів відповідає принципу єдності свідомого та несвідомого, що сягає корінням у теорію Зигмунда Фрейда та сучасні концепції імпліцитних процесів. Необхідність об'єднання зусиль різних дисциплін – психології, медицини, соціології – реалізується через міждисциплінарний принцип. Весь науковий пошук нерозривно пов'язаний з дотриманням найвищих етичних принципів наукової роботи з неповнолітніми, закріплених у Хельсинкській декларації та міжнародних протоколах, що передбачають обов'язкову інформовану згоду батьків та самих учасниць.

Формування теоретичної бази дослідження ґрунтувалося на аналізі праць як вітчизняних, так і зарубіжних учених. Питання образу тіла та харчової поведінки в спорті досліджували, зокрема, американський психолог Рой Томпсон та українська дослідниця Т.О. Нечитайло (у контексті підліткового віку). Вагомий внесок у вивчення Я-концепції та становлення особистості дітей та підлітків зробили українські психологи О.Л. Кононко, С.Д. Максименко та М.В. Савчин.

Окрему категорію становлять роботи зарубіжних науковців (Дж. Кнапп, К. Саманти, Т. Ніссенбаум, Г.А. Сільвері, Х. Шарп, Х. Стойел та ін.), які спеціалізуються на дослідженні розладів харчової поведінки, депресивних станів, а також взаємозв'язку образу тіла та самооцінки у спортсменів різних видів спорту та рівнів майстерності. Ці дослідження заклали основу для розуміння специфіки проблематики в професійному спортивному середовищі.

Отже, запропонована теоретико-методологічна основа, інтегруючи класичні та сучасні концепції, формує міцний фундамент для багаторівневого аналізу. Вона забезпечує можливість не лише описати прояви, а й зрозуміти глибинні причинно-наслідкові зв'язки у формуванні харчової поведінки дівчат-підлітків, що є критично важливим для розробки ефективних, науково

обґрунтованих програм психологічної допомоги та профілактики.

На базі робіт цих та інших вчених ми і будемо наше дослідження.

**Об'єкт дослідження:** образ харчова поведінка підлітків.

**Предмет дослідження:** особливості харчової поведінки у дівчат-підлітків.

**Мета:** визначити особливості харчової поведінки та образу тіла у дівчат-підлітків, що займаються естетичними видами спорту.

**Завдання дослідження.** Відповідно до поданої структури магістерської роботи, її змісту та логіки теоретико-емпіричного дослідження, доцільно сформулювати такі три основні завдання магістерської роботи:

- теоретично проаналізувати психологічні засади формування харчової поведінки у дівчат-підлітків, зокрема розкрити загальні психологічні особливості підліткового віку, охарактеризувати розлади харчової поведінки, дослідити поняття образу тіла в сучасній психології та визначити специфіку формування харчової поведінки у дівчат у підлітковому періоді;
- обґрунтувати методичне забезпечення емпіричного дослідження харчової поведінки у дівчат-підлітків, визначити цілі, завдання та організацію дослідження, а також проаналізувати можливості психодіагностичних методик для вивчення самоставлення, образу власного тіла та особливостей харчової поведінки;
- емпірично дослідити взаємозв'язок між образом тіла, самоставленням і харчовою поведінкою дівчат-підлітків, здійснити статистичний аналіз отриманих даних (описовий, кореляційний, факторний і регресійний), інтерпретувати результати та розробити практичні рекомендації щодо профілактики розладів харчової поведінки й формування позитивного образу тіла.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукової літератури, тестування, опитування, узагальнення, інтерпретація, психодіагностичні методики та методи математичної статистики; дослідження проводилося за допомогою психодіагностичних методик: «Тест-опитувальник самоставлення»

(В. Століна, С. Пантелєєва); «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха; «Опитувальник харчових переваг -26» (D.M.Garner, EAT-26); «Голландський опитувальник харчової поведінки» DEBQ.

У дослідженні використано комплекс методів математичної статистики. Для опису даних – середні значення та стандартне відхилення. Для порівняння груп застосовано t-критерій Стьюдента. Зв'язки між змінними досліджено за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена. Структуру взаємозв'язків вивчено через експлораторний факторний аналіз з паралельним аналізом і косим обертанням. Прогностичну модель побудовано за допомогою множинної лінійної регресії, що визначила ключові чинники ризику розладів харчової поведінки для кожної групи.

**Гіпотеза дослідження** полягає в тому, що харчова поведінка дівчат-підлітків є психологічно детермінованою і суттєво пов'язана з особливостями образу власного тіла та самоствавлення; при цьому негативний образ тіла та знижене самоствавлення асоціюються з підвищеним ризиком формування дезадаптивних форм харчової поведінки, особливо у дівчат, які займаються естетичними видами спорту.

**Емпірична база:** у дослідженні брали участь 92 дівчат-підлітків 12-15 років, що займаються естетичними видами спорту та контрольна група – дівчата-підлітки 12-15 років, що займаються іншими видами спорту, чи не займаються спортом взагалі. Дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Полтавський палац дитячої та юнацької творчості» Полтавської міської ради упродовж осені 2025 року.

**Теоретичне значення** дослідження полягає в поглибленні наукових знань у галузі психології розвитку та клінічної психології шляхом аналізу механізмів формування і проявів розладів харчової поведінки у найбільш уразливій групі – дівчатах-підлітках. Воно сприяє систематизації понять, уточнюючи межі між нормою та патологією в підлітковому віці, та розвиває теоретичні моделі, що пов'язують образ тіла, самооцінку, соціальний вплив і

симптоми розладів. Крім того, робота розвиває методологічну базу вітчизняної психології через комплексне застосування та адаптацію діагностичного інструментарію.

**Практичне значення** дослідження є багатоплановим. По-перше, його результати лягають в основу розроблення програм ранньої профілактики та виявлення ризикованої поведінки в школах, спортивних секціях та молодіжних центрах. По-друге, виявлені психологічні особливості дозволяють удосконалити методи психокорекції та терапії, роблячи їх більш цільовими та ефективними для допомоги підліткам. По-третє, отримані дані можуть бути використані для просвітницької роботи серед батьків, педагогів і тренерів, допомагаючи їм розпізнавати тривожні сигнали та будувати здорові взаємини з підлітками. Особливу актуальність це має для сфери естетичного спорту, де можна спрямувати висновки на створення етичних стандартів та системи психологічного супроводу, що балансує між спортивними вимогами та збереженням психофізичного здоров'я юних спортсменок.

Отже, робота має як наукову цінність для розвитку теорії, так і безпосередню практичну спрямованість на покращення психологічного благополуччя та якості допомоги дівчатам-підліткам.

**Структура роботи.** Робота складається із трьох розділів, вступу, висновків, списку використаної літератури, яка містить 90 найменувань, із них – 12 англомовні.

## **РОЗДІЛ I**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ**

Розділ присвячено теоретичному аналізу ключових понять дослідження. У ньому розглядаються психологічні особливості підліткового віку як періоду підвищеної вразливості, надається огляд основних розладів харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання) та їх клінічних проявів. Окрема увага приділена концепції образу тіла – його структурі, функціям та механізмам формування в підлітковому віці. Розділ завершується аналізом специфіки та чинників формування харчової поведінки саме у дівчат-підлітків, що закладає теоретичну базу для емпіричного дослідження.

#### **1.1. Загальна психологічна характеристика підліткового віку**

Підлітковий період є складним і багатовимірним етапом розвитку, що позначає поступовий перехід від дитинства до дорослого життя. Він супроводжується інтенсивними трансформаціями у фізичній, психологічній та соціальній сферах, завдяки чому набуває особливої значущості. Зазвичай пубертат триває близько трьох–чотирьох років і характеризується комплексом фізіологічних, емоційних та поведінкових змін.

У цей час дівчата проходять через стрімкий фізичний розвиток: організм активно перебудовується, змінюється зовнішній вигляд та функціонування внутрішніх систем.

Основні зміни, які супроводжують підлітковий вік: внутрішні органи – спершу відбувається дозрівання внутрішніх систем, що готують тіло до репродуктивної функції; зовнішні пропорції для дівчат характерне розширення таза при стабільній ширині плечей, що формує жіночу конституцію; розвиток м'язової та жирової тканини – паралельно зі скелетним ростом посилюється розвиток м'язів і жирових відкладень, що надає тілу більш виразних контурів; вторинні статеві ознаки – виникають ознаки, притаманні певній статі: у дівчат формується грудна залоза, починає рости волосся на лобку, відбувається перша менструація [5, с. 50].

Статеве дозрівання супроводжується підвищеною гормональною активністю, що впливає на фізичну, емоційну та поведінкову сфери. У цей час формуються засади сексуальної поведінки, гендерної ідентифікації, а також уявлення про себе, що визначає спілкування та соціальну адаптацію. До завершення підліткового віку основні структурні й функціональні процеси мозку стабілізуються, а тіло набуває майже дорослих параметрів, що означає досягнення фізичної зрілості.

Варто враховувати, що розвиток різних систем організму відбувається нерівномірно. Інтенсивний ріст тіла може тимчасово спричиняти розбалансованість у поведінці, оскільки розвиток серцево-судинної та дихальної систем іноді відстає від темпів соматичного зростання.

Фізичні зміни тісно переплітаються з психологічними процесами. Так звана «криза 13 років» виникає через руйнування попередніх дитячих способів самосприйняття, які перестають відповідати новому рівню розвитку.

Основні чинники цієї кризи пов'язані з: прагненням підлітків до нових, рівноправних форм взаємодії з батьками й педагогами, що відображає їхнє бажання утвердити власну дорослість; змінами в поведінці, прямо зумовленими статевим дозріванням [11, с. 213].

Сутність підліткової кризи полягає не лише у помітних зовнішніх реакціях, а й у глибоких внутрішніх перетвореннях, що охоплюють увесь хід психічного розвитку та впливають на становлення особистості.

У підлітковому віці проявляється ціла низка характерних особливостей, зумовлених інтенсивними змінами в емоційній, когнітивній та соціальній сферах. На цьому етапі можуть спостерігатися труднощі з навчанням: діти, які раніше легко засвоювали матеріал, інколи починають демонструвати зниження успішності. Це пов'язано зі зміною способів мислення – перехід від конкретних форм до абстрактних вимог навчання може створювати тимчасові когнітивні труднощі.

У стосунках підлітків із близькими людьми нерідко з'являється дистанціювання. Вони можуть ставати стриманішими, уникати звичних контактів, бути дратівливими або схильними до суперечок і порушення дисципліни. Такі

поведінкові зміни часто відображають внутрішні переживання, зокрема напруження, невдоволення собою чи оточенням. Прагнення до самотності в цьому віці часто свідчить про активну внутрішню роботу над власним «Я» [10, с. 200].

Стрімкі фізичні та психологічні зміни задають основу нових особистісних утворень, центральним із яких стає самосвідомість. Підліток починає глибше замислюватися над власними цінностями, інтересами, сильними та слабкими сторонами. Разом із цим з'являється виражене прагнення до самоствердження та незалежності: молоді люди хочуть відчувати себе дорослими й виявляють це у зміні стилю одягу, ставлення до навчання, самопрезентації, а також у зацікавленні романтичними стосунками [47, с. 128].

Соціальна ситуація розвитку істотно змінюється. Взаємодія з однолітками починає відігравати провідну роль: саме серед ровесників підлітки шукають підтримку, визнання та можливість поділитися своїми почуттями. Хоча навчання залишається важливим, воно поступається місцем ширшому спектру соціальних інтересів. Спілкування виходить за межі шкільних обговорень і включає особисті теми, майбутні плани та життєві орієнтири.

Підлітки стають більш чутливими до оцінок, які отримують у навчальній діяльності, тому схвалення або критика значно впливають на їхню самооцінку.

Соціальні контакти з ровесниками мають низку характерних рис. Пошук визнання в групі є одним із провідних мотивів поведінки. Спілкування розширюється, охоплюючи нові інтереси й діяльність поза школою, набуває самостійної цінності та інколи відсуває на другий план родинні стосунки або навчальні вимоги. Невдалі взаємини з однолітками можуть негативно позначатися на поведінці й академічних результатах [50, с. 25].

Особистісні якості, такі як чесність, сміливість чи ерудиція, стають критеріями значущості в групі. Водночас зростає орієнтація на групові норми, що інколи проявляється у високій конформності – підлітки схильні приймати правила та авторитети групи без критичного ставлення. З'являється референтна група – коло значущих однолітків, погляди й оцінки яких формують стандарти поведінки та самооцінки. Пошук друзів стає емоційно насиченим процесом, який може супроводжуватися ревностями, образами чи переживанням дружньої

прихильності. Взаємний інтерес між хлопцями й дівчатами посилюється, що сприяє занепокоєнню щодо власної зовнішності та бажанню бути привабливими [28, с. 180].

Стосунки з дорослими ускладнюються. Підлітки прагнуть до рівноправної взаємодії, відхиляючи стратегію підпорядкування, що є частиною їхнього прагнення до автономії. Вони очікують на повагу й довіру, що інколи призводить до непорозумінь, конфліктів і протестної поведінки, якщо дорослі не встигають адаптувати спосіб взаємодії до нових потреб дитини.

Важливо, що характер взаємодії з дорослими істотно впливає на самооцінку підлітка: вона потребує підтримки й довіри, адже саме в цей період формується здатність оцінювати себе й своє місце у світі.

Психологічні особливості виховання в підлітковому віці передбачають формування нових підходів до навчання та розвитку. Молодь починає переходити до таких способів навчання, які дозволяють відчувати себе більш самостійними й дорослими, тому дедалі частіше обирає індивідуальні форми пізнання.

Мотивація до навчання також трансформується: з'являються прагнення здобути якісну освіту, забезпечити майбутню професійну реалізацію, самоствердитися, розвивати власні здібності, а також відповідати очікуванням батьків [5, с. 49].

Знання поступово стають самостійною цінністю й можуть підсилювати статус підлітка серед ровесників. Це стимулює його більше покладатися на власні пошуки інформації. Водночас засвоєння шкільного матеріалу інколи супроводжується напруженням, адже комусь навчання дається легко, а хтось обирає поглиблене вивчення лише окремих предметів.

У цей період помітно розширюються можливості пам'яті: зміцнюється логічна й змістова пам'ять, зростає кількість використовуваних прийомів запам'ятовування. Органи чуття працюють ефективніше, розвивається абстрактне й понятійне мислення, з'являється здатність висувати гіпотези та проводити уявні експерименти.

Уява підлітків також зазнає суттєвих змін: вона стає свідомішою, багатшою, охоплює не лише образи предметів, але й ситуацій. Мрії займають важливе місце

у внутрішньому світі, допомагаючи створювати уявлення про бажане майбутнє. Помітно зростає рівень розвитку уваги й мовлення, що пояснює активність підлітків у різних видах діяльності, включно з громадськими ініціативами [18, с. 188].

Мова підлітків проходить кілька стадій розвитку. Вона перетворюється на головний засіб встановлення контактів, стає інструментом пізнання та творчості, а також об'єктом дослідження під час вивчення граматики й мовних закономірностей.

Змінюється мовна експресивність: зростає емоційність, посилюється прагнення вирізнятися через мову. Поступово формується естетичне сприйняття художнього слова, зростає інтерес до літератури. Словниковий запас розширюється, зменшується кількість повторів, удосконалюються навички письмового висловлювання [19, с. 40].

Особистісний розвиток підлітка набуває особливої динаміки. Зростає бажання бути сприйнятим як доросла людина, посилюється увага до соціальних норм і моделей поведінки. Підлітки прагнуть незалежності, хоча водночас гостро потребують підтримки, розуміння й поваги. Вони починають визначати власні цілі, обирати шляхи їх досягнення, хоча інколи діють імпульсивно. Розвиваються самосвідомість, самоаналіз, інтерес до інших людей, здатність ділитися власними почуттями. Поступово формується вольова сфера – наполегливість, рішучість, самоконтроль. Емоції стають виразнішими, особливо у взаємодії з однолітками. У цей час визначаються стійкі інтереси, намічаються життєві орієнтири. Розуміння цих змін дає змогу дорослим налагоджувати ефективний діалог із підлітками та допомагати їм у становленні.

## **1.2. Особливості розладів харчової поведінки**

Харчова поведінка охоплює всі звички, пов'язані з прийомом їжі: режим харчування, вибір продуктів і загальні особливості споживання їжі. У межах порушень харчової поведінки виділяють три найпоширеніші форми: орієнтацію на зовнішні подразники, емоційне харчування та моделі, пов'язані з жорсткими

обмеженнями.

Екстернальна харчова поведінка характеризується тим, що людина реагує переважно на зовнішні стимули – вигляд їжі, запахи, рекламу – а не на природне відчуття голоду. Доступність їжі значною мірою впливає на кількість її споживання. Для тих, хто має зайву вагу, така поведінка може бути більш вираженою, адже відчуття ситості формується повільніше й нерідко асоціюється з надмірним наповненням шлунка.

Емоційна харчова поведінка передбачає вживання їжі як спосіб реагування на емоції, а не на фізіологічну потребу. Це може відбуватися під впливом стресу, нудьги, хвилювання, самотності чи інших емоційних станів. Часто це супроводжується швидким прийомом їжі, тягінням до солодощів або висококалорійних продуктів, труднощами з контролем порцій та появою неприємних переживань після таких епізодів.

Такі моделі можуть впливати на самопочуття й емоційний стан, погіршуючи настрій та спричиняючи невдоволення собою. Розуміння механізмів емоційного харчування є важливим для розвитку більш уважного та здорового ставлення до власних потреб і почуттів [21, с. 91].

Стресові події можуть істотно впливати на емоційні аспекти харчової поведінки людини. До ситуацій, що найчастіше провокують зміни в харчуванні, належать:

1. Втрата значущої особи – смерть або тяжка хвороба члена родини чи близької людини.
2. Зрада партнера – переживання факту невірності.
3. Розірвання стосунків – період розлучення або завершення важливих взаємин.
4. Навчальна діяльність – підготовка до важливих іспитів або переживання через невдачу.
5. Очікування значущої події – підготовка до подій, що викликають сумніви щодо успішного результату.
6. Конфлікти із оточенням – загострення суперечностей у сім'ї, на роботі чи в інших соціальних сферах.

7. Внутрішні переживання та комплекси – невдоволення собою, відчуття неуспішності чи занижена самооцінка.

Однією з поширених реакцій на стрес є компульсивне переїдання – неконтрольоване споживання їжі, часто у великих кількостях і за відсутності фізичного голоду. Інша форма – нічне переїдання, коли основна частина калорій споживається у вечірній чи нічний час, що порушує природний режим харчування [23, с. 87].

Обмежувальна харчова поведінка (ОХП) – це модель харчування, за якої людина свідомо, але надмірно обмежує кількість або види продуктів. Такий стиль харчування часто супроводжується незбалансованістю раціону, дефіцитом поживних речовин і погіршенням фізичного та психічного стану [21, с. 97].

Основні прояви ОХП:

- суттєве зменшення кількості їжі;
- виключення цілих груп продуктів (жири, солодощі, вуглеводи);
- нав'язливий контроль за харчуванням, підрахунок калорій;
- страх збільшення ваги;
- використання фізичних навантажень як способу «компенсувати»

з'їдене [14, с. 67].

Причини формування ОХП мають багаторівневий характер.

Психологічні чинники включають низьку самооцінку, прагнення до ідеальності, прагнення контролювати зовнішність як спосіб здобути впевненість.

Травматичний досвід може також спричиняти формування обмежувальної поведінки. Йдеться як про значущі травми (насильство, втрати, тяжкі хвороби), так і про дитячі психологічні травми, що залишають довготривалий емоційний слід.

Соціальні та середовищні чинники охоплюють тиск культури худорлявості, вплив однолітків, а також специфічні професійні вимоги – наприклад, у спорті, моделюванні, балеті.

Особистісні особливості, як-от високий рівень самоконтролю чи постійна

невпевненість у собі, теж можуть сприяти жорстким обмеженням у харчуванні.

Медичні фактори включають хронічні захворювання або медикаментозні впливи, які змінюють апетит чи ставлення людини до їжі.

Наслідки ОХП охоплюють дефіцит поживних речовин, погіршення фізичного здоров'я (запаморочення, порушення травлення, випадіння волосся), емоційні проблеми (депресія, тривога), а також соціальну ізоляцію через уникнення ситуацій, пов'язаних із харчуванням [29, с. 178].

Їжа має значне соціокультурне значення, оскільки з раннього дитинства включена у процеси взаємодії, формування традицій, святкувань і розвитку соціальних зв'язків. Харчові практики відображають культурну, релігійну та сімейну ідентичність [23, с. 78].

Розлади харчової поведінки (РПХ) – це психічні стани, що пов'язані зі сприйняттям власного тіла та контролем харчування. До них належать нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання.

Нервова анорексія супроводжується різким зменшенням прийому їжі та зниженням маси тіла, інколи до небезпечного рівня.

Нервова булімія проявляється періодами надмірного споживання їжі, після яких людина намагається «позбутися» їжі за допомогою блювання, проносних чи надмірних фізичних навантажень.

Компульсивне переїдання – це розлад, що характеризується епізодами швидкого й інтенсивного прийому їжі без фізичного голоду та відчуття контролю.

У класифікації DSM-IV та DSM-V (четверте та п'яте видання Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів) для цього розладу визначено критерії, серед яких: дуже швидке споживання їжі, переїдання до дискомфорту, поїдання їжі наодинці, відчуття провини чи депресії після епізоду, висока частота таких епізодів [12, с. 240].

Компульсивне переїдання подібне до булімії, однак не супроводжується поведінкою «очищення». Його частота зростає зі збільшенням ваги, а серед осіб з ожирінням зустрічається найчастіше.

Синдром нічного переїдання включає відсутність апетиту вранці, значне

споживання їжі ввечері, порушення сну і типово спостерігається у осіб, схильних до депресивних станів.

На відміну від людей із компульсивним переїданням, пацієнти з анорексією та булімією часто намагаються приховувати свою поведінку, застосовують різні методи зменшення ваги, уникають їжі, вдаються до надмірних фізичних навантажень. Це може призводити до різкого виснаження організму та тяжких соматичних наслідків.

Соціальна гіпотеза розглядає вплив суспільних стандартів краси на розвиток розладів харчової поведінки. У культурі фіксується ідеал худорлявості, що асоціюється з успішністю, тоді як надлишкова вага – з лінню або невдачею. Такі уявлення особливо впливають на дівчат-підлітків, які найчастіше стають групою ризику.

Підлітки, особливо дівчата, гостро реагують на коментарі щодо зовнішності. Це може спричиняти дисморфофобічні переживання та формувати патологічні способи контролю ваги.

Попри значний соціальний тиск, далеко не всі люди, які критично ставляться до власної зовнішності, мають РХП – отже, вирішальну роль відіграє комбінація соціальних, психологічних та індивідуальних чинників.

Дослідження свідчать, що у людей із ожирінням часто наявні підвищені рівні стресу, особистісної тривожності та специфічні механізми психологічного захисту, зокрема тенденція до надкомпенсації. Такі особливості роблять їх більш вразливими до дистресу та ускладнюють емоційне реагування [32, с. 79].

Розлади харчової поведінки демонструють нерозривний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям: порушення у сфері харчування неминуче впливають на соматичний стан.

### **1.3. Поняття про образ тіла в психології**

Упродовж підліткового віку дитина проходить інтенсивний фізичний, моральний, інтелектуальний і соціальний розвиток. Уже близько восьми десятиліть тривають наукові дискусії щодо того, які чинники – біологічні чи

соціальні – мають визначальний вплив на становлення підлітка. Представники біогенного підходу, зокрема Стенлі Холл [17, с. 125] та З. Фройд [18, с. 189], вважають підліткову кризу природним етапом розвитку, пов'язаним із біологічними змінами, насамперед процесами статевого дозрівання. У психоаналітичному підході наголошується, що цей період супроводжується активним розвитком репродуктивної системи та появою вторинних статевих ознак.

З. Фройд стверджував, що підлітковий період характеризується так званим «гомосексуальним етапом», коли сексуальна енергія спрямована переважно на однолітків своєї статі. У цей час підліток частіше обирає спілкування з ровесниками своєї статі, а пізніше стає відкритішим до інтересу щодо протилежної. Водночас психоаналітична теорія недостатньо враховує роль соціального середовища, недооцінюючи його вплив на формування особистості не лише в дитинстві, а й у підлітковому й дорослому віці. Саме тому послідовники Фрейда прагнули доповнити його концепцію соціальними аспектами людського розвитку.

Анна Фрейд описувала підлітковість як період дестабілізації взаємин між id, ego та superego, що може спричинити надмірну активність імпульсивних потягів. Вона вважала, що з віком ці імпульси мають бути спрямовані під контроль ego, що забезпечує реалістичну поведінку. На її думку, ранній підлітковий період є найбільш суперечливим, тоді як пізніший – більш стабільним [14, с. 66].

Ерік Еріксон [24, с. 182], представник его-психології, надавав особливого значення суспільним впливам і розглядав розвиток особистості крізь призму її «Я». Він погоджувався з Фрейдом щодо ролі внутрішніх психічних процесів, але робив акцент на взаємодії індивіда із соціумом. Науковець описав розвиток особистості як рух через низку психосоціальних стадій, на кожній з яких людина стикається з певною кризою, що потребує розв'язання. Підлітковий період у його теорії відповідає п'ятій стадії, де головним завданням стає формування власної ідентичності.

Цей етап позначений поєднанням фізичної зрілості та соціальної

незрілості. Підлітки вже мають тілесні характеристики дорослої людини, однак поки не здатні повною мірою виконувати дорослі соціальні ролі. Емоційна нестійкість, суперечливість поведінки, бажання незалежності й водночас потреба в опорі дорослих є типовими для цього віку. У ситуаціях стресу підліток може повернутися до залежної моделі поведінки, але водночас соромитися цього, що часто провокує конфлікти з батьками.

За Еріксоном, формування ідентичності – центральна проблема підліткової доби. Підліток шукає відповідь на питання «Хто я?» у фізичному, соціальному, професійному, духовному та інших вимірах. Учений підкреслював важливість «психосоціального мораторію» – часу, коли молода людина може досліджувати різні можливості, не роблячи передчасних остаточних виборів. Якщо питання ідентичності не вирішується, виникає стан плутанини, що може проявлятися байдужістю до майбутнього.

Розвиваючи ідеї Еріксона, американський психолог Дж. Марсія [16, с 54] виокремив чотири форми розвитку ідентичності у підлітків: невизначену, визначену під впливом інших, мораторій та зрілу. Кожна з них відображає особливий спосіб подолання кризи самовизначення.

Проблеми взаємин підлітка та дорослого яскраво проілюстрував український педагог Василь Сухомлинський. У створеному ним образі підлітка звучить прохання не надмірно контролювати його життя, не обмежувати свободу й довіряти його самостійності. Водночас юнак прагне підтримки мудрого дорослого, на якого можна опертися у складні моменти, хоча й соромиться цього бажання. Сухомлинський наголошував, що дорослий має бути не наглядачем, а другом і наставником, який допомагає молодій людині пізнати себе, зрозуміти власні здібності й знайти своє місце у світі [10, с. 200].

Підлітки схильні довіряти дорослим лише тоді, коли відчувають з їхнього боку справжню увагу й щире ставлення. Байдужість значно ранить їх, а недовіра з боку дорослих не тільки засмучує, але й може негативно позначатися на їхньому моральному та духовному розвитку. Наявність близького дорослого, якому можна довіряти, є однією з ключових умов гармонійного становлення особистості.

Біологічні зміни, що супроводжують перехід від дитинства до підліткового віку, насамперед пов'язані зі статевим дозріванням, яке впливає на роботу всього організму. Цей процес запускається змінами в ендокринній системі: активізується гіпофіз, що стимулює ріст тканин і роботу залоз внутрішньої секреції, зокрема статевих та щитовидної. У результаті відбуваються значні фізичні й фізіологічні перетворення [9, с. 15].

Підлітковий вік також супроводжується швидким розвитком вищої нервової діяльності, адже нервова та ендокринна системи працюють у тісній взаємодії. Це зумовлює вибух енергійності, підвищену чутливість до зовнішніх впливів та схильність до емоційної нестабільності. Унаслідок цих змін можливі тимчасові ендокринні порушення – наприклад, нестабільність менструального циклу у дівчат або збої в роботі нервової системи. Це може проявлятися у вигляді дратівливості, збудливості, швидкої втомлюваності, труднощів зі сном та інших негативних емоційних реакцій.

Фізичні й психологічні зміни, пов'язані зі статевим дозріванням, стають основою формування нових рис психіки. Передусім вони сприяють усвідомленню підлітком своєї дорослості, змінюють ставлення до представників протилежної статі, спричиняють появу нових емоцій та романтичних переживань.

У перехідний період між підлітковістю та юністю поступово формується уява про себе як про особистість зі специфічними потребами, мотивами й власною статево-рольовою позицією. Статево-рольова ідентичність стає важливим компонентом самооцінки, водночас залишаючись динамічною та такою, що постійно змінюється [17, с. 38].

Варто зазначити, що нові статеві потреби, які виникають у підлітковому віці, впливають на формування моральних орієнтацій, емоційних переживань та інтересів. Отже, біологічні та соціальні чинники тісно переплітаються, створюючи внутрішні психологічні механізми, що визначають подальший розвиток міжособистісних і статевих стосунків.

Важливою складовою становлення самосвідомості є формування образу фізичного Я – уявлень про власне тіло, його привабливість, відповідність

культурним стандартам «жіночності» чи «мужності» [7, с. 219]. Підлітки починають замислюватися над тим, як вони виглядають, чи відповідають ідеалам однолітків та медійних образів. Образ власної зовнішності стає однією з центральних тем самоприйняття, оскільки саме через тілесні зміни вони вперше усвідомлюють ознаки дорослості. Часто саме зовнішність визначає їхній статус у сім'ї та серед ровесників.

Хоч зацікавлення своєю зовнішністю має тимчасовий характер, воно є нормальним і дуже значущим для підлітка. Проте будь-які критичні або знецінювальні коментарі щодо зовнішності можуть залишити глибоку психологічну травму, наслідки якої проявлятимуться навіть через багато років.

Щоб допомогти підлітку пройти цей непростий етап, дорослим важливо вибудовувати ширі, довірливі стосунки, демонструвати прийняття та емоційну підтримку. Такі взаємини знижують внутрішню напругу, формують позитивне ставлення до себе та сприяють відкриттю в підліткові цінних якостей, які він сам може не помічати.

Підлітки значною мірою формують свій образ Я, орієнтуючись на оточення, особливо на ровесників. Але рівень цієї ідентифікації залежить від когнітивної зрілості: хтось ототожнює себе з великою групою однолітків, шукаючи спільні риси, а інші, більш розвинені інтелектуально, обирають для порівняння лише окремих людей і наголошують на власній індивідуальності. У будь-якому разі ідентифікація з групою однолітків – важливий етап становлення особистісної ідентичності [11, с. 213].

Українська дослідниця Т. Нечитайло детально вивчала формування структури образу тіла в підлітковому віці. Вона вирізняє кілька етапів становлення тілесності: ситуативно-вибірковий, пролонговано-вибірковий, активно-цілісний та цілісно-саморегулюючий. У дошкільному віці діти перебувають на ситуативно-вибірковому рівні та можуть помічати окремі фізичні характеристики у конкретних ситуаціях. На пролонговано-вибірковому етапі вони вже виділяють суттєві й приховані ознаки тіла. Підлітки переходять до активно-цілісного етапу: у цей час виникають емоційні переживання та усвідомлені уявлення про свої тілесні особливості. У юності розвиток триває на

цілісно-саморегулюючому рівні, коли людина здатна глибоко й комплексно сприймати власне тіло. Хоч кожен етап має свою вікову специфіку й відіграє власну роль, формування тілесності продовжується протягом усього життя.

Т. Нечитайло визначає образ фізичного Я як багатовимірну систему, що поєднує сприймання, настанови, оцінки та уявлення про власне тіло й зовнішність (Нечитайло, 2010). Тілесність у цьому контексті постає як внутрішня модель, яка забезпечує людині усвідомлене розуміння своїх відчуттів, рухових можливостей та фізичної присутності у світі. Саме через цю модель особистість осмислює межі власного тіла, формує тілесну схему та усвідомлює індивідуальні особливості, зокрема зовнішні риси та фізичні якості [13, с. 67].

У підлітковому віці, особливо на ранньому етапі переходу (13–14 років), образ Я стає вразливим, нестійким і фрагментарним. Підлітки часто переживають суперечливість власного самосприйняття: їм складно узгодити внутрішні уявлення про себе з оцінками, які вони отримують від інших. Відбувається поступова переорієнтація від зовнішнього оцінювання до формування внутрішньої самооцінки, але механізми самопізнання і самоаналізу ще недостатньо розвинені. Це породжує внутрішній конфлікт між потребою зрозуміти себе та неспроможністю якісно це реалізувати, що може призвести до нестабільності самооцінки та порушення цілісності образу Я.

Основною діяльністю підлітків залишається навчання, тому їхні соціальні контакти найбільш інтенсивно реалізуються у шкільному середовищі та на позакласних заходах. Разом із тим важливою для них залишається взаємодія з дорослими. З одного боку, підлітки сприймають дорослих як авторитет і джерело знань, а з іншого – прагнуть рівноправності, що часто проявляється у суперництві або прагненні відстояти власну позицію [18, с. 189].

Важливою складовою формування образу тіла є соціальні уявлення про красу. Привабливість тіла починає цінуватися лише у контексті соціального схвалення, яке формують сім'я, найближче оточення, засоби масової інформації та навіть випадкові соціальні контакти. Навіть незначне, необачно висловлене зауваження щодо зовнішності може знизити самооцінку, послабити відчуття

власної унікальності та спричинити викривлення образу тіла.

Однією з найбільш поширених теоретичних моделей формування образу тіла є концепція американського психолога Дж. Томпсона. Він виділяє три ключові соціокультурні джерела впливу: сім'ю, однолітків і медіа [12, с. 239]. Їхній вплив спрямовується через два психологічні механізми – інтеріоризацію суспільних стандартів привабливості та надмірне порівняння себе з іншими. Поступово образ «ідеальної зовнішності», що пропонується соціумом, інтегрується в особисті переконання індивіда. Люди, які особливо схильні приймати домінуючі стандарти, але не відчують відповідності їм, опиняються у групі ризику щодо розвитку незадоволеності тілом.

Дослідження свідчать, що основи уявлень про привабливість формуються ще в дитячому віці [15, с. 10]. Батьківський вплив може бути як прямим (коментарі щодо ваги чи зовнішності дитини), так і опосередкованим – через поведінкові моделі всередині сім'ї. Якщо хтось із батьків демонструє неприйняття власного тіла, дотримується суворих дієт чи виражає незадоволення своєю вагою, це часто закладає аналогічні установки у дітей. Лонгітюдні дослідження 2020 року підтверджують зв'язок між ставленням матерів до власного тіла, їхньою харчовою поведінкою та самооцінкою дітей [54, с. 21].

Другим важливим фактором є вплив представників найближчого соціального кола поза сім'єю – друзів, вчителів, тренерів, партнерів. Порівняння із значущими іншими є природним процесом, але коли найближче середовище задає одноманітний «еталон» зовнішності, це може спричинити викривлене сприйняття власного тіла. Дослідження Н.О. Зубар 2013 року доводить, що фізично привабливі підлітки частіше мають кращу соціальну інтеграцію, вищий статус у групі та кращі академічні результати [17, с.151].

Особливо вразливими є діти та підлітки, які займаються естетичними видами спорту або мистецтвом. Вони з раннього віку потрапляють у середовище жорсткої конкуренції, де тіло постає основним інструментом оцінювання. Тут високі вимоги до зовнішності часто підтримуються суворими й інколи небезпечними методами: різкими дієтами, викликанням блювання,

надмірними тренуваннями, використанням проносних або сечогінних препаратів. С. Фернандес зазначає, що наголошення тренерами на необхідності підтримувати «ідеальну» вагу може стимулювати спортсменів до шкідливих практик, які завдають шкоди фізичному та психічному здоров'ю [60, с. 24].

У таких видах діяльності нерідко застосовують регулярне зважування як засіб контролю чи навіть покарання. Порушення вагових норм може супроводжуватися критикою, обмеженням участі у тренуваннях або змаганнях. Для підлітків, які особливо чутливо реагують на соціальні оцінки, це створює значний психологічний тиск та негативно впливає на формування самооцінки та образу тіла.

Розлади харчової поведінки (РХП) є серйозними порушеннями, що включають патологічну стурбованість їжею, вагою та формою тіла. Їхні прояви можуть охоплювати нав'язливі думки про вагу, уникнення соціальних ситуацій, пов'язаних із їжею, надмірні фізичні навантаження, жорсткі дієти, емоційні зміни та різноманітні фізіологічні симптоми – від холодних відчуттів до непритомності.

Основні форми РХП включають: компульсивне переїдання, яке проявляється епізодами втрати контролю над кількістю їжі; нервову булімію, що поєднує переїдання з компенсаторною поведінкою – очищенням, голодуванням або надмірними тренуваннями; нервову анорексію, яку характеризує критичне обмеження їжі, страх набору ваги та сильно викривлений образ тіла.

Образ тіла – складне психологічне утворення, яке включає сприймання, емоції, думки та оцінки, пов'язані з власною зовнішністю. На його формування впливають генетичні, індивідуально-психологічні, соціальні та культурні чинники.

Образ тіла може бути позитивним, коли людина ставиться до свого тіла з прийняттям і повагою, або негативним, коли домінують незадоволення, самокритика та сором. Негативне ставлення до власної зовнішності часто пов'язане з підвищеним ризиком депресії, тривоги, РХП, соціальної ізоляції та

низки інших психологічних проблем.

Образ тіла та самооцінка взаємозумовленими конструктами, що корелюють між собою протягом усього життя. Негативний образ тіла здатен послаблювати самооцінку, тоді як низька самооцінка робить людину більш вразливою до невдоволення своїм тілом. Разом ці явища можуть призводити до значних емоційних та фізичних труднощів.

#### **1.4. Психологічні особливості дівчат-підлітків із розладами харчової поведінки**

Формування розладів харчової поведінки у дівчат-підліткового віку має глибокі психологічні передумови та супроводжується специфічним комплексом внутрішніх характеристик, що формують особливий психологічний портрет.

Центральним елементом є суттєво спотворений образ власного тіла, який виявляється в неадекватному сприйнятті своїх розмірів і пропорцій. Це сприйняття стає нав'язливою ідеєю, не піддається раціональній корекції та часто поєднується зі схильністю до перфекціонізму, що поширюється на всі сфери життя. Мислення характеризується ригідністю та наявністю дисфункціональних переконань, таких як чорно-біле бачення ситуацій і перебільшена катастрофізація наслідків порушення «дітичних» правил [56, с. 20].

В емоційно-вольовій сфері домінують низька і нестабільна самооцінка, яка повністю залежить від зовнішності та ступеня контролю над їжею. Спостерігаються труднощі в розпізнаванні та вираженні власних емоцій (алекситимія), що змушує використовувати їжу або її обмеження як основний механізм емоційної регуляції. Характерним є поєднання жорсткого самоконтролю з епізодами імпульсивної втрати контролю, що підживлює цикл провини та тривоги. Загалом емоційний стан часто відзначається підвищеною тривожністю та депресивними настроями.

У мотиваційній сфері бажання контролювати вагу та зовнішність перетворюється на надцінну, домінуючу життєву мету, що витісняє інші інтереси, захоплення та соціальні взаємодії. Це нерідко веде до соціальної ізоляції, оскільки дівчина починає уникати будь-яких ситуацій, пов'язаних з їжею на очах у інших, а її спілкування звужується. У сімейному контексті може проявлятися амбівалентність – боротьба за автономію через харчову поведінку одночасно з непомітною потребою в увазі та підтримці [63, с. 425].

Отже, психологічні особливості дівчат-підлітків із розладами харчової поведінки утворюють замкнений комплекс, де спотворене самосприйняття, емоційна дисрегуляція та звужена мотиваційна сфера взаємно посилюють один одного. Це підкреслює необхідність комплексного підходу в психологічній допомозі, що має бути спрямованим не лише на нормалізацію харчування, але й на відновлення адекватного образу «Я», розвиток навичок емоційного інтелекту та формування ширшої, збалансованої системи життєвих цінностей та ідентичності [55, с. 208].

Перейдемо до характеристики основних форм РХП. Нервова анорексія (НА) – це свідоме, стійке обмеження в харчуванні, зумовлене переконаністю у власній «зайвій вазі» або неприйнятті форми тіла. Для цього розладу характерне наполегливе прагнення схуднути, що може призвести до важкого виснаження і навіть становити загрозу для життя. У МКБ-10 (F50.0) діагностика НА базується на таких критеріях: індекс маси тіла 17,5 або нижче; навмисне уникання їжі, яка може сприяти набору ваги, або використання блювання, проносних, діуретиків чи надмірних фізичних навантажень; суттєве викривлення образу тіла; ендокринні порушення (аменорея в жінок, зниження лібідо в чоловіків); затримка фізичного розвитку у разі початку розладу до періоду статевого дозрівання. За даними Kuboki T., Lubin F., Nilsen S., поширеність анорексії становить 0,2–1,3% населення, причому в останні десятиліття вона невідомо зростає. Найчастіше розлад починається у віці 12–15 років, а пік припадає на 15–16 років, що збігається із періодом інтенсивних фізичних змін, які, за Meyer J., можуть запускати кризу тілесної самоідентифікації [72, с. 13].

Нервова булімія (НБ) – це розлад, який проявляється повторюваними епізодами неконтрольованого переїдання з подальшими компенсаторними діями: блюванням, прийманням проносних чи діуретиків, голодуванням або надмірними тренуваннями. На відміну від анорексії, люди з булімією зазвичай зберігають нормальну вагу, що дозволяє їм приховувати симптоми протягом тривалого часу. Поширеність НБ серед школярів коливається у межах 4–9%, а найчастіше вона починається у віці 12–35 років, з піком близько 18 років. Захворювання має хронічний перебіг, який може тривати десятиліттями (Shalop P.). У МКБ-10 (F50.2) виділяють такі критерії: повторні напади переїдання, відчуття втрати контролю, систематичне використання компенсаторної поведінки, частота нападів не менше двох разів на тиждень протягом трьох місяців та надмірна стурбованість вагою і фігурою [76. С. 2510].

Емоційні реакції та стреси (конфлікти, зміна колективу, кризи розвитку) часто стають пусковим механізмом НБ. Когнітивна модель М. Купер пояснює, що епізод переїдання виникає після активації негативних переконань про себе, які викликають тривогу, провини та сором. Їжа тимчасово знижує напруження, але водночас посилює відчуття провини, формуючи «замкнене коло» булімічної поведінки. За Mitchell J., НБ може мати два варіанти перебігу: з очищувальною поведінкою та без неї (лише з жорсткими дієтами). Перший варіант супроводжується більш вираженими порушеннями образу тіла [68, с. 650].

Аналіз наукових джерел показав, що психологічні описи анорексії й булімії часто суперечливі. У роботах різних авторів зустрічаються протилежні твердження щодо апетиту, інтелектуального рівня, емоційних передумов тощо, що свідчить про недостатню теоретичну розробленість проблеми та складність її емпіричного вивчення.

Ожиріння також належить до розладів харчової поведінки. Етіологічно його поділяють на первинне та вторинне, причому переважна більшість випадків належить до первинного ожиріння. Аліментарно-конституційний тип ожиріння пов'язаний з переїданням як формою РХП. Патологічне надмірне споживання їжі може виступати своєрідним психологічним захистом, замінюючи людині відчуття втрати, самотності чи емоційної нестабільності.

Freuberger Н. зазначає, що у таких пацієнтів їжа виконує заспокійливу функцію, а спроби усвідомити проблему часто супроводжуються запереченням [67, с. 110].

Компульсивне переїдання (BED) – відповідно до DSM-5 (F50.8), це періодичні епізоди надмірного споживання їжі за короткий час із відчуттям втрати контролю. BED часто починається у пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці, супроводжується низькою самооцінкою, емоційною нестабільністю й не тотожне звичайному переїданню, оскільки має виразну психологічну складову. Епізоди можуть тривати від кількох хвилин до кількох годин і повторюватися багаторазово. У підлітків такі «приступи обжерливості» часто виникають без подальших компенсаторних дій, що відрізняє BED від булімії [53, с. 150].

У МКХ-10 також виокремлюють переїдання, пов'язане з психологічним дистресом (F50.4), так звану реактивну оградність, яка може виникати після втрат або травматичних подій у людей, схильних до збільшення ваги. На відміну від НБ, такі підлітки не використовують очищувальної поведінки. Меуер J.E. розглядає такі випадки як форму психологічного захисту, яка одночасно сприяє набору ваги. У багатьох з них в анамнезі простежується навчений у дитинстві спосіб реагування на стрес через їжу.

### **Висновки до першого розділу**

Підлітковий період є складним і багатовимірним етапом розвитку, що характеризується поступовим переходом від дитинства до дорослого життя. Цей період супроводжується інтенсивними фізичними, психологічними та соціальними змінами, що робить його особливо значущим для формування особистості. Пубертат триває приблизно три-чотири роки і включає дозрівання внутрішніх систем, зміну зовнішніх пропорцій, розвиток м'язової та жирової тканини, а також формування вторинних статевих ознак. Статеве дозрівання супроводжується підвищеною гормональною активністю, що впливає на фізичний стан, емоції та поведінку підлітка, закладаючи основи сексуальної

поведінки, гендерної ідентичності та самосприйняття.

Розвиток підлітка відбувається нерівномірно, що може створювати тимчасову розбалансованість у поведінці. Фізичні зміни переплітаються з психологічними процесами, що проявляється у кризі підліткового віку. Ця криза пов'язана з прагненням до нових форм взаємодії з батьками та педагогами, а також із змінами у поведінці, спричиненими статевим дозріванням. Криза підліткового віку включає як зовнішні, так і внутрішні перетворення, що охоплюють емоційну, когнітивну та соціальну сфери. Підлітки можуть демонструвати труднощі з навчанням, зміну стилю мислення, дистанціювання від близьких, підвищену чутливість до оцінок і прагнення до самоствердження. Водночас відбувається формування самосвідомості, вольової сфери, розвитку уваги, пам'яті, мовлення та уяви.

Соціальна сфера стає ключовою, оскільки підлітки активно шукають підтримку та визнання серед однолітків, формують референтну групу та орієнтуються на групові норми, водночас зберігаючи потребу у підтримці дорослих. Стосунки з дорослими ускладнюються, бо підлітки прагнуть автономії та рівноправної взаємодії, а ефективна підтримка дорослих сприяє розвитку самооцінки та гармонійному становленню особистості.

Харчова поведінка підлітків охоплює режим харчування, вибір продуктів та особливості споживання їжі. Розлади харчової поведінки можуть проявлятися у різних формах, таких як орієнтація на зовнішні подразники, емоційне харчування та обмежувальна поведінка. Екстернальна харчова поведінка проявляється у реакції на зовнішні стимули замість природного відчуття голоду, а емоційне харчування включає споживання їжі як спосіб реагування на стресові та інші емоційні ситуації, що часто супроводжується переїданням або перевагою висококалорійних продуктів. Обмежувальна харчова поведінка передбачає свідоме, надмірне обмеження продуктів, що може призводити до дефіциту поживних речовин, фізичного виснаження, емоційних проблем та соціальної ізоляції. Причини формування таких моделей харчування є багаторівневими і включають психологічні фактори, травматичний досвід, соціальний вплив та медичні чинники.

Розлади харчової поведінки, зокрема нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, демонструють нерозривний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Ці порушення впливають на соматичний стан, психоемоційне благополуччя та соціальну адаптацію. У спортсменок і артисток балету розлади харчової поведінки зустрічаються частіше, що пов'язано з підвищеними вимогами до зовнішності, тиском професійного середовища та культурними нормами. Наукові дослідження свідчать про високий ризик травмування, порушення менструального циклу, зниження фізичної ефективності та погіршення психоемоційного стану у групах ризику. Скринінгові інструменти, такі як DESA-6 та EAT-26, демонструють ефективність у ранньому виявленні ризику розвитку харчових розладів, що підвищує шанси на своєчасне втручання та ефективну допомогу.

Психологічні концепції, зокрема роботи Стенлі Холла, З. Фрейда, Анни Фрейд, Еріка Еріксона та Дж. Марсії, висвітлюють важливість взаємодії біологічних та соціальних чинників у підлітковому розвитку. Формування ідентичності, самосвідомості та образу тіла є ключовими завданнями цього періоду. Невдоволення власним тілом, надмірна заклопотаність вагою та прагнення до перфекціонізму є суттєвими предикторами розвитку розладів харчової поведінки, особливо серед дівчат-підлітків. Водночас соціальні стандарти краси, вплив однолітків та медійна культура посилюють ризик патологічних форм контролю ваги та харчових обмежень. Системний аналіз досліджень показує, що комплексний вплив біологічних, психологічних і соціальних факторів визначає розвиток РХП і потребує мультидисциплінарного підходу для профілактики та корекції цих порушень у підлітковому віці.

## РОЗДІЛ II

### МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДІВЧАТ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

У цьому розділі представлено методичний дизайн роботи. Описано мету, гіпотези, завдання та організацію емпіричного дослідження (характеристика вибірки, етапи роботи). Детально обгрунтовано вибір та представлено опис чотирьох основних психодіагностичних інструментів, що були використані для дослідження самоставлення (Тест-опитувальник В. Століна), образу власного тіла (ООВТ), ризику розладів харчової поведінки (EAT-26) та типів харчової поведінки (DEBQ). Також окреслено план статистичної обробки даних.

#### 2.1 Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Основною метою даного дослідження є виявлення психологічних особливостей, пов'язаних із самооцінкою, образом тіла та харчовою поведінкою у дівчат-підлітків, які перебувають у групі ризику розвитку розладів харчової поведінки. Завдання дослідження передбачають аналіз сучасної наукової літератури щодо становлення самооцінки та формування образу тіла в підлітковому віці, визначення рівня задоволеності власною зовнішністю, особливостей сприйняття тіла та характерних проявів харчової поведінки. Для реалізації поставлених цілей застосовуються теоретичні методи (аналіз, узагальнення, інтерпретація), емпіричні методи (тестування, опитування), а також психодіагностичні методики й методи математичної статистики. Дослідження здійснюється із використанням валідних психодіагностичних інструментів, зокрема таких, як «Тест-опитувальник самоставлення» В. Століна та С. Пантелеєва, «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивуха, «Опитувальник харчових переваг -26» (D.M.Garner, EAT-26) та «Голландський опитувальник харчової поведінки» DEBQ.

Дослідження здійснювалося з використанням онлайн-інструментів, що забезпечило простий та швидкий доступ для учасниць. Респондентки могли обирати між повністю анонімним заповненням анкети або зазначенням свого

імені та електронної адреси. Такий підхід дав змогу врахувати індивідуальний рівень бажаної конфіденційності й, за потреби, забезпечити можливість подальшого зворотного зв'язку.

Для реалізації поставленої мети було обрано комплекс психодіагностичних методик, що забезпечив багатостороннє вивчення досліджуваного явища. Підібрані інструменти дали можливість детально проаналізувати ключові аспекти проблеми, зібрати релевантні дані та сформулювати обґрунтовані висновки. Завдяки ретельно продуманому вибору методичного інструментарію вдалося досягти високої достовірності й надійності отриманих результатів. Використані методики забезпечили повне та точне виявлення особливостей харчової поведінки та сприйняття власного тіла у досліджуваної вибірки.

## **2.2. «Тест-опитувальник самоствавлення» (В. Століна, С. Пантелеєва)**

**Мета методики.** Опитувальник самоствавлення (автори В. Столін та С. Пантелеєв) застосовується для визначення особливостей ставлення людини до самої себе, рівня її самооцінки, прийняття власного «Я», а також емоційного та поведінкового компонентів самоствавлення. Методика ґрунтується на ієрархічній моделі самоствавлення та дозволяє оцінити глобальне ставлення до себе, структурні компоненти самооцінки та специфічні внутрішні дії, спрямовані на власне «Я». Використання цього опитувальника дає можливість глибоко дослідити внутрішній світ респонденток та зрозуміти, як вони сприймають себе, оцінюють власні риси та прогнозують ставлення інших людей, що є важливим для аналізу психологічного благополуччя й саморегуляції.

**Процедура проведення.** Опитувальник містить кілька груп шкал, які відображають різні рівні самоствавлення. Респонденткам пропонують ознайомитись із твердженнями та дати відповіді, орієнтуючись на власні переживання, думки та типову поведінку. Опитувальник заповнюється самостійно, у спокійних умовах, що дає змогу учасниці максимально

відобразити своє реальне ставлення до себе. Методика охоплює три рівні вимірювання:

- глобальне самоствалення;
- диференційовані аспекти самоствалення (самоповага, аутосимпатія, самоінтерес, очікуване ставлення інших);
- установки на конкретні внутрішні дії щодо свого «Я» (самоприйняття, самовпевненість, самозвинувачення тощо).

До структури опитувальника входять основні шкали (S, I, II, III, IV) та сім додаткових шкал, спрямованих на оцінку внутрішньої активності щодо власного «Я», таких як самовпевненість, самоприйняття, саморуководство, самозвинувачення та інші.

**Обробка результатів.** Після заповнення опитувальника проводиться підрахунок балів відповідно до ключів по кожній із шкал. Отримані дані дозволяють оцінити, наскільки респондентка позитивно або негативно сприймає себе, який рівень її внутрішньої узгодженості, самоповаги та прийняття власних рис. Глобальне самоствалення (шкала S) відображає загальне емоційне ставлення до свого «Я» – від позитивного сприйняття до внутрішнього неприйняття. Шкала самоповаги оцінює віру людини у власні здібності, її самостійність, почуття компетентності та внутрішньої послідовності.

Аутосимпатія вказує на наявність або відсутність доброзичливого ставлення до себе, схильність до самоприйняття чи самозвинувачення. Самоінтерес показує ступінь зацікавленості у власних думках і почуттях, здатність підтримувати внутрішній діалог і важливість власних переживань для самоусвідомлення.

Шкала очікуваного ставлення від інших відображає, чи сприймає людина соціальне оточення як підтримувальне або критичне.

Розгорнута структура методики дозволяє отримати комплексне уявлення про самоствалення респондентки, виявити внутрішні суперечності, ресурси та потенційні проблемні зони, що є важливою складовою загальної психологічної діагностики.

### **2.3. «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений**

**О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха**

**Мета методики.** Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. Скугаревським і С. Сивухою, використовується для виявлення рівня задоволеності чи незадоволеності особистості власною зовнішністю та тілесністю. Його основною метою є оцінка того, як респондентка сприймає своє тіло, які емоційні реакції пов'язані з цим сприйняттям, а також те, як вона очікує, що її тіло оцінюють інші люди. Методика ґрунтується на розумінні «образу тіла» як інтегрованої психологічної конструкції, що включає когнітивне (уявлення про власне тіло), емоційне (задоволеність/незадоволеність) та соціальне (сприйняття оцінок оточення) складові. Застосування ООВТ дозволяє отримати важливу інформацію щодо формування самооцінки, ризику розвитку розладів харчової поведінки та інших труднощів, пов'язаних із тілесністю.

**Процедура проведення.** Респонденткам пропонується оцінити 16 тверджень, що відображають різні аспекти ставлення до власного тіла та уявлення про те, як їх зовнішність сприймають інші люди. Кожне твердження оцінюється за шкалою від «ніколи» до «завжди», що дозволяє визначити частоту відповідних переживань або думок. Заповнення опитувальника є повністю самостійним, що сприяє більшій відвертості відповідей. Особливих умов чи обмежень у часі не передбачено: респондентка може виконувати опитування у комфортному темпі. Перед початком дослідження учасниці коротко інструктуються щодо способу позначення відповідей, що забезпечує коректність заповнення. Методика є придатною як для індивідуальної, так і групової діагностики; її можна застосовувати в електронному або паперовому форматі. Завдяки лаконічності та зрозумілості тверджень заповнення займає приблизно 5–10 хвилин.

**Обробка результатів.** Після завершення опитування здійснюється підрахунок сумарного «сирого» балу – суми відповідей за всіма 16 пунктами.

Зібрані дані не інтерпретуються безпосередньо, а підлягають подальшій стандартизації. Для цього використовується спеціальна таблиця перерахунку, яка дозволяє конвертувати сирі бали у 9-бальну шкалу стенайнів (STEN). Стенайнові показники забезпечують стандартизовану інтерпретацію результатів та дозволяють оцінити рівень задоволеності тілом у порівнянні з нормативними вибірками:

- низькі значення вказують на загалом позитивний образ тіла та відсутність вираженої незадоволеності;
- середні значення свідчать про нейтральне або коливне ставлення до своєї зовнішності;
- високі значення можуть сигналізувати про значне занепокоєння власним виглядом, невпевненість чи залежність від думки оточуючих.

Отримані результати дозволяють сформуванню комплексного уявлення про емоційне та когнітивне сприйняття респонденткою свого тіла, визначити можливі зони психологічного дискомфорту та потенційні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки чи самооцінки.

#### **2.4. «Опитувальник харчових переваг -26» (D.M.Garner, EAT-26)**

**Мета методики.** Тест харчової поведінки EAT-26, розроблений у 1979 році в Інституті психіатрії Кларка (Торонто), має на меті виявлення симптомів, характерних для розладів харчової поведінки у підлітків і дорослих. Основне призначення методики – скринінг ризику розвитку таких порушень, як анорексія, булімія, обмежувальна харчова поведінка чи епізоди компульсивного переїдання. Завдяки своїй надійності, тест широко застосовується у психології, психотерапії та клінічній практиці, що дозволяє своєчасно виявляти ранні ознаки дезадаптивної харчової поведінки та оцінювати потребу в подальшій діагностиці.

**Процедура проведення.** Методика складається з 26 основних тверджень та 5 додаткових запитань. Перед початком учасниці отримують коротку

інструкцію щодо правил заповнення та пояснення щодо формату відповідей. Основні запитання передбачають шість варіантів відповідей – від «ніколи» до «завжди», що дозволяє оцінити частоту проявів відповідної поведінки чи переживань. Додаткові запитання заповнюються у форматі «так/ні». Тест виконується самостійно, без участі спеціаліста, що сприяє більшій широті відповідей. Заповнення зазвичай займає близько 10–15 хвилин і може проводитися як у паперовому, так і в електронному форматі, що робить методику зручною для групових та індивідуальних обстежень.

**Обробка результатів.** Після заповнення здійснюється підрахунок сумарного балу за 26 основними твердженнями. Для кожного пункту передбачені чіткі критерії оцінювання, де вищі бали відповідають більшій частоті дезадаптивної харчової поведінки. Загальний бал понад 20 розглядається як індикатор підвищеного ризику розвитку розладів харчової поведінки та потреби в додатковій діагностиці. Разом із цим додаткові запитання дають змогу уточнити окремі аспекти харчової поведінки, які можуть посилювати ймовірність порушень (наприклад, різке схуднення, епізоди втрати контролю над їжею тощо). Важливо підкреслити, що EAT-26 не використовується як самостійний діагностичний інструмент, а є скринінговим методом, який допомагає своєчасно виявляти потенційні ризики та визначати необхідність подальшої консультації з фахівцем.

## **2.5. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)**

**Мета методики.** Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) застосовується з метою всебічного вивчення трьох ключових аспектів харчової поведінки: обмежувальної, емоційної та екстернальної. Основним завданням методики є виявлення не лише наявності певних харчових тенденцій, а й ступеня їх вираженості. Вона дозволяє визначити, наскільки людина схильна до свідомого контролю за прийомом їжі з метою зниження ваги, чи реагує на стрес і негативні емоції переїданням, а також чи схильна харчуватися під

впливом зовнішніх стимулів – наприклад, апетитних запахів або привабливого вигляду їжі. Загалом, DEBQ спрямований на діагностику дезадаптивних харчових патернів, що можуть призводити до порушень харчової поведінки, зокрема компульсивного або емоційного переїдання, а також ожиріння.

**Процедура проведення** методики є простою та зручною як для дослідника, так і для респондента. Перед початком роботи учасники отримують короткий інструктаж, де їм пояснюють мету опитування та принципи конфіденційності, а також наголошують на необхідності відповідати максимально широко, орієнтуючись на власний звичний стиль харчування. Після цього досліджуваним пропонують заповнити опитувальник, що містить 33 твердження. Кожен пункт описує типові ситуації, які можуть впливати на прийом їжі, а респондент має обрати один із п'яти варіантів відповіді – від «ніколи» до «дуже часто». Заповнення відбувається самостійно, без участі дослідника, і зазвичай займає 10–15 хвилин. Обмежень у часі немає, але важливо, щоб респондент працював індивідуально й не орієнтувався на інших. Особливістю методики є 31-ше запитання, яке має обернене кодування, тому дослідник повинен звернути увагу на правильність обробки саме цього пункту.

**Обробка результатів** передбачає кілька послідовних етапів. Спершу кожній відповіді надається числове значення відповідно до її позиції на п'ятибальній шкалі. Після цього відповіді групуються відповідно до трьох основних шкал – обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки. Для кожної з них підраховується сума балів, яка потім ділиться на кількість пунктів у відповідній шкалі – таким чином отримується середній показник. Оскільки 31-ше запитання оцінюється у зворотному порядку, перед підрахунками його значення необхідно інвертувати. Отримані середні значення дозволяють визначити ступінь вираженості кожного типу харчової поведінки. Підвищені показники за обмежувальною шкалою свідчать про тенденцію до жорсткого контролю харчування, за емоційною – про схильність вживати їжу під впливом негативних емоцій, а високі значення за екстернальною шкалою вказують на залежність харчових реакцій від зовнішніх подразників.

Для більш точної інтерпретації результати порівнюють із середніми нормативними показниками, рекомендованими авторами методики: приблизно 2,4 бала для обмежувальної поведінки, 1,8 бала – для емоційної та 2,7 бала – для екстернальної. Значення, що перевищують ці орієнтири, можуть свідчити про схильність до дезадаптивних харчових реакцій або формування ризикових моделей харчування. Остаточний висновок формують комплексно, враховуючи вік, стать, психологічні особливості досліджуваного та інші фактори, що можуть впливати на харчову поведінку.

### **Висновки до другого розділу**

Висновки щодо методичного забезпечення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки дівчат підліткового віку свідчать про те, що комплексний підхід до збору та аналізу даних дозволяє отримати надійну й достовірну інформацію про ключові психологічні чинники ризику. Використання валідних психодіагностичних інструментів, таких як EAT-26, DEBQ, тест-опитувальник самоствавлення та опитувальник образу власного тіла, забезпечує багатостороннє оцінювання харчової поведінки, рівня задоволеності власною зовнішністю та структури самоствавлення. Кожна методика спрямована на виявлення конкретних аспектів психологічного функціонування: EAT-26 дозволяє виявити ознаки дезадаптивної харчової поведінки та оцінити ризик розвитку анорексії, булімії чи компульсивного переїдання; DEBQ дає змогу детально оцінити схильність до обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки; тест-опитувальник самоствавлення розкриває внутрішнє ставлення респондентки до себе, її самооцінку, самоповагу та очікування щодо соціального оточення; ООВТ дозволяє проаналізувати когнітивне, емоційне та соціальне сприйняття власного тіла.

Процедури проведення опитувань були організовані з урахуванням потреб підлітків: застосування онлайн-інструментів забезпечило легкий доступ, можливість анонімного заповнення та збереження конфіденційності, що

сприяло щирості відповідей та підвищенню достовірності даних. Самостійне виконання тестів у спокійних умовах дозволило респонденткам максимально точно відобразити свої переживання, думки та поведінкові тенденції. Обробка результатів здійснювалась за стандартизованими методами підрахунку балів та конвертації у шкали, що забезпечує порівнянність даних і їхню інтерпретацію у контексті нормативів.

Загалом, застосований методичний підхід забезпечив комплексне вивчення психологічних особливостей дівчат підліткового віку, що перебувають у групі ризику розвитку розладів харчової поведінки. Отримані дані дозволяють виділити основні чинники ризику, включаючи низьку або нестійку самооцінку, невпевненість у власному тілі та схильність до дезадаптивних харчових реакцій. Це створює надійну основу для подальшого психологічного супроводу, профілактичної роботи та корекційних програм, спрямованих на зміцнення психічного благополуччя, формування позитивного образу тіла та адаптивних моделей харчової поведінки серед підлітків. Високий рівень достовірності, валідності та стандартизованості використаних методик дозволяє вважати отримані результати науково обґрунтованими та придатними для практичного застосування в психологічній роботі з групами ризику.

### РОЗДІЛ 3

## РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

У третьому розділі наведено результати проведеного дослідження та їх інтерпретацію. Спочатку представлено описові статистики, що відображають особливості самосприйняття, самооцінки та харчової поведінки у досліджуваної групи дівчат-підлітків. Далі виявлено та проаналізовано статистично значимі кореляційні зв'язки між показниками образу тіла, самоставлення та різних аспектів харчової поведінки. Для поглибленого вивчення структурних взаємозв'язків проведено експлораторний факторний аналіз. На основі отриманих результатів розділ завершується комплексом практичних рекомендацій, спрямованих на профілактику розладів харчової поведінки та формування здорового образу тіла, зокрема в контексті занять естетичними видами спорту.

### 3.1. Організація емпіричного дослідження

Проведене дослідження психологічних особливостей, пов'язаних із харчовою поведінкою, базувалося на вибірці, що налічувала 92 дівчини-підлітки у віці від 12 до 15 років. Участь респонденток була організована у такий спосіб, щоб порівняти особливості двох ключових груп. Першу групу склали дівчата, які глибоко залучені в естетичні види спортивної та мистецької діяльності. Це такі види, де оцінка виступу безпосередньо залежить від пластики та зовнішнього вигляду спортсменки, зокрема гімнастика, фігурне катання, синхронне плавання, а також різні танцювальні напрями та балет. Дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Полтавський палац дитячої та юнацької творчості» Полтавської міської ради упродовж осені 2025 року.

Друга, контрольна група, була сформована для контрасту. До неї увійшли підлітки, які або займаються іншими, неестетичними видами спорту (де акцент зміщений на фізичну силу, витривалість, швидкість, командну взаємодію), або взагалі не мають професійного спортивного досвіду.

Детальний розподіл учасниць показав, що експериментальна група об'єднала 62 особи, що становить майже дві третини всієї вибірки. Ця група, у свою чергу, виявилася внутрішньо неоднорідною. Частину її склали колишні спортсменки, які мають значний досвід професійних занять естетичними видами, але на момент дослідження припинили змагальну кар'єру та регулярні інтенсивні тренування. Їхня кількість становила 25 осіб. Іншу, більшу частину, утворили 38 активних спортсменок, які на даний час продовжують активно тренуватися, брати участь у змаганнях та виступах, залишаючись у полі високих вимог до власної форми та зовнішності.

Контрольна група налічувала 30 дівчат. Більшість із них, а саме 20 учасниць, не мають істотного спортивного досвіду та ніколи не займалися організованим спортом на серйозному рівні. Решту 11 осіб становили підлітки, які займаються спортом, однак обирали такі його види, де естетичний складник не є визначальним критерієм успіху, наприклад, плавання на час, легка атлетика, командні ігри або єдиноборства.

Така структура вибірки дозволила не лише порівняти загальні тенденції між дівчатами, які займаються та не займаються естетичним спортом, але й провести більш тонкий аналіз, враховуючи статус спортсменки та наявність загального спортивного досвіду в контрольній групі.



Рис. 3.1. Характеристика вибірки дівчат-підлітків

Усі учасниці дослідження долучилися до нього добровільно та

усвідомлено, надавши свою явну згоду. Перед початком заповнення анкет ми детально інформували дівчат про мету та характер дослідження. Важливим етичним аспектом була чітко проголошена гарантія конфіденційності: ми зазначили, що будь-яка персональна інформація та особисті відповіді, отримані в процесі опитування, будуть використовуватися виключно в анонімному та агрегованому вигляді для наукового аналізу.

Для дотримання принципу відкритості та з метою забезпечення зворотного зв'язку, учасниці мали опцію ознайомитися з індивідуальними результатами тестування. Ця можливість була реалізована через заохочення вказати свою електронну пошту в спеціально відведеному полі в кінці анкети. Такий підхід не лише додатково мотивував респонденток до сумлінного заповнення, але й підкреслював нашу відповідальність перед ними, надаючи право на отримання інформації про себе у відповідь на їхню довіру.

### **3.2. Описові статистичні відмінності у самосприйнятті, самооцінці та харчовій поведінці дівчат підліткового віку**

На наступному етапі роботи здійснено статистичний аналіз емпіричних даних. Спочатку для кожної з діагностичних шкал обраних методик були розраховані описові статистики окремо в групі дівчат, залучених до естетичних видів спорту, та в контрольній групі. Це дозволило отримати загальну картину розподілу показників у цих двох вибірках.

Для перевірки гіпотези про наявність статистично значущих відмінностей між групами було застосовано параметричний метод порівняння. Здійснено порівняння середніх арифметичних значень за кожною шкалою між експериментальною та контрольною групами за допомогою t-критерію Стьюдента. Даний критерій використовувався для оцінки достовірності розбіжностей між середніми значеннями в двох незалежних вибірках, що дало змогу визначити, чи є виявлені відмінності систематичними або вони можуть бути пояснені випадковими коливаннями в межах вибірки.

Таблиця 3.2.1

**Описові статистики за опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)**

Шкала	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Невдоволеність власним тілом	14.1	13.2	10.3	10.2
Розлад харчової поведінки	9.84	10.8	10.8	11.9

Представлені в таблиці дані описової статистики двох ключових методик дозволяють зробити попередні висновки про характерні риси експериментальної та контрольної груп.

Аналіз за шкалою «Невдоволеність власним тілом» показує, що серед дівчат, зайнятих у естетичному спорті, середній рівень незадоволення складає 14.1 балів, що дещо вище аналогічного показника в контрольній групі (13.2 бали). Ця чисельна тенденція може свідчити про більш високий рівень негативних переживань, пов'язаних із фізичною формою, серед спортсменок. Ймовірною причиною є постійний професійний акцент на зовнішніх параметрах, вазі та ідеальних пропорціях тіла, що характерно для гімнастики, балету чи фігурного катання. Однак важливо відзначити, що значення стандартного відхилення в обох групах практично ідентичні (10.3 та 10.2 відповідно), що свідчить про однаковий ступінь внутрішньогрупової варіативності. Висока величина цього відхилення засвідчує, що в кожній з груп присутні як дівчата з мінімальною тривожністю щодо тіла, так і ті, хто відчуває значний стрес через свою зовнішність.

Показники за шкалою «Розлад харчової поведінки» (EAT-26) демонструють іншу картину. Середнє значення виявилось вищим у контрольній групі (10.8) порівняно з групою естетичного спорту (9.84), що може здаватися неочікуваним. Цей результат допускає кілька інтерпретацій. По-перше, дівчата в естетичному спорті, незважаючи на потенційно більшу невдоволеність тілом, часто функціонують у чітко структурованому середовищі

з регламентованими режимами харчування під наглядом тренера або дієтолога. Це може формально знижувати прояви хаотичної або емоційно залежної харчової поведінки, які фіксує опитувальник. По-друге, у контрольній групі, позбавленій такого зовнішнього контролю, емоційні труднощі та стрес підліткового періоду можуть знаходити більш прямий вихід саме в проблемні харчові патерни. Додатково варто звернути увагу, що стандартне відхилення вище в контрольній групі (11.9 проти 10.8), що вказує на її більшу неоднорідність щодо харчової поведінки – від нормативних звичок до виражених ознак розладів.

Отже, дані таблиці виявляють важливі тенденції. З одного боку, зайняття естетичним спортом супроводжується тенденцією до підвищеного рівня невдоволеності власним тілом, що цілком узгоджується з теорією об'єктифікації та специфікою вимог цих видів діяльності. З іншого боку, ризики розладів харчової поведінки, згідно з методом EAT-26, виявляються дещо вищими у дівчат поза цим контекстом. Обидва спостереження потребують подальшої перевірки на статистичну значущість за допомогою критеріального аналізу, оскільки описові статистики фіксують лише чисельні розбіжності, а не їхню достовірність. Крім того, виявлена в обох групах висока внутрішньогрупова варіативність нагадує, що ні спортивний статус, ні його відсутність не є визначальними монолітними факторами. Індивідуальні психологічні особливості, сімейне виховання та соціальне середовище, ймовірно, грають не менш важливу роль у формуванні як ставлення до тіла, так і харчової поведінки.

Як бачимо з таблиці Статистична перевірка за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок дозволяє зробити однозначні висновки щодо значущості тих чисельних розбіжностей між групами, які були описані в попередній таблиці.

**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) за  
опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником  
харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) при порівнянні групи  
естетичного спорту та контрольної групи**

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Невдоволеність власним тілом	0.364	90.0	0.717	0.8312	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Розлад харчової поведінки	-0.388	90.0	0.699	-0.9613	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Результати тесту для обох досліджуваних шкал – «Невдоволеність власним тілом» та «Розлад харчової поведінки» – демонструють чітку та узгоджену закономірність. В обох випадках отримане p-значення (рівень значущості) значно перевищує загальноприйнятий критичний поріг у 0.05. А саме, для шкали невдоволеності тілом  $p = 0.717$ , а для шкали розладів харчової поведінки  $p = 0.699$ .

Це означає, що статистично значущих відмінностей між середніми значеннями групи естетичного спорту та контрольної групи не виявлено. Імовірність того, що спостережувані розбіжності в середніх (0.83 бали для невдоволеності тілом та -0.96 бали для харчової поведінки) виникли випадково через коливання у вибірках, є дуже високою (близько 72% та 70% відповідно). Отже, нульова гіпотеза про відсутність відмінностей між групами не може бути відхилена.

Отже, попередні описові тенденції не отримали статистичного підтвердження. Хоча середній бал невдоволеності тілом був кількісно вищим у групі естетичного спорту, а показник ризиків харчової поведінки – вищим у контрольній групі, ці розбіжності є статистично незначущими. Отримані t-значення, близькі до нуля (0.364 та -0.388), також підтверджують відсутність суттєвої різниці між розподілами балів у двох групах.

Отже, у рамках даної вибірки зайняття естетичним спортом не призводить до статистично значущого підвищення рівня невдоволеності

власним тілом у порівнянні з дівчатами, які не займаються такими видами діяльності. Аналогічно, не виявлено статистично значущих відмінностей у рівні ризиків розладів харчової поведінки між цими групами за методикою EAT-26. Ці результати можуть свідчити про те, що фактор професійного залучення до естетичного спорту не є визначальним або унікальним драйвером формування негативного образу тіла чи проблемного харчування в підлітковому віці. Ймовірно, ці психологічні особливості формуються під впливом ширшого кола факторів, таких як індивідуальна схильність, сімейне середовище, загальний медіа-контекст та соціальне порівняння, які однаково діють на представниць обох груп. Для подальшого дослідження цього питання може бути доцільним зосередитися на більш глибокому якісному аналізі, вивченні внутрішньогрупової динаміки (наприклад, порівнянні діючих та колишніх спортсменок) або застосуванні інших, більш чутливих методик оцінки.

Таблиця 3.2.3

**Описові статистики за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ**

Ознаки	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Обмежувальна харчова поведінка	2.58	2.63	0.978	1.08
Емоціогенна харчова поведінка	2.24	2.14	0.933	0.932
Екстернальна харчова поведінка	2.22	2.24	0.762	0.743

Аналіз описової статистики за опитувальником DEBQ дозволяє поглибити розуміння специфіки харчової поведінки в порівнюваних групах, зосередившись на трьох ключових психологічних патернах. Загалом, результати свідчать про значну схожість груп, але водночас виявляють одну важливу тенденцію.

Найбільш показовою є динаміка за шкалою емоціогенної харчової поведінки, що відображає схильність вживати їжу для регуляції негативних

емоцій. У групі естетичного спорту середній рівень цього типу поведінки (2.24) є вищим, ніж у контрольній групі (2.14). Ця чисельна різниця може свідчити про те, що дівчата, залучені до вимогливих естетичних видів діяльності, частіше вдаються до їжі як до способу впоратися зі стресом, тривогою, перфекціонізмом або емоційною напругою, пов'язаною з тренуваннями та оцінкою власної зовнішності. Важливо відзначити, що стандартні відхилення для цієї шкали в обох групах практично ідентичні (близько 0.93), що вказує на однакову ступінь варіативності та розкиду індивідуальних показників навколо середнього значення.

Що стосується обмежувальної харчової поведінки (свідомий контроль порцій, дотримання дієт), то середні значення в обох групах виявляються дуже високими та майже однаковими (2.58 та 2.63). Цей факт підкреслює, що практики обмеження в їжі є широко поширеним, майже нормативним явищем серед підлітків загалом, незалежно від їхнього залучення до спорту. Незначно більший розкид даних у контрольній групі (стандартне відхилення 1.08 проти 0.98) може свідчити про її дещо більшу внутрішню різноманітність щодо цього аспекту.

Показники екстернальної харчової поведінки (споживання їжі у відповідь на зовнішні стимули, наприклад, вигляд чи запах) також демонструють повну схожість між групами як за середніми значеннями (2.22 та 2.24), так і за рівнем варіативності (стандартне відхилення близько 0.75). Це дозволяє зробити висновок, що цей більш ситуативний тип поведінки є загальним для вікової групи і не залежить від специфіки діяльності.

Отже, основним виявленим нюансом є підвищена схильність до емоціогенного харчування в групі естетичного спорту. Цей результат доповнює попередні висновки, отримані за іншими методиками. Він вказує на те, що хоч загальні ризики розладів (EAT-26) можуть не відрізнятися статистично, то психологічний механізм впоратися з емоційним навантаженням через їжу може бути більш характерним саме для дівчат, які перебувають під постійним тиском вимог до тіла та результатів у своїй діяльності. Для підтвердження значущості цієї різниці необхідне проведення відповідного статистичного

тестування (наприклад, t-критерію Стьюдента).

Таблиця 3.2.4

**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами  
Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ при  
порівнянні групи естетичного спорту та контрольної групи**

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Обмежувальна харчова поведінка	-0.190	90.0	0.850	-0.0428	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Емоціогенна харчова поведінка	0.475	90.0	0.636	0.0986	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Екстернальна харчова поведінка	-0.133	90.0	0.895	-0.0224	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Проведене порівняння середніх значень за допомогою t-критерію Стьюдента не підтвердило наявності статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отже, виявлені чисельні розбіжності в описових статистиках не можна вважати статистично достовірними, оскільки ймовірність того, що вони виникли випадково, є занадто високою. Це означає, що на рівні даної вибірки зайняття естетичними видами спорту не призводить до формування унікальних статистично підтверджених відмінностей у проявах обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки порівняно з контрольною групою.

Однак важливим залишається питання, чи існують відмінності між групами в інших, фундаментальних психологічних конструктах, які можуть виступати факторами ризику для розладів харчової поведінки. Таким конструктом є самоствалення. Для його дослідження був використаний Тест-опитувальник самоствалення (В. Століна, С. Пантелєєва). Отримані описові статистики за його шкалами для обох груп представлені в Таблиці 3.2.5.

Таблиця 3.2.5

**Описові статистики за шкалами опитувальника  
самоствавлення (В. Століна, С. Пантелеєва)**

Ознаки	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Відвертість	6.45	6.23	1.96	1.92
Самовпевненість	9.27	9.80	2.94	2.80
Самокерівництво	7.00	7.47	2.25	1.94
Дзеркальне "Я"	6.32	6.43	2.39	2.65
Самоцінність	9.37	8.93	2.60	2.94
Самоприйняття	7.65	7.90	2.24	2.37
Самоприв'язаність	4.77	4.87	2.55	2.56
Конфліктність	8.18	8.03	4.38	3.95
Самозвинувачення	5.58	5.50	2.92	2.57

Аналіз показників за методикою самохвалення демонструє загальну подібність психологічного портрета дівчат-підлітків у групі естетичного спорту та контрольної групи, але водночас виявляє певні тенденції, що стосуються ключових аспектів самоствавлення.

Найбільш помітна тенденція пов'язана із самооцінкою та внутрішньою позицією. У групі естетичного спорту спостерігається вищий рівень самоцінності (9.37 проти 8.93 у контролі), що може свідчити про більшу внутрішню переконаність у власній значущості та цінності. Цей показник може бути пов'язаний з досягненнями, публічним визнанням та почуттям відповідальності, що формується в професійному спорті. Разом із цим у цій же групі вищий показник відвертості (6.45 проти 6.23), що може вказувати на більшу готовність до відкритої, прямої поведінки.

Однак ці позитивні тенденції супроводжуються іншими даними. У контрольній групі фіксується більший рівень самовпевненості (9.80 проти 9.27) та самокерівництва (7.47 проти 7.00). Це може означати, що дівчата, не пов'язані з вимогливим естетичним середовищем, відчують більшу внутрішню свободу в управлінні своїм життям і прийнятті рішень, а також більш тверду впевненість

у своїх силах без постійної зовнішньої оцінки.

Показники, пов'язані з соціальним відображенням (дзеркальне "Я") та емоційним ставленням до себе (самоприйняття, самоприв'язаність), практично ідентичні в обох групах. Це свідчить про те, що чутливість до думки оточення та базовий рівень любові до себе є універсальними характеристиками підліткового віку і не залежать від специфіки діяльності.

Також важливо відзначити, що рівень внутрішньої конфліктності є високим в обох групах (8.18 та 8.03), що цілком характерно для періоду становлення особистості. Однак дещо більший розкид цих показників у групі естетичного спорту (стандартне відхилення 4.38 проти 3.95) може вказувати на більшу поляризацію: серед спортсменок є як ті, хто переживає мінімальний внутрішній конфлікт, так і ті, хто відчуває його дуже гостро.

Загальний висновок: Зайняття естетичним спортом не формує кардинально іншого самоствавлення, але може створювати певні акценти. З одного боку, воно може сприяти розвитку почуття власної цінності та відвертості. З іншого, може супроводжуватися певним зниженням відчуття самовпевненості та внутрішнього контролю, можливо, через постійну зовнішню оцінку та жорсткі вимоги середовища. Відсутність значної різниці в більшості показників підтверджує, що фундаментальні складові самоствавлення формуються під впливом ширшого кола факторів, ніж професійна діяльність. Для остаточних висновків необхідне порівняння цих середніх значень з використанням критеріїв статистичної значущості.

Таблиця 3.2.6

**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента)  
за шкалами опитувальника самоствалення  
(В. Століна, С. Пантелєєва) при порівнянні групи  
естетичного спорту та контрольної групи**

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Відвертість	0.504	90.0	0.615	0.2183	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самовпевненість	-0.816	90.0	0.417	-0.5258	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самокерівництво	-0.974	90.0	0.333	-0.4667	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Дзеркальне "Я"	-0.201	90.0	0.841	-0.1108	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоцінність	0.725	90.0	0.470	0.4376	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоприйняття	-0.502	90.0	0.617	-0.2548	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоприв'язаність	-0.163	90.0	0.871	-0.0925	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Конфліктність	0.153	90.0	0.879	.1441	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самозвинування	0.129	90.0	0.898	0.0806	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Результати статистичного порівняння за t-критерієм Стьюдента однозначно демонструють, що жодна з виявлених раніше чисельних розбіжностей між групами за шкалами самоствалення не є статистично значущою. Усі отримані p-значення (рівень значущості) значно перевищують загальноприйнятий поріг у 0.05, перебуваючи в діапазоні від 0.333 до 0.898.

Це означає, що ймовірність виникнення спостережуваних відмінностей у середніх значеннях виключно через випадкові коливання у вибірках є дуже високою – від 33% до майже 90%. Нульова гіпотеза про відсутність реальних відмінностей між популяціями, з яких взяті вибірки, не може бути відхилена.

Отже, група дівчат, зайнятих у естетичному спорті, та контрольна група є статистично невідмінними за всіма складовими самоствавлення, що вимірювалися методикою. Це стосується як потенційно позитивних аспектів (відвертість, самоцінність), так і складних (конфліктність, самозвинувачення), а також показників, що стосуються впевненості та самокерування. Попередньо відмічені тенденції (наприклад, дещо вища самоцінність у спортсменок або вища самовпевненість у контрольної групи) виявляються лише числовими артефактами вибірки, а не відображенням систематичних відмінностей, властивих цим групам у цілому. Вони не мають статистичної ваги та не можуть бути основою для наукових висновків. Отримані дані підсилюють висновок про те, що фундаментальні структури самоствавлення в підлітковому віці формуються під впливом загальних факторів (вікові кризи, соціалізація, сімейне середовище, культурний контекст), а специфіка професійної діяльності у вигляді естетичного спорту не є визначальним фактором, що призводить до якісно іншого рівня самовпевненості, самоприйняття або внутрішнього конфлікту.

Отримані статистичні дані не підтверджують гіпотезу про те, що професійне залучення до естетичних видів спорту формує суттєво відмінний рівень самосхвалення у дівчат-підлітків порівняно з їхніми однолітками, які займаються іншими видами спорту або не займаються спортом взагалі. Це свідчить про те, що ключові аспекти ставлення до себе формуються під впливом ширшого кола факторів, а специфіка цієї діяльності не є визначальною для даного психологічного конструкту.

Для наочності та візуалізації отриманих даних результати за шкалами самосхвалення представлені нижче у графічному вигляді.

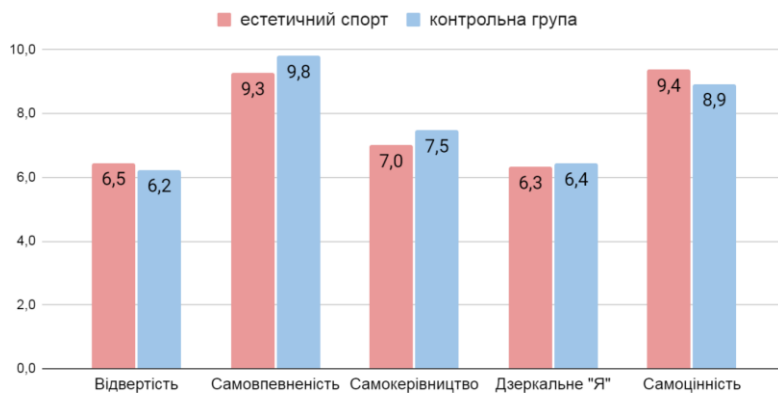


Рис. 3.2.1. Діаграми для шкал опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелеєва) (частина 1)

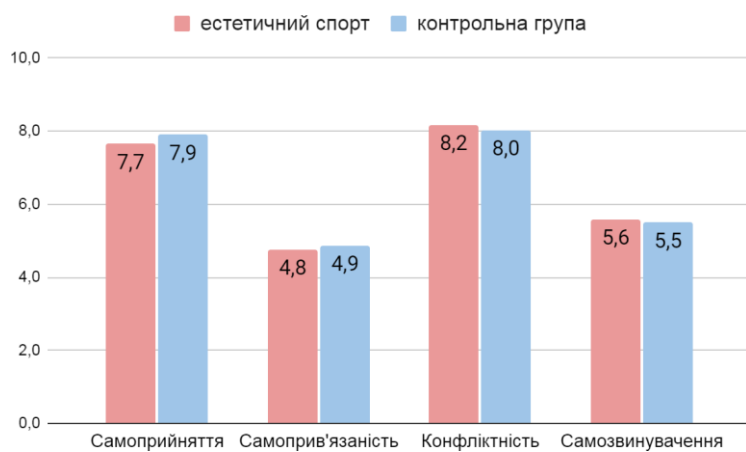


Рис. 3.2.2. Діаграми для шкал опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелеєва) (частина 2)

### 3.3. Кореляційні зв'язки між образом тіла, самостваленням та харчовою поведінкою

Відповідно до однієї з ключових цілей дослідження, а саме вивчення взаємозв'язку між образом власного тіла та харчовою поведінкою, наступним етапом роботи став кореляційний аналіз. Попередня перевірка розподілу даних за шкалами показала, що частина з них не відповідає критерію нормальності. Через порушення цієї статистичної передумови застосування параметричних методів було обрано непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ), що є адекватним для аналізу зв'язків між змінними з розподілом, що відхиляється від нормального.

Таблиця 3.3.1

#### Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (експериментальна група)

Ознаки		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Розлад харчової поведінки	коєф. Спірмена	0.633 ***	–
	P	< .001	–
Обмежувальна харчова поведінка	коєф. Спірмена	0.598 ***	0.768 ***
	P	< .001	< .001
Емоційгенна харчова поведінка	коєф. Спірмена	0.311 *	0.411 ***
	P	0.014	< .001
Екстернальна харчова поведінка	коєф. Спірмена	0.052	0.076
	P	0.686	0.560

Кореляційний аналіз, проведений у групі дівчат, зайнятих естетичним спортом, виявив низку статистично значущих взаємозв'язків. Було встановлено, що Невдоволеність власним тілом має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалою Розлад харчової поведінки, а також з Обмежувальною та Емоціогенною харчовою поведінкою. Це означає, що чим вищий рівень незадоволеності своєю фізичною формою у спортсменок, тим вищою є ймовірність прояву симптомів розладів харчування, тенденції до суворих дієт та схильності «заїдати» емоції. Натомість, жодного статистично значущого зв'язку між Невдоволеністю тілом та Екстернальною харчовою поведінкою (споживання через зовнішні стимули) виявлено не було.

Ці зв'язки мають логічне психологічне пояснення. Почуття невдоволеності власним тілом часто породжує хронічний стрес, тривогу та зниження настрою. У такому емоційному стані індивіди схильні вдаватися до дезадаптивних стратегій регуляції, серед яких обмеження в їжі або, навпаки, емоційне переїдання. У контексті естетичного спорту ці процеси можуть посилюватися специфічним соціокультурним тиском – вимогами до зовнішності та ваги не лише з боку медіа, а й безпосередньо з боку тренерів, суддів та часто батьків. Відсутність зв'язку з екстернальною поведінкою може пояснюватися віковими та контекстуальними особливостями. Підлітки, які живуть з батьками, часто не мають повного контролю над вибором їжі, а спортсменки додатково характеризуються розвиненим самоконтролем, що робить їх менш схильними до ситуативного переїдання через зовнішні стимули.

Взаємозв'язок загальних ризиків РХП (ЕАТ-26) з типами харчової поведінки (DEBQ)

Подальший аналіз показав, що загальний показник Розлад харчової поведінки за методикою ЕАТ-26 також позитивно корелює з Обмежувальною та Емоціогенною поведінкою за DEBQ, і аналогічно не виявляє зв'язку з Екстернальною поведінкою.

Ці результати узгоджуються з клінічною картиною, оскільки розлади харчування часто мають глибокий психологічний корінь. Обмежувальна поведінка може бути прямим проявом спроб контролювати вагу та форму тіла,

характерних для анорексії, тоді як емоціогенна поведінка відображає стратегію впоратися з емоційним дискомфортом або стресом, що властиве як булімії, так і компульсивному переїданню. Таким чином, обидва ці типи поведінки можуть входити до спектру стратегій, що супроводжують або лежать в основі розвитку РХП. Відсутність зв'язку з екстернальною поведінкою ще раз наголошує на тому, що проблемне харчування в даному контексті більше визначається внутрішніми психологічними конфліктами та тиском, ніж реакцією на зовнішні обставини (наприклад, доступність смажної їжі).

Загальний висновок: Виявлена система кореляцій у групі естетичного спорту утворює логічний зв'язок: соціокультурний та професійний тиск → підвищена невдоволеність тілом → емоційний дискомфорт і потреба в контролі → обмежувальна та/або емоціогенна харчова поведінка → підвищені ризики розладів харчової поведінки. Ця ланцюгова реакція ілюструє механізм, через який специфічне середовище естетичного спорту може сприяти формуванню психологічних передумов для проблем з харчуванням, навіть якщо загальний рівень цих проблем не відрізняється статистично від контрольної групи.

Таблиця 3.3.2

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (контрольна група)**

Шкали		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Розлад харчової поведінки	коэф. Спірмена	0.592 ***	–
	P	< .001	–
Обмежувальна харчова поведінка	коэф. Спірмена	0.600 ***	0.447 *
	P	< .001	0.013
Емоціогенна харчова поведінка	коэф. Спірмена	0.295	0.146
	P	0.113	0.442
Екстернальна харчова поведінка	коэф. Спірмена	-0.039	-0.196
	P	0.839	0.300

Кореляційний аналіз, проведений у контрольній групі дівчат, не зайнятих естетичним спортом, виявив більш вузьку, але статистично дуже сильну систему зв'язків. Було встановлено, що Невдоволеність власним тілом має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалою Розлад харчової поведінки (коефіцієнт Спірмена = 0.592,  $p < 0.001$ ). Серед шкал харчової поведінки (DEBQ) надійний позитивний зв'язок виявлений лише з Обмежувальною харчовою поведінкою (коефіцієнт Спірмена = 0.600,  $p < 0.001$ ). Зв'язків з Емоціогенною та Екстернальною поведінкою не знайдено.

Аналогічний патерн спостерігається і при аналізі зв'язку загальних ризиків РХП: показник Розлад харчової поведінки (EAT-26) також позитивно корелює лише з Обмежувальною поведінкою (коефіцієнт Спірмена = 0.447,  $p = 0.013$ ).

Ці дані дозволяють зробити висновок про інший, більш спрямований механізм зв'язку між самосприйняттям та харчуванням у дівчат, які не знаходяться під специфічним професійним тиском естетичного спорту. Отримана картина свідчить про те, що саме обмежувальна поведінка є ключовим і найбільш прямим поведінковим проявом негативного ставлення до тіла в цій групі. Іншими словами, внутрішнє незадоволення своєю зовнішністю у них переважно трансформується в спроби жорсткого контролю харчування: дотримання дієт, обмеження калорій, контроль розміру порцій.

Відсутність значущого зв'язку з емоціогенною поведінкою може означати, що для цих підлітків їжа є менш значущим інструментом емоційної регуляції або що їхній емоційний дискомфорт, пов'язаний із тілом, не знаходить виходу саме через переїдання. Це контрастує з експериментальною групою, де такий зв'язок був чітко виражений, що може вказувати на більший емоційний тиск і специфічний спосіб його компенсації у спортсменок.

Таким чином, результати контрольної групи підкреслюють центральну роль дієтичної поведінки (обмежень) як основної ланки, що пов'язує негативний образ тіла з ризиками розвитку розладів харчування в

загальній популяції підлітків. Це свідчить про те, що втручання та профілактика, спрямовані на формування здорового образу тіла, можуть бути особливо ефективними для зниження поширення обмежувальних практик серед молоді.

Таблиця 3.3.3

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва)**

**(група естетичного спорту)**

Шкали		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.332 **	-0.448 ***
	p	0.008	< .001
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.416 ***	-0.239
	p	< .001	0.061
Самокерівництво	коэф. Спірмена	-0.268 *	-0.170
	p	0.035	0.186
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.356 **	-0.263 *
	p	0.004	0.039
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.633 ***	-0.252 *
	p	< .001	0.048
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.281 *	-0.042
	p	0.027	0.746
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.309 *	-0.235
	p	0.015	0.066
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.567 ***	0.490 ***
	p	< .001	< .001
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.675 ***	0.573 ***
	p	< .001	< .001

Кореляційне дослідження, проведене в групі дівчат, зайнятих естетичними видами спорту, виявило комплексну та статистично надійну

мережу взаємозв'язків між показниками образу тіла, самохвалення та проблем харчування.

У цій групі Невдоволеність власним тілом демонструє сильний позитивний зв'язок із негативними аспектами самоствавлення. Вона достовірно позитивно корелює з Конфліктністю (коэф. Спірмена = 0.567,  $p < 0.001$ ) та Самозвинуваченням (коэф. Спірмена = 0.675,  $p < 0.001$ ). Одночасно з цим виявлені статистично значущі негативні кореляції з усіма іншими шкалами самохвалення, що відображають позитивні складові самоствавлення, такі як впевненість, цінність себе та гармонійність. Найбільшість цих зв'язків мають середню та сильну силу. Ця картина чітко ілюструє психологічний вплив середовища естетичного спорту. Постійна увага до зовнішності та її оцінка роблять спортсменок надзвичайно чутливими до будь-яких невідповідностей ідеалу. Незадоволеність своїм тілом переростає у внутрішній розлад (конфліктність) і тенденцію звинувачувати себе (самозвинувачення), одночасно підриваючи фундамент позитивного самовідчуття, знижуючи самоцінність, впевненість та здатність до відвертості.

Показник Розлад харчової поведінки демонструє практично ідентичну модель зв'язків. Він також має сильні позитивні кореляції з Конфліктністю (коэф. Спірмена = 0.490,  $p < 0.001$ ) та Самозвинуваченням (коэф. Спірмена = 0.573,  $p < 0.001$ ). При цьому він негативно пов'язаний з такими ресурсними шкалами, як Відвертість (коэф. Спірмена = -0.448,  $p < 0.001$ ), Дзеркальне "Я" (коэф. Спірмена = -0.263,  $p = 0.039$ ) та Самоцінність (коэф. Спірмена = -0.252,  $p = 0.048$ ).

Отримані дані формують цілісну психологічну схему: невдоволеність тілом виступає як центральний чинник, що підриває психологічне благополуччя: вона посилює внутрішній розкол (конфліктність) та аутоагресію (самозвинувачення), знижуючи позитивне самовідчуття. Цей психологічний стан створює родовище для розвитку дезадаптивної харчової поведінки. Однак проблеми з харчуванням не лише є наслідком, але й власним чином поглиблюють цю негативну динаміку, утворюючи порочне коло. Загальний паттерн свідчить про те, що у дівчат естетичного спорту наявність ризиків РХП

тісно переплетена з деформованою структурою самоствавлення, для якої характерні високий внутрішній конфлікт, самозвинувачення та дефіцит самоповаги, впевненості та відкритості.

Аналіз також виявив статистичні тенденції (р-значення близькі, але вищі за 0.05), які вказують на можливі негативні зв'язки показника Розлад харчової поведінки з Самовпевненістю ( $p = 0.061$ ) та Самоприв'язаністю ( $p = 0.066$ ). Це дозволяє припустити, що на більшій вибірці ці зв'язки могли б стати статистично значущими, ще більше посиливши картину загального погіршення самоствавлення на тлі проблем із харчуванням.

Таблиця 3.3.4

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелеєва) (контрольна група)**

Шкали		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.406 *	-0.196
	p	0.026	0.300
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.511 **	-0.495 **
	p	0.004	0.005
Самокерівництво	коэф. Спірмена	-0.623 ***	-0.567 **
	p	< .001	0.001
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.662 ***	-0.620 ***
	p	< .001	< .001
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.459 *	-0.673 ***
	p	0.011	< .001
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.553 **	-0.301
	p	0.002	0.106
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.344	-0.315
	p	0.063	0.090
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.591 ***	0.521 **
	p	< .001	0.003
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.443 *	0.449 *
	p	0.014	0.013

Кореляційне дослідження в контрольній групі підтвердило загальну схему зв'язків, виявлених у спортсменок, але з деякими специфічними акцентами. Це свідчить про універсальність основних психологічних механізмів, що пов'язують ставлення до тіла, самооцінку та харчування у підлітковому віці.

У контрольній групі невдоволеність власним тілом також демонструє чіткий позитивний зв'язок із негативними складовими самоохвалення. Вона сильно позитивно корелює з Конфліктністю (коэф. Спірмена = 0.591,  $p < 0.001$ ) та Самозвинуваченням (коэф. Спірмена = 0.443,  $p = 0.014$ ). Паралельно спостерігаються статистично значущі негативні зв'язки з усіма іншими шкалами самоохвалення, що відображають позитивні аспекти самоствалення. Варто зазначити, що для шкали Самоприв'язаність зв'язок хоча і не досяг строгого порогу значущості (коэф. = -0.344,  $p = 0.063$ ), проте  $p$ -рівень є досить низьким, що дозволяє припустити, що на більшій вибірці цей негативний зв'язок також міг би стати статистично значущим.

Показник Розлад харчової поведінки в контрольній групі пов'язаний із самостваленням ще більш виразно. Він має позитивні кореляції з Конфліктністю (коэф. Спірмена = 0.521,  $p = 0.003$ ) та Самозвинуваченням (коэф. Спірмена = 0.449,  $p = 0.013$ ). При цьому виявлено низку сильних негативних кореляцій із ключовими ресурсними шкалами: Самовпевненістю (коэф. = -0.495,  $p = 0.005$ ), Самокерівництвом (коэф. = -0.567,  $p = 0.01$ ), Дзеркальним «Я» (коэф. = -0.620,  $p < 0.001$ ) та Самоцінністю (коэф. = -0.673,  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що наявність проблем із харчуванням у дівчат контрольної групи тісно пов'язана з низькою впевненістю в собі, відчуттям втрати контролю, залежністю від думки оточуючих та, найбільш суттєво, з різким зниженням почуття власної цінності.

Схожість основних кореляційних патернів у групі естетичного спорту та контрольної групи пояснюється тим, що певний рівень невдоволеності тілом є загальним явищем для підліткового періоду, незалежно від

професійної діяльності. В обох групах негативне ставлення до тіла виступає як стресор, який посилює внутрішню конфліктність, самокритику та підриває позитивне самоставлення. У свою чергу, дезадаптивна харчова поведінка (особливо обмежувальна, як показано раніше) виявляється пов'язаною з цим погіршенням психологічного благополуччя, утворюючи замкнене коло.

Отримані дані підкреслюють, що невдоволеність тілом та ризики розладів харчування є не ізольованими проблемами, а складовими частинами загального психологічного стану особистості, що характеризується високою внутрішньою напругою та дефіцитом самоповаги. Цей фундаментальний зв'язок є характерним для дівчат-підлітків загалом, а специфіка естетичного спорту може лише модифікувати окремі його поведінкові прояви (наприклад, додаючи емоційну складову), але не змінює базової психологічної динаміки.

Таблиця 3.3.5

**Кореляційні зв'язки Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника самоставлення (В. Століна, С. Пантелєєва) (група естетичного спорту)**

Шкали		Обмежувальна харчова поведінка	Емоційна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.415 ***	-0.390 **	-0.207
	r	< .001	0.002	0.106
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.195	-0.096	-0.121
	r	0.129	0.456	0.350
Самокерівництво	коэф. Спірмена	0.051	-0.190	-0.105
	r	0.694	0.139	0.418
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.200	-0.097	-0.099
	r	0.118	0.452	0.442
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.288 *	-0.056	0.046
	r	0.023	0.667	0.724
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.061	0.256 *	0.186

	p	0.638	0.044	0.147
Самоприв'язаність	коэф.Спірмена	-0.143	-0.068	0.015
	p	0.266	0.597	0.911
Конфліктність	коэф.Спірмена	0.370 **	0.363 **	0.127
	p	0.003	0.004	0.324
Самозвинувачення	коэф.Спірмена	0.390 **	0.303 *	0.055
	p	0.002	0.017	0.673

Подальше дослідження взаємозв'язків між конкретними типами харчової поведінки та аспектами самоствалення в групі естетичного спорту виявило специфічні та осмислені кореляції.

Обмежувальна харчова поведінка демонструє характерний патерн зв'язків: вона має негативні кореляції з такими ресурсними шкалами, як Відвертість (-0.415\*) та Самоцінність (-0.288\*). Одночасно вона позитивно корелює з показниками внутрішнього неблагополуччя – Конфліктністю (0.370) та Самозвинуваченням (0.390). Цю модель можна пояснити тим, що практики жорсткого обмеження в їжі, спрямовані на контроль ваги та зовнішності, часто супроводжуються психологічними витратами. Вони можуть підривати відкритість і впевненість у собі, водночас посилюючи внутрішню напругу та критичне ставлення до себе.

Емоціогенна харчова поведінка ("заїдання" емоцій) пов'язана із самостваленням дещо інакше. Вона також негативно корелює з Відвертістю (-0.390) і позитивно корелює з Конфліктністю (0.363) та Самозвинуваченням (0.303). Крім того, виявлено неочікуваний позитивний зв'язок із Самоприйняттям (0.256). Це може свідчити про складний характер емоційного харчування: воно може бути як наслідком негативних станів (тривога, стрес, конфлікт), так і, парадоксальним чином, супроводжуватися певним рівнем самоприйняття цього способу впоратися з емоціями, особливо в середовищі, де висока самокритична оцінка часто зосереджена на зовнішності, а не на внутрішніх станах.

Екстернальна харчова поведінка не продемонструвала жодних

статистично значущих зв'язків зі шкалами самоствавлення, що підтверджує її ситуативний, менш особистісний характер.

Отримані результати ілюструють складну психологічну динаміку, характерну для дівчат у естетичному спорті. Контекст високої оцінки зовнішності створює потужний тиск, який може проявлятися двома основними дезадаптивними шляхами: через обмежувальну поведінку, яка прямо пов'язана зі зниженням самоцінності та посиленням внутрішнього конфлікту; через емоціогенну поведінку, яка виступає як спроба регуляції стресу та тривоги, що також негативно впливає на відкритість і підвищує самозвинувачення.

Відсутність зв'язків екстернальної поведінки з самоствавленням підкреслює, що саме ці два типи – обмежувальний та емоціогенний – є найбільш інтегрованими в структуру особистості та найбільш чутливими до впливу специфічного професійного середовища. Ці знахідки підтверджують, що харчова поведінка у спортсменок є не просто сумою звичок, а складною психологічною реакцією, тісно переплетеною з їхнім самовідчуттям, рівнем внутрішньої напруги та способами подолання емоційного стресу, індукованого вимогами до ідеального тіла.

Таблиця 3.3.6

**Кореляційні зв'язки Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) (контрольна група)**

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Відвертість	коеф. Спірмена	-0.136	-0.219	-0.178
	p	0.475	0.244	0.347
Самовпевненість	коеф. Спірмена	-0.119	-0.144	0.056
	p	0.530	0.448	0.770
Самокерівництво	коеф. Спірмена	-0.403 *	0.008	0.167
	p	0.027	0.965	0.379

Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.578 ***	-0.135	-0.114
	p	< .001	0.476	0.547
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.267	-0.217	0.102
	p	0.154	0.250	0.591
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.424 *	0.189	0.324
	p	0.020	0.318	0.080
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.162	0.106	0.198
	p	0.393	0.577	0.295
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.333	0.278	0.086
	p	0.072	0.137	0.651
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.351	0.049	0.031
	p	0.057	0.795	0.870
Невдоволеність власним тілом	коэф. Спірмена	0.600 ***	0.295	-0.039
	p	< .001	0.113	0.839

Аналіз у контрольній групі виявив більш вузький, але дуже чіткий патерн зв'язків, який концентрується навколо обмежувальної харчової поведінки та показує її тісний зв'язок із негативним ставленням до тіла та основними структурами самоствавлення.

Обмежувальна харчова поведінка продемонструвала низку статистично значущих кореляцій. Вона негативно корелює з ключовими шкалами, що відображають позитивне та здатне до адаптації самоствавлення: Самокерівництвом (-0.403\*), Дзеркальним "Я" (-0.578\*\*\*) та Самоприйняттям (-0.424\*). Це означає, що чим сильніше дівчата обмежують себе в їжі, тим менший відчують внутрішній контроль над своїм життям, тим більше залежать від оцінки оточуючих і тим гірше приймають себе загалом.

Найсильніший зв'язок виявлений із центральним для дослідження конструктом: обмежувальна поведінка має потужну позитивну кореляцію з

Невдоволеністю власним тілом (0.600\*\*\*). Це прямо вказує на те, що в контрольній групі саме дієтичні практики є основним поведінковим інструментом реагування на негативне сприйняття своєї фізичності. Крім того, можна припустити наявність тенденцій до позитивних зв'язків із Конфліктністю та Самозвинуваченням, що потребує перевірки на більшій вибірці.

Емоціогенна та Екстернальна харчова поведінка не показали статистично значущих зв'язків зі шкалами самоствавлення в цій групі.

Отримані результати свідчать про те, що в загальній популяції підлітків, не залучених до естетичного спорту, проблемна харчова поведінка має більш локалізований і спрямований характер. Ключовим механізмом є перетворення невдоволеності тілом на обмежувальні практики. Цей шлях безпосередньо пов'язаний із:

- Втратою відчуття власного контролю (низьке самокерівництво).
- Поглибленою залежністю від соціальної оцінки (низьке дзеркальне "Я").
- Загальним погіршенням самоприйняття.

Відсутність зв'язків емоціогенної поведінки з самоствавленням може вказувати на те, що в цій групі емоційне переїдання не є структурованим способом регуляції станів, пов'язаних із самооцінкою та конфліктами, а може бути більш ситуативним або пов'язаним із іншими факторами.

Таким чином, у контрольній групі обмежувальна харчова поведінка виступає як основний, поведінковий індикатор та наслідок негативного образу тіла, що супроводжується втратою ключових психологічних ресурсів – автономії, незалежності від думки оточуючих та гармонійного прийняття себе. Це підкреслює важливість профілактичних програм, спрямованих на формування здорового образу тіла та критичного сприйняття дієтичної культури серед підлітків.

### 3.4. Факторний аналіз взаємозв'язків образу власного тіла та харчової поведінки

На наступному етапі дослідження ми звернулися до експлораторного факторного аналізу з метою глибшого дослідження внутрішньої структури взаємозв'язків між показниками образу власного тіла та харчової поведінки в групі дівчат, зайнятих естетичними видами спорту. Цей метод дозволяє виявити латентні (приховані) фактори, які лежать в основі спостережуваних кореляцій між змінними, і тим самим зменшити розмірність даних, об'єднавши взаємопов'язані шкали в більш загальні, осмислені конструкти. Отже, факторний аналіз допоможе не лише підтвердити виявлені раніше зв'язки, але й виявити базові психологічні синдроми або виміри, що об'єднують специфічні переживання щодо тіла та конкретні моделі харчової поведінки саме в цій групі.

Таблиця 3.4.1

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26), опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (група естетичного спорту)**

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	02.03	40.6	40.6
2	1.20	24.1	64.7

Перед застосуванням факторного аналізу в групі естетичного спорту була проведена перевірка статистичних передумов для коректності його використання. Результати перевірки підтвердили адекватність даних. Критерій сферичності Барлетта дав статистично значущий результат ( $\chi^2 = 121$ ,  $p < 0.001$ ), що свідчить про наявність достатньої кількості значущих кореляцій між змінними. Коефіцієнт адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна

(КМО = 0.716) перевищив прийнятний поріг, вказуючи на те, що вибіркові дані є придатними для структуризації шляхом факторного аналізу.

Для об'єктивного визначення кількості значущих факторів була використана техніка паралельного аналізу, яка показала доцільність виділення двох основних факторів. Оскільки між цими факторами була виявлена статистично значуща взаємкореляція ( $r = 0.427$ ), що свідчить про їхній зв'язок, для подальшого виділення структури було застосовано метод косоного обертання (oblimin). Цей метод дозволяє отримати більш реальну психологічну картину, не накладаючи штучного обмеження про незалежність факторів.

В результаті аналізу були виділені два корельовані між собою фактори, що мають різну пояснювальну силу. Перший фактор виявився найбільш інформативним, пояснюючи 40.6% загальної дисперсії змінних, що вказує на його домінуючу роль у структурі досліджуваних явищ. Другий фактор мав меншу, але також значну вагу, пояснюючи додатково 24.1% дисперсії. Сукупна пояснювальна здатність цих двох факторів (64.7%) свідчить про їхню повноту та адекватність для опису взаємозв'язків між образом тіла та харчовою поведінкою у досліджуваній групі.

Таблиця 3.4.2

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах опитувальника образу власного тіла (ООВТ), опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) та Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (група естетичного спорту)**

Шкали	Фактор 1	Фактор 2	Унікальність
Невдоволеність власним тілом	0.730		0.531
Розлад харчової поведінки	0.846		0.238
Обмежувальна харчова поведінка	0.850		0.236
Емоціогенна харчова поведінка		0.788	0.237
Екстернальна харчова поведінка		0.742	0.523

В результаті факторного аналізу було виявлено двовимірну структуру, що описує основні зв'язки між образом тіла та харчовою поведінкою в групі естетичного спорту.

Перший і найбільш значимий фактор (40.6% поясненої дисперсії) об'єднав три ключові шкали: Невдоволеність власним тілом, Розлад харчової поведінки та Обмежувальну харчову поведінку. Цей фактор отримав інтерпретацію "Проблеми з самосприйняттям та харчуванням", оскільки він відображає тісний взаємозв'язок між негативним сприйняттям власної фізичності та активними, часто дезадаптивними, спробами контролювати харчування. Високі факторні навантаження (0.730, 0.846 та 0.850 відповідно) свідчать про те, що ці три змінні є маніфестаціями одного глибинного конструкту. У контексті естетичного спорту цей фактор вказує на центральний конфлікт: прагнення до ідеалу тіла через обмеження в їжі може одночасно бути як причиною, так і наслідком погіршення психічного стану та формування ризикованої харчової поведінки.

Другий фактор (24.1% поясненої дисперсії) включив Емоціогенну та Екстернальну харчову поведінку і був названий "Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки". Цей фактор підкреслює роль зовнішніх та внутрішніх нехарчових стимулів у регуляції споживання їжі. Високі навантаження (0.788 та 0.742) показують, що реакція на емоції та зовнішні подразники (наприклад, вигляд їжі чи соціальний контекст) утворюють інший, відносно незалежний вимір харчової поведінки. У середовищі естетичного спорту емоційне харчування може бути реакцією на хронічний стрес, тоді як екстернальна поведінка може відображати вплив зовнішнього оточення (наприклад, режим харчування в команді).

Таким чином, факторний аналіз підтвердив, що харчова поведінка дівчат у естетичному спорті визначається двома основними, корельованими між собою групами чинників. Перший – це проблемно-орієнтований вимір, де фокус на недоліках тіла безпосередньо пов'язаний із ризиковими практиками харчування. Другий – це реактивний вимір, де харчування виступає інструментом реагування на емоційні стани та

зовнішні обставини.

Подальший етап дослідження: інтеграція самоствалення

Після виявлення цієї двофакторної структури наступним етапом стало включення до аналізу опитувальника самоствалення. Спочатку був проведений кореляційний аналіз для дослідження зв'язків між виявленими факторами (та окремими шкалами) та різними аспектами самоохвалення. Потім, з метою отримання цілісної картини, ми вирішили провести нову процедуру експлораторного факторного аналізу, включивши до нього шкали всіх обраних методик: образу тіла, харчової поведінки та самоствалення. Це дозволить виявити загальні латентні фактори, які об'єднують ставлення до тіла, патерни харчування та різні грані самоствалення в єдину психологічну структуру.

Таблиця 3.4.3

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту)**

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	4.08	29.2	29.2
2	2.31	16.5	45.7
3	1.56	11.1	56.8

Перед проведенням інтегрованого факторного аналізу за участю всіх методик було перевірено статистичну придатність даних з групи естетичного спорту для цієї процедури. Результати перевірки підтвердили високу придатність: критерій сферичності Бартлетта дав статистично значущий результат ( $\chi^2 = 456$ ,  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що матриця кореляцій між усіма змінними (шкалами образу тіла, харчової поведінки та самоствалення) є достатньо відмінною від одиничної матриці, тобто між змінними існують суттєві взаємозв'язки, які має сенс аналізувати факторним методом. коефіцієнт адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна (КМО) склав 0.794. Це значення перевищує рекомендований поріг (0.70) і вказує на високий рівень

адекватності вибірових даних для факторного аналізу. Можна стверджувати, що вибіркова дисперсія змінних добре пояснюється їхніми взаємозв'язками.

Таким чином, обидва критерії однозначно підтвердили доцільність та коректність застосування факторного аналізу до наявних даних.

Для визначення оптимальної кількості факторів, які слід виділити, була використана об'єктивна техніка паралельного аналізу (Monte Carlo simulation). Цей метод показав, що доцільно виділити три фактори.

Оскільки попередній аналіз показав, що між першим і другим факторами існує статистично значуща зворотна кореляція (-0.379), що свідчить про їхню зв'язаність, було використано метод косоного обертання (oblimin). Цей тип обертання дозволяє факторам корелювати між собою, що є більш відповідним для психологічних даних, де латентні конструкти рідко бувають абсолютно незалежними.

Отримана трифакторна структура має наступну пояснювальну силу:

- Фактор 1 є найбільш значущим, пояснюючи 29.2% загальної дисперсії всіх змінних.
- Фактор 2 має середню важливість і пояснює 16.5% дисперсії.
- Фактор 3 є найменш інформативним з трійки, але все ж пояснює значну частину дисперсії – 11.1%.

Сумарно ці три фактори пояснюють 56.8% загальної дисперсії, що свідчить про їхню достатню повноту та здатність відобразити основні закономірності у взаємозв'язках між образом тіла, харчовою поведінкою та самоставленням у досліджуваній групі.

Таблиця 3.4.4

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту)**

Шкали	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Унікальність
Невдоволеність власним тілом	-0.441	0.576		0.305
Розлад харчової поведінки		0.689		0.373
Обмежувальна харчова поведінка		0.918		0.156

Емоційна харчова поведінка			0.837	0.155
Екстернальна харчова поведінка			0.557	0.690
Відвертість	0.430			0.647
Самовпевненість	0.684			0.518
Самокерівництво	0.721	0.305		0.544
Дзеркальне "Я"	0.753			0.436
Самоцінність	0.692		0.304	0.278
Самоприйняття	0.496		0.429	0.564
Самоприв'язаність	0.705			0.555
Конфліктність	-0.618			0.382
Самозвинувачення	-0.553			0.443

Результати інтегрованого факторного аналізу дозволили виявити три основні, психологічно осмислені латентні структури, що описують взаємозв'язок образу тіла, харчової поведінки та самоствалення у дівчат, зайнятих естетичним спортом.

Фактор 1: «Здорове самосприйняття та вдовolenеність тілом» Цей найвагоміший фактор (29.2% дисперсії) чітко розділив змінні на дві протилежні групи. Негативне навантаження на нього мають показники Невдоволеності власним тілом, Конфліктності та Самозвинувачення. Позитивне навантаження – усі інші шкали самосхвалення: Відвертість, Самовпевненість, Дзеркальне «Я», Самоцінність, Самоприйняття, Самоприв'язаність. Таке розподілення дозволяє інтерпретувати цей фактор як біполярний континуум психологічного благополуччя. Один його полюс представляє гармонійне, позитивне самосприйняття, що характеризується впевненістю, цінністю себе, відкритістю та злагодженими стосунками з оточенням, що супроводжується прийняттям свого тіла. Протилежний полюс – це стан внутрішньої дисгармонії, наповнений незадоволеністю своєю фізичністю, внутрішніми конфліктами та звинуваченнями себе.

Фактор 2: «Проблеми з харчуванням та образом тіла»  
Другий фактор (16.5% дисперсії) інтегрував змінні, що описують проблемну сферу. До нього увійшли Невдоволеність власним тілом, Розлад харчової поведінки, Обмежувальна харчова поведінка та Самокерівництво. Наявність останньої шкали (*самокерівництво*) в цьому факторі є ключовою: вона вказує на те, що проблеми з харчуванням та негативний образ тіла в даному контексті тісно пов'язані зі спотвореним відчуттям внутрішнього контролю. Це не просто втрата контролю, а наполегливі, але дезадаптивні спроби його здійснити через жорстке регулювання їжі та ваги, що, однак, лише посилює внутрішню дисфункцію. Цей фактор можна розглядати як синдром деструктивного контролю, де прагнення керувати собою виражається через шкідливі для психічного та фізичного здоров'я практики.

Фактор 3: «Емоційно-соціальна регуляція та самоповага»  
Третій фактор (11.1% дисперсії) об'єднав, на перший погляд, різноманітні змінні: Емоційну та Екстернальну харчову поведінку, а також Самоцінність та Самоприйняття. Така структура свідчить про складний характер взаємодії. Вона може відображати модель, в якій харчування виступає інструментом реагування на емоції та соціальний контекст, що відбувається на тлі збереженої (або навіть високої) самоцінності та базового самоприйняття. Це може бути особливістю середовища естетичного спорту, де загальна впевненість у своїй професійній цінності може співіснувати з ситуативним емоційним переїданням або реакцією на зовнішні подразники. Таким чином, цей фактор описує не стільки проблемну, скільки адаптаційно-реактивну складову поведінки, пов'язану з самооцінкою.

Отже, три виявлені фактори формують комплексну картину. Вони показують, що психологічний стан дівчат у естетичному спорті може характеризуватися: 1) загальним рівнем психологічної злагоди або дисгармонії (Фактор 1); 2) специфічним синдромом деструктивного контролю, що поєднує проблеми з тілом та харчуванням (Фактор 2); та 3) моделлю ситуативної регуляції через їжу на основі збереженої самоцінності (Фактор 3).

Ці виміри є взаємопов'язаними, але описують різні рівні та механізми впливу на загальне самопочуття та харчову поведінку.

### 3.5. Множинні лінійні регресійні моделі утворення розладу харчової поведінки

На завершальному етапі аналізу для глибшого з'ясування детермінант формування ризиків розладів харчової поведінки було застосовано метод множинної лінійної регресії. Метою було побудувати статистичну модель, яка б дозволила прогнозувати рівень показника за шкалою «Розлад харчової поведінки» (методика EAT-26) на основі набору незалежних змінних. До числа цих предикторів увійшли:

- «Невдоволеність власним тілом» (за опитувальником ООВТ);
- Усі шкали опитувальника самоставлення (В. Століна, С. Пантелеєва).

Таким чином, регресійний аналіз дав змогу оцінити внесок та відносну важливість кожного з цих психологічних факторів (незадоволеність тілом та різні аспекти самоставлення) у поясненні варіативності рівня ризикованої харчової поведінки у досліджуваній групі. Це дозволило перевірити, які саме компоненти самоставлення, окрім загальної невдоволеності тілом, є найбільш значимими предикторами проблем із харчуванням.

Таблиця 3.5.1

#### Модель множинної лінійної регресії для опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) на групі естетичних спортсменів

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	1.370	1.911	0.717	0.476
Невдоволеність власним тілом	0.602	0.110	5.482	< .001

Результати множинного регресійного аналізу в групі естетичного спорту

виявили надзвичайно чітку та економну прогностичну модель. З усіх розглянутих потенційних предикторів – невдоволеності тілом та всіх шкал самоствавлення – статистично значущим виявився лише один: Невдоволеність власним тілом.

Було побудовано наступне рівняння лінійної регресії:  
 Розлад харчової поведінки =  $1.370 + 0.602 \times$  Невдоволеність власним тілом.

1. Константа (1.370): Це значення вказує на теоретичний рівень ризику розладів харчової поведінки (за шкалою EAT-26) у випадку, якби рівень невдоволеності тілом дорівнював нулю. Фактично, це базовий рівень проблем із харчуванням, не пов'язаний із негативним ставленням до тіла.

2. Коефіцієнт регресії (0.602): Це ключовий параметр моделі, що кількісно описує силу та напрям зв'язку. Він означає, що при зростанні показника невдоволеності тілом на одну одиницю, очікуваний рівень показника «Розлад харчової поведінки» зростає в середньому на 0.602 одиниці. Це вказує на сильний позитивний вплив: чим вища незадоволеність своєю фізичною формою, тим вищі ризики розвитку проблемної харчової поведінки.

Отримана модель демонструє, що в групі дівчат, зайнятих естетичним спортом, рівень невдоволеності власним тілом є єдиним самостійним та потужним статистичним предиктором ризиків розладів харчової поведінки. Жоден з окремих аспектів самоствавлення (самовпевненість, самоцінність, конфліктність тощо) не вніс додаткового значущого внеску в прогнозування, коли в модель було включено змінну невдоволеності тілом. Це підкреслює центральну роль негативного образу тіла як ключового чинника, що запускає або підтримує дезадаптивну харчову поведінку в даному конкретному середовищі. Усі інші психологічні особливості, ймовірно, впливають на харчову поведінку опосередковано, через їхній зв'язок із ставленням до тіла.

Таблиця 3.5.2

**Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Розладу харчової поведінки (опитувальник харчових**

**переваг (D.M.Garner, EAT-26)) на групі естетичних видів спорту**

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.578	0.334

Статистична модель, заснована на невдоволеності тілом, демонструє значну прогностичну здатність. Вона пояснює 33.4% дисперсії (мінливості) показника Розлад харчової поведінки в групі естетичного спорту. Це означає, що приблизно третина всіх індивідуальних відмінностей у рівні ризиків харчової поведінки серед дівчат-спортсменок статистично пов'язана з рівнем їхньої незадоволеності власною фізичною формою.

Отже, отриманий результат підтверджує, що Невдоволеність власним тілом є значним і надійним предиктором Розладів харчової поведінки в даному контексті. Особи з вищим рівнем такого незадоволення мають значно більшу ймовірність демонструвати симптоми проблемного харчування.

Однак важливо підкреслити, що даний фактор не є єдиним. Решта 66.6% мінливості залишаються не поясненими цією моделлю. Ця значна частина дисперсії вказує на вплив інших важливих чинників, які не були враховані в даному дослідженні. До них можуть належати:

- Біологічні та генетичні фактори (сімейна схильність до розладів харчування чи тривожних станів).
- Інші психологічні особливості (рівень перфекціонізму, імпульсивності, навички емоційної регуляції).
- Соціальне середовище (тиск з боку тренера, однолітків, сімейні динаміки та споживацька культура).
- Контекстуальні стреси (травми, вимоги змагань, соціальна ізоляція).

Отже, хоча негативний образ тіла є ключовим вихідним пунктом або потужним каталізатором, розвиток розладів харчової поведінки зазвичай є результатом складної взаємодії множини цих факторів. Профілактичні та корекційні програми мають враховувати як роботу з прийняттям тіла, так і розвиток навичок подолання стресу та критичного ставлення до соціальних і

професійних вимог.

Таблиця 3.5.3

**Модель множинної лінійної регресії для опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) на контрольній групі**

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	24.801	8.288	2.99	0.006
Невдоволеність власним тілом	0.418	0.187	2.23	0.034
Самоцінність	-1.452	0.608	-2.39	0.024
Самоприв'язаність	-1.347	0.625	-2.15	0.041

Регресійний аналіз даних контрольної групи виявив складнішу прогностичну модель порівняно з експериментальною. Рівень ризиків розладів харчової поведінки тут значно залежить від трьох ключових факторів, що утворюють рівняння: Розлад харчової поведінки = 24.801 + 0.418 × (Невдоволеність тілом) – 1.452 × (Самоцінність) – 1.347 × (Самоприв'язаність). Ця модель розкриває важливу динаміку: окрім позитивного впливу незадоволеності тілом (як і в групі спортсменок), на показник РХП потужно впливають дві захисні психологічні змінні. Високий рівень самоцінності, тобто внутрішнього переконання у власній значущості, та самоприв'язаності – емоційної близькості та турботи про себе – виступають вагомими буферами, які значно знижують ризики розвитку проблемної харчової поведінки.

Контраст між групами є суттєвим і дозволяє зробити важливе порівняння. У групі естетичного спорту домінує єдиний і потужний фактор – невдоволеність тілом, що, ймовірно, є прямим наслідком специфічного професійного середовища з його постійним акцентом на оцінці зовнішності. У цьому контексті харчова поведінка часто стає інструментом для досягнення зовнішнього ідеалу. Натомість у контрольній групі картина є більш диференційованою і залежить від загального психологічного

благополуччя. Це свідчить про те, що для дівчат, не пов'язаних з професійним естетичним спортом, наявність глибокої самоповаги та здатності до самоспівчуття може служити потужним захисним механізмом, який компенсує вплив негативного образу тіла та інших життєвих стресорів на формування ризиків щодо харчування.

Таким чином, можна припустити, що професійний контекст естетичного спорту робить образ тіла домінуючим, майже самодостатнім чинником ризику. У той же час у загальній популяції підлітків розвиток проблем із харчуванням сильніше залежить від внутрішнього ресурсу – загального рівня прийняття та любові до себе. Цей висновок підкреслює важливість розвитку саме цих ресурсних якостей – самоцінності та самоприв'язаності – в універсальних програмах профілактики розладів харчової поведінки серед молоді.

Таблиця 3.5.4

**Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Розладу харчової поведінки (опитувальник харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)) на контрольній групі**

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.774	0.600

Побудована множинна регресійна модель для контрольної групи демонструє високу ефективність. Вона здатна пояснити цілих 60% дисперсії (мінливості) показника Розлад харчової поведінки, що свідчить про її значну прогностичну силу для даної вибірки. Цей результат підтверджується двома ключовими статистичними показниками:

Коефіцієнт множинної кореляції ( $R = 0.774$ ) вказує на дуже тісний зв'язок між комбінацією незалежних змінних (невдоволеність тілом, самоцінність, самоприв'язаність) та залежною змінною (рівень РХП). Чисельне значення,

близьке до одиниці, підтверджує, що обраний набір предикторів дійсно добре описує зміни в ризикованій харчовій поведінці.

Коефіцієнт детермінації ( $R^2 = 0.600$  або 60%) безпосередньо показує частку поясненої мінливості. Це означає, що варіації в показниках невдоволеності тілом, самоцінності та самоприв'язаності разом пояснюють дві третини тих індивідуальних відмінностей у рівні симптомів РХП, які спостерігаються у контрольній групі.

Отже, модель є статистично значущою та надійною. Вона не лише описує існуючі зв'язки, але й може слугувати інструментом для прогнозування ймовірності виникнення проблем із харчуванням на основі оцінки цих трьох психологічних характеристик у дівчат-підлітків, які не займаються естетичним спортом. Це відкриває можливості для розробки цільових профілактичних заходів, спрямованих на підвищення самоцінності та розвиток самоприв'язаності як засобів захисту від розладів харчової поведінки.

### **3.6. Практичні рекомендації щодо запобігання розладам харчової поведінки та негативному образу тіла в естетичному спорті**

Результати нашого дослідження підтверджують, що підлітки загалом, а особливо дівчата-спортсменки, зайняті в естетичних видах спорту, перебувають у групі підвищеного ризику розвитку розладів харчової поведінки (РХП). Окрім загального впливу медіа, соціальних мереж та суспільних стандартів, вони додатково зазнають значного тиску з боку професійного середовища – від тренерів, батьків, суддів та одноклубників. Ця концентрована увага на зовнішності та вазі нерідко призводить до їхньої зацикленості на цих аспектах, створюючи родовище для формування деструктивних харчових звичок.

На основі проведеного аналізу ми розробили комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на профілактику РХП серед спортсменок через формування здорового ставлення до тіла.

1. Формування позитивного образу тіла та відмова від стереотипів. Ключовим є сприяння прийняттю спортсменками свого тіла таким, яким воно

є, з акцентом на його функціональність, здоров'я та унікальність. Замість фокусу на зовнішніх стандартах варто підкреслювати цінність тіла як інструменту для досягнення цілей та джерела фізичних можливостей. Важливо уникати й іншої крайності – ставлення до тіла як до бездушної «машини», що може спровокувати дисоціацію та поглибити психологічні проблеми.

2. Розвиток самоцінності та впевненості. Системна підтримка самооцінки через визнання досягнень, акцент на сильних сторонах та талантах поза контекстом зовнішності є життєво важливою. Формування впевненості має ґрунтуватися на успішному виконанні спортивних завдань та особистому прогресі, а не на порівнянні з іншими. Корисними практиками є позитивна самомова, усвідомлення власних сильних сторін тіла (сила, витривалість, координація) та відстеження особистих успіхів.

3. Сприяння всебічному розвитку та самореалізації. Заохочення спортсменок до розвитку поза спортом – через хобі, навчання, інші види діяльності – сприяє формуванню цілісної ідентичності, знижує рівень стресу та створює соціальне середовище, де оцінка не ґрунтується виключно на зовнішності. Підкреслення унікальності кожної особистості допомагає сформувати почуття власної цінності.

4. Професійна освіта в галузі здорового харчування. Через ранній початок кар'єри багато юних спортсменок не мають достатніх знань про принципи збалансованого харчування, адекватного їхнім навантаженням. Систематичні лекції від дієтологів та нутріціологів для спортсменок, тренерів і батьків можуть запобігти небезпечним експериментам з дієтами. Ключові принципи включають регулярне та збалансоване харчування, адекватну гідратацію та звернення до фахівців за необхідності.

5. Системна психологічна підтримка та дестигматизація звернень за допомогою. Необхідно забезпечити легкодоступні та нестигматизовані можливості отримання психологічної допомоги. Тренери, батьки та спортивні адміністратори мають бути обізнані щодо ранніх ознак РХП («червоних прапорців») та знати алгоритми дій. Спортсменкам важливо знати про ресурси допомоги: можливість звернутися до тренера, психолога або приєднатися до

групи підтримки.

6. Формування здорового середовища та культури. Створення в команді атмосфери взаємопідтримки, співпраці та поваги, де конкуренція не перетворюється на ворожнечу, є фундаментом для психологічної стійкості. Паралельно необхідно працювати над популяризацією різноманітності тіл у спортивній культурі та переглядом оціночних критеріїв, де це можливо, з метою зменшення деструктивного впливу суто естетичних вимог.

Запропоновані рекомендації формують цілісний підхід, спрямований не лише на коригування окремих поведінкових паттернів, а й на трансформацію середовища, що їх породжує. Їхня реалізація вимагає спільних зусиль тренерів, психологів, батьків, спортивних федерацій та самих спортсменок і спрямована на те, щоб спортивні досягнення не досягалися ціною психічного та фізичного здоров'я молоді.

### **Висновки до третього розділу**

Емпіричне дослідження дозволило перевірити гіпотези та отримати низку важливих результатів щодо психологічних особливостей та взаємозв'язків, пов'язаних з харчовою поведінкою у дівчат-підлітків, зокрема у контексті занять естетичним спортом.

Статистичний аналіз (t-критерій Стьюдента) не виявив значущих відмінностей між групою дівчат, зайнятих у естетичному спорті, та контрольною групою за такими ключовими параметрами: рівень невдоволеності власним тілом, ризики розладів харчової поведінки (EAT-26), типи харчової поведінки (DEBQ: обмежувальна, емоціогенна, екстернальна) та всі складові самоствавлення (за методикою В. Століна). Це свідчить про те, що на рівні досліджуваної вибірки зайняття естетичним спортом не є однозначним фактором, що формує статистично унікальний психологічний профіль щодо цих змінних.

- У обох групах виявлено сильні та значущі зв'язки. Невдоволеність власним тілом позитивно корелює з ризиками розладів харчової поведінки та

негативними аспектами самоствалення (конфліктністю, самозвинуваченням), а негативно – з позитивними складовими (самоцінністю, самовпевненістю тощо).

- Ключова відмінність полягає в специфіці зв'язку з типами харчової поведінки:

- У групі естетичного спорту незадоволеність тілом пов'язана як з обмежувальною, так і з емоціогенною харчовою поведінкою. Це вказує на комплексний механізм, де емоційний стрес від невідповідності ідеалу може викликати як обмеження в їжі, так і переїдання для його регуляції.

- У контрольній групі виражений зв'язок виявлено лише між невдоволеністю тілом та обмежувальною поведінкою. Це може свідчити про більш прямий і спрямований поведінковий шлях реагування.

Виділено три основних латентних фактори: фактор 1: «Здорове самосприйняття та вдоволеність тілом» – біполярний континуум, що об'єднує всі позитивні аспекти самоствалення та прийняття тіла на одному полюсі та конфліктність, самозвинувачення на іншому; фактор 2: «Проблеми з харчуванням та образом тіла» – інтегрує невдоволеність тілом, ризики РХП та обмежувальну поведінку, підкреслюючи їх тісний зв'язок; фактор 3: «Емоційно-соціальна регуляція» – поєднує емоціогенну та екстернальну харчову поведінку, вказуючи на окремий вимір реакції на емоції та зовнішні стимули.

Виявлено суттєві відмінності між групами у значущих предикторах: у групі естетичного спорту єдиним статистично значущим предиктором ризиків РХП виявилася Невдоволеність власним тілом (пояснює 33.4% дисперсії). У контрольній групі модель є складнішою та ефективнішою (пояснює 60% дисперсії). Окрім невдоволеності тілом, вагомими захисними факторами, що знижують ризики, виступили Самоцінність та Самоприв'язаність (емоційна турбота про себе).

Отже, хоча прямі групові відмінності за рівнем досліджуваних явищ не підтвердилися, аналіз внутрішніх зв'язків виявив різну психологічну структуру та механізми формування ризиків. У середовищі естетичного спорту образ тіла стає домінуючим і самодостатнім фактором ризику. У загальній популяції підлітків ключову роль у профілактиці відіграють ресурси

самоставлення – висока самоцінність та здатність до самоприв'язаності. Це обумовлює необхідність диференційованих підходів у профілактичній роботі: у спорті – з акцентом на формування здорового, нефункціонального ставлення до тіла; у загальній групі – на розвиток глибокої самоцінності, самоповаги та навичок емоційної регуляції.

## ВИСНОВКИ

Наша дипломна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей розладів харчової поведінки дівчат-підлітків, зокрема тих, які займаються естетичними видами спорту. Робота складається з трьох розділів, кожен з яких досліджує різні аспекти цієї проблеми та надає відповідні висновки.

Формування самооцінки та образу тіла є багатограним процесом, що залежить від безлічі чинників, включаючи біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Опрацьована нами наукова література свідчить, що самооцінка пов'язана з особистісними рисами, соціальними впливами та досвідом. Образ тіла, зокрема, формується під впливом культурних ідеалів краси, медіа та соціальних мереж, а також особистих переживань та генетичних факторів. Дослідження показують, що позитивна самооцінка та адекватне сприйняття власного тіла сприяють загальному психологічному благополуччю. Виявлено, що низька самооцінка та незадоволеність власним тілом можуть призводити до різних психічних розладів, таких як розлади харчової поведінки, депресія та тривожні стани.

В даній роботі були розглянуті дослідження та праці вітчизняних та зарубіжних науковців котрі вказують на те, що образ тіла впливає на розвиток самооцінки, соціальної ідентичності та стереотипності особистості. Важливо розуміти цей вплив та розробляти методики для підтримки позитивного образу тіла, особливо у підлітків. Дослідження показали, що відхилення від ідеального образу тіла може призвести до різноманітних розладів, тому важливо розробляти програми підтримки для збереження здорового ставлення до тіла. Також було проведено огляд методів дослідження та визначено цілі та завдання емпіричного дослідження. Описані методи та інструменти, що використовуються для

вивчення самооцінки та уявлення про тіло у дівчат-підлітків, а також надано характеристику вибірки, що брала участь у дослідженні.

В емпіричній частині нашої роботи було виявлено, що підлітки, які займаються естетичними видами спорту, мають меншу схильність до емоціогенної харчової поведінки, ніж їх однолітки, як які не займаються спортом професійно. З цього нами було зроблено висновок, що підлітки-спортсмени можуть справлятися зі своїми емоціями без допомоги їжі.

У дівчат, що займаються естетичними видами спорту, спостерігається підвищена увага до зовнішнього вигляду та образу тіла. Більшість із них прагне відповідати певним естетичним стандартам. Це може бути пов'язано з професійними вимогами та специфікою видів спорту, якими вони займаються. Проте, у частини дівчат спостерігається надмірна критичність щодо власного тіла, що може призводити до незадоволеності власним тілом і, як наслідок, розвитку симптомів розладів харчової поведінки.

В експериментальній групі виявився більш вираженим обмежувальний тип харчової поведінки, що має високу кореляцію з невдоволеністю власним тілом, котра в свою чергу може бути результатом спортивного середовища, в якому знаходяться дівчата. Необхідність контролювати вагу та підтримувати її інколи навіть на критично низькому рівні часто призводить до обмежень в харчуванні. Це виражається в дотриманні строгих дієт, контролю калорій та униканні певних продуктів

Також встановлено позитивну кореляцію між невдоволеністю власним тілом та розладом харчової поведінки. Отримані результати свідчать про важливість підтримки позитивного самовідчуття та здорового ставлення до харчування серед дівчат-підлітків, особливо тих, хто займається естетичними видами спорту.

Підсумовуючи вищесказане можемо зазначити, що уникнення розладів харчової поведінки та підтримка позитивного образу тіла серед підлітків, особливо серед спортсменок, є важливим завданням, яке потребує комплексного підходу та уваги до психологічних та соціальних

аспектів. Наша робота також вказує на необхідність подальших досліджень у цій області та розробки програм підтримки для підлітків, особливо тих, хто знаходиться в групі ризику.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 3. С. 35-43.
2. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 3(1). С. 8-12.
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. Випуск 25. 2014. С. 19-33.
4. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2019. № 43. С. 9–32.
5. Блажіна І. Ю., Русіна С. М., Кобевка В. М. Дослідження сезонності екзацерабації при біполярному афективному розладі. *Клінічна та експериментальна патологія*. Том 22. № 2 (84). 2023. С. 47-51.
6. Бобирьов В. М., Скрипніков А. М., Телюков О. С. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти: навч.-метод. посіб. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133 с.
7. Бойко Є., Лапіна М. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
8. Бурлачук Л., Шебанова В. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12 «Психологічні науки»*. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. № 1 (46). С. 53–66.
9. Буц М. Формування культури здорового харчування школярів. *Молодий вчений*. 2017. № 9.1. С. 13–16.

- 10.Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. Т. 19. № 21. 2018. С. 197–201.
- 11.Вальдамірова О., Ілемкова Г. Дослідження емоційної сфери жінок з порушенням харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології: Проблеми психології творчості : збірник наукових праць*. 2008. С. 211–215.
- 12.Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням / І. Андрікевич та ін. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2017. № 1. Ч. 2. Т. 21. С. 238–241.
- 13.Ворошилїна А. Особливості ставлення до тіла в особистості з різним типом харчової поведінки. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*, м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2020. С. 66–68.
- 14.Ворошилїна А. Особливості ставлення до тіла в особистості з різним типом харчової поведінки. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*. Харків: Діса плюс, 2020. С. 66–68.
- 15.Вострікова О. Перфекціонізм як один з факторів виникнення розладів харчової поведінки. *Психологічні проблеми сучасності : Тези XIV науково-практичної конференції студентів та молодих вчених*. Львів, 2017. С. 9- 11.
- 16.Заїка В. М., Фьодорова І. О. Поняття про афект та його особливості прояву в психології. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф.*, м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ : Університет «Україна», 2017. С. 52-56.
- 17.Зубар Н. Основи фізіології та гігієни харчування : підручник. Київ, 2010. 336 с.
- 18.Капланан Н., Кононенко О. Проблема зайвої ваги як порушення

Додано примітку [OT1]: Усі автори вказуються перед назвою статті

- харчової поведінки особистості. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві* : збірник тез доповідей на Міжнародній науково-практичній конференції, м. Одеса, 5 листопада 2020 р. С. 187–190.
19. Карпенко П., Мельничук Н. Харчова поведінка в комплексі формування адекватної дієтотерапії. *Сімейна медицина*. 2002. № 4. С. 40–41.
20. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2021. 1670 с.
21. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. Вип. 2. 2019. С. 91- 99.
22. Кокашинський В. О. Лікування та реабілітація хворих на тривожнодепресивні розлади з порушеннями харчової поведінки : дис. ... д-ра філософії в галузі медицини: 222. Дніпро, 2024. 189 с.
23. Кокурн О. Психофізіологія. Київ, 2006. 184 с.
24. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178-191.
25. Лапіна М., Бойко Є. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
26. Левченко Д. О. Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я* : матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2020. С. 81-84.
27. Левченко О. І. Соціальні чинники розвитку розладів харчової поведінки в підлітків : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023. 52 с.
28. Леонова Є. Соціально-психологічні типи харчової поведінки. Вісник Удмуртського університету. Серія «Філософія. Психологія Педагогіка». 2017. № 2. С. 174–181.
29. Леонова Є. Соціально-психологічні типи харчової поведінки. *Вісник Удмуртського університету. Серія «Філософія. Психологія Педагогіка»*. 2017. № 2. С. 174–181.

- 30.Лимар Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2018. № 42. С. 93–113.
- 31.Литвин-Кіндратюк С. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Філософія, соціологія, психологія : збірник наукових праць*. Івано-Франківськ: Плай, 2000. Вип. 5, ч. 1. С. 160–165.
- 32.Малина О., Чиганов С. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2019. № 1 (15). С. 78–88.
- 33.Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис*. № 2 (124). 2018. С. 81-89.
- 34.Маслюк А. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2011. Вип. 11. С. 454–463.
- 35.Михайлов Б. В., Табачников С. І., Напреєнко О. К., Домбровська О. К. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки. *Новини української психіатрії*. Харків, 2003.
- 36.Михайлова М. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. *Молодий вчений*. 2020. № 3 (293). С. 296–298.
- 37.Мілютіна К., Богуславська О. Тривожність особистості як чинник індивідуального стилю харчування в умовах невизначеності карантинних обмежень. *Габітус*. 2021. № 25. С. 70–73.
- 38.Мойзріст О. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2009. Вип. 6, ч. 2. С. 85–94.
- 39.Мухамедьяров Н. Образ фізичного Я особистості як складова її Я-

- концепції. *Педагогіка і психологія*. Харків, 2006. С. 84–90.
40. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка*. 2013. Вип. 22. С. 136–140.
41. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*. № 4 (72). 2023. С. 202–211.
42. Огоренко В. В., Кокашинський В. О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2024. Том 32. Випуск 1 (118). С. 56–59.
43. Особливості харчування населення України та їх вплив на здоров'я / В. Москаленко та ін. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*. 2009. № 3. С. 64–73.
44. Підлубний В. Л. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури). *Запорізький медичний журнал*. 2024. Т. 26, №1 (142). С. 78–83.
45. Показники здоров'я лабораторних щурів на фоні незбалансованого харчування / Л. Левченко та ін. *Запорожський медичний журнал*. 2011. Т. 13, № 1. С. 20–22.
46. Причєбуг О.Р. Психологічна підтримка у формування харчової поведінки підлітків в роботі клінічного психолога. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка. Психологія. Медицина»*. 2021. Вип. 4 (4). С. 410–422.
47. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок / З. Антонова та ін. *Габітус. Серія «Психологія особистості»*. 2021. Вип. 27. С. 125–130.
48. Рахубовська Х. Особистісні властивості та розлади в осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія «Психологія»*. 2012. Вип. 44. С. 184–191.
49. Рябова Н. Психологічні особливості харчової поведінки студентської

- молоді. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*. Харків: Діса плюс, 2020. С. 174–177.
50. Савка І. М. Кумулятивний фізіологічний афект: психологічні й правові аспекти: монографія. М-во освіти і науки України, Нац. ун-т «Львів. політехніка». Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 256 с.
51. Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 90 с.
52. Серга Т., Білоусенко М. Психологічні фактори порушення харчової поведінки в жінок середнього віку. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 2 (7). С. 968–979.
53. Спицька Л. В., Завацька Н. Є. Диференціація соціально- психологічних чинників розладів афективного спектру особистості: мікро-, мезо- та макрорівні. *Теоретичні в прикладні проблеми психології*. 2021. С. 146–152.
54. Сутчук В. Вплив сім'ї на формування особистості підлітка. Виступ на батьківських зборах. *Психолог*. 2013. № 18. С. 19–23.
55. Травенко О. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI. Вип. 14. С. 205–214.
56. Сутчук В. Вплив сім'ї на формування особистості підлітка. Виступ на батьківських зборах. *Психолог*. 2013. № 18. С. 19–23.
57. Терещук А. Д. Проблема розвитку особистості з афективними розладами. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI. Випуск 19. 2019. С. 452–467.
58. Травенко О. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI, вип. 14. С. 205–214.
59. Фатеева М. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. ... докт. філос. Київ, 2021. 236 с.

60. Фатєєва М. *Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. ... докт. філос.* Київ, 2021. 236 с.
61. Шебанова В. Анкета прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла»: авторське свідоцтво № 64531 від 18.03.2016 р. Київ : Державна служба інтелектуальної власності України.
62. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Психологічні науки.* 2013. Вип. 2. С. 48-51.
63. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки як феномен захисного реагування. *Вісник післядипломної освіти.* 2012. Вип. 6. С. 422-430.
64. Шебанова В. Психологія харчової поведінки : автореф. дис. ... докт. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.
65. Шебанова В. Фізіологічний аспект харчової поведінки. Педагогіка та психологія : науковий вісник Чернівецького університету. 2014. Вип. 680. С. 187–196.
66. Шебанова В. Фізіологічний аспект харчової поведінки. *Педагогіка та психологія : науковий вісник Чернівецького університету.* 2014. Вип. 680. С. 187–196.
67. Щербак Т. Психологічні особливості образу фізичного Я в осіб із розладами харчової поведінки. *Інсайт: психологічні виміри суспільства.* 2019. Вип. 2. С. 104–111.
68. Ernst M., Werner A., Tibubos A., Beutel, M., Zwaan M., Brähler E. (2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry.* № 26 (12). 2021. P. 645-654.
69. Godart N., Radon L., Curt F., Duclos J., Perdereau F., Lang F., et al. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders.* № 185. 2015. P. 115–122.

70. Groff S. E. Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of evidence-informed social work*. № 12 (3). 2015. P. 272–288.
71. Kokorina Y., Psatii A. Eating behavior as a form of self-attitude. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. P. 11–29.
72. Kokorina Y., Psatii A. Eating behavior as a form of self-attitude. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. P. 11–29.
73. Laniush F., Urbanovych A. Опитувальник для визначення синдрому нічного переїдання (NEQ) – валідація та адаптація для української популяції. *Ендокринологія / Endocrinology*. 2021. № 26 (3). С. 311–318.
74. Laniush F., Urbanovych A. Опитувальник для визначення синдрому нічного переїдання (NEQ) – валідація та адаптація для української популяції. *Ендокринологія (Endocrinology)*. 2021. Т. 26, № 3. С. 311–318.
75. Magallares A., Jauregui-Lobera I., Gamiz-Jimenez N., Santed M. Subjective Well-Being in a Sample of Women with Eating Disorders. *The Psychological Record*. № 64. 2014. P. 769-776.
76. Micali N., Hilton K., Nakatani E., Heyman I., Turner C., Mataix-Cols D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*. Volume 41. Issue 12. 2011. P. 2507 – 2513.
77. Pourfard M., Naderi F., Askari P., Heidari A., Honarmand M. Proposing a causal model of body image perception with eating disorders by depression mediation in youth. *Journal of Research & Health*. № 6(1). 2016. P. 153-160.
78. Swinbourne J.M., Touyz S.W. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. № 15. 2007. P. 253- 274.
79. Szanto Thomas. Sacralizing Hostility: Fanaticism as a Group-Based Affective Mechanism. *The Philosophy of Fanaticism: Epistemic, Affective, and Political Dimensions*. London, New York: Routledge. P. 184–212.
80. Vandereycken W., Van Deth R. A Tribute to Lasègue's Description of Anorexia Nervosa (1873), with Completion of its English Translation. *British Journal of Psychiatry*. 1990.

**ДОДАТКИ**  
**Первинні результати за методикою Століна-Партелєєва про**  
**самоствалення**

№	П.І.П.	S	Самоповага	Аутоемпатія	Самоінтерес	Очікуване ставлення інших	Самоприйняття	Самовпевненість	Самозвинувачення	Саморуководство	Інші внутрішні дії
1	Д.А.	34	18	15	16	19	13	12	10	12	10
2	К.Б.	31	17	16	14	18	12	11	11	13	9
3	М.В.	36	19	17	15	20	14	13	9	12	11
4	Н.Г.	29	16	15	14	17	12	10	10	11	10
5	О.Д.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	9
6	П.Е.	28	15	14	13	17	11	10	12	11	9
7	Р.Ж.	35	19	16	16	20	14	13	10	12	10
8	С.З.	32	17	15	15	18	13	12	11	11	10
9	Т.И.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
10	У.К.	33	18	17	15	19	13	12	9	12	10
11	Ф.Л.	31	17	16	14	18	12	11	11	12	10
12	Х.М.	29	16	15	15	17	12	11	10	11	9
13	Ц.Н.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
14	Ч.О.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
15	Ш.П.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
16	Щ.Р.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
17	Ю.С.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
18	Я.Т.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
19	А.В.	35	19	17	16	20	14	13	10	12	11
20	Б.Г.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
21	В.Д.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
22	Г.Е.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
23	Д.Ж.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
24	Е.З.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
25	Ж.И.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
26	З.К.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
27	И.Л.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
28	К.М.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10

29	Л.Н.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
30	М.О.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
31	Н.П.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
32	О.Р.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
33	П.С.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
34	Р.Т.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
35	С.У.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
36	Т.Ф.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
37	У.Х.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
38	Ф.Ц.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
39	Х.Ч.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
40	Ц.Ш.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
41	Ч.Щ.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
42	Ш.Ю.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
43	Щ.А.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
44	Ю.Б.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
45	Я.В.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
46	А.Г.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
47	Б.Д.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
48	В.Е.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
49	Г.Ж.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
50	Д.З.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
51	Е.И.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
52	Ж.К.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
53	З.Л.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
54	И.М.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
55	К.Н.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
56	Л.О.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
57	М.П.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
58	Н.Р.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
59	О.С.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
60	П.Т.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
61	Р.У.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
62	С.Ф.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
63	Т.Х.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
64	У.Ц.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10

65	Ф.Ч.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
66	Х.Ш.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
67	Ц.Щ.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
68	Ч.Ю.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
69	Ш.А.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
70	Щ.Б.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
71	Ю.В.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
72	Я.Г.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
73	А.Д.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
74	Б.Е.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
75	В.Ж.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
76	Г.И.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
77	Д.К.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
78	Е.Л.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
79	Ж.М.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
80	З.Н.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
81	И.О.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
82	К.П.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
83	Л.Р.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
84	М.С.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
85	Н.Т.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
86	О.У.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10
87	П.Ф.	30	16	15	14	17	12	11	10	11	9
88	Р.Х.	33	18	16	15	19	13	12	11	12	10
89	С.Ц.	31	17	16	15	18	12	11	10	11	10
90	Т.Ч.	29	16	15	14	17	12	11	9	11	9
91	У.Ш.	34	18	17	16	19	13	12	10	12	10
92	Ф.Щ.	32	17	16	15	18	13	12	11	11	10

**Таблиця**  
**Первинні результати дослідження образу власного тіла у 92 дівчат (ООВТ)**

№	П.І.П.	Сумарний бал	STEN	Рівень
1	Д.А.	28	3	низький
2	К.Б.	32	4	середній
3	М.В.	40	6	середній
4	Н.Г.	22	2	низький
5	О.Д.	45	7	високий
6	П.Е.	35	5	середній
7	Р.Ж.	38	6	середній
8	С.З.	41	6	середній
9	Т.И.	27	3	низький
10	У.К.	44	7	високий

11	Ф.Л.	37	6	середній
12	Х.М.	30	4	середній
13	Ц.Н.	43	7	високий
14	Ч.О.	29	4	середній
15	Ш.П.	36	6	середній
16	Щ.Р.	41	6	середній
17	Ю.С.	33	5	середній
18	Я.Т.	25	3	низький
19	А.В.	46	8	високий
20	Б.Г.	34	5	середній
21	В.Д.	28	3	низький
22	Г.Е.	37	6	середній
23	Д.Ж.	32	5	середній
24	Е.З.	30	4	середній
25	Ж.И.	40	6	середній
26	З.К.	35	5	середній
27	И.Л.	24	3	низький
28	К.М.	39	6	середній
29	Л.Н.	31	5	середній
30	М.О.	27	3	низький
31	Н.П.	42	7	високий
32	О.Р.	36	6	середній
33	П.С.	33	5	середній
34	Р.Т.	39	6	середній
35	С.У.	28	3	низький
36	Т.Ф.	37	6	середній
37	У.Х.	25	3	низький
38	Ф.Ц.	41	6	середній

№	І.І.І. Сумарний бал STEN Рівень
39 Х.Ч.	30 4 середній
40 Ц.Ш.	44 7 високий
41 Ч.Щ.	32 5 середній
42 Ш.Ю.	26 3 низький
43 Щ.А.	38 6 середній
44 Ю.Б.	31 5 середній
45 Я.В.	29 4 середній
46 А.Г.	36 6 середній
47 Б.Д.	33 5 середній
48 В.Е.	27 3 низький
49 Г.Ж.	40 6 середній
50 Д.З.	34 5 середній
51 Е.И.	38 6 середній
52 Ж.К.	28 3 низький
53 З.Л.	35 5 середній
54 И.М.	31 5 середній
55 К.Н.	29 4 середній
56 Л.О.	37 6 середній
57 М.П.	33 5 середній
58 Н.Р.	41 6 середній
59 О.С.	36 6 середній
60 П.Т.	30 4 середній
61 Р.У.	42 7 високий
62 С.Ф.	35 5 середній
63 Т.Х.	29 4 середній
64 У.Ц.	37 6 середній
65 Ф.Ч.	33 5 середній
66 Х.Ш.	31 5 середній
67 Ц.Щ.	38 6 середній
68 Ч.Ю.	30 4 середній
69 Ш.А.	39 6 середній
70 Щ.Б.	32 5 середній
71 Ю.В.	34 5 середній
72 Я.Г.	27 3 низький
73 А.Д.	36 6 середній
74 Б.Е.	31 5 середній
75 В.Ж.	29 4 середній
76 Г.И.	37 6 середній
77 Д.К.	35 5 середній
78 Е.Л.	30 4 середній
79 Ж.М.	38 6 середній
80 З.Н.	32 5 середній
81 И.О.	28 3 низький

<b>№</b>	<b>П.І.П. Сумарний бал STEN Рівень</b>
82 К.П.	39 6 середній
83 Л.Р.	34 5 середній
84 М.С.	30 4 середній
85 Н.Т.	40 6 середній
86 О.У.	35 5 середній
87 П.Ф.	33 5 середній
88 Р.Х.	38 6 середній
89 С.Ц.	31 5 середній
90 Т.Ч.	29 4 середній
91 У.Ш.	37 6 середній
92 Ф.Щ.	34 5 середній

**Таблиця первинних результатів DEBQ для 92 дівчат, за трьома шкалами: обмежувальна (RE), емоційна (EE) та екстернальна (EX). Рівні визначені відповідно до нормативів методики.**

№	П.І.П.	RE (бал)	Рівень RE	EE (бал)	Рівень EE	EX (бал)	Рівень EX
1	Д.А.	2,1	низький	1,5	низький	2,8	високий
2	К.Б.	2,6	середній	1,9	середній	3,0	високий
3	М.В.	2,8	високий	2,0	високий	2,6	середній
4	Н.Г.	1,9	низький	1,4	низький	2,2	низький
5	О.Д.	3,0	високий	2,2	високий	3,2	високий
6	П.Е.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
7	Р.Ж.	2,7	високий	2,0	високий	3,1	високий
8	С.З.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
9	Т.И.	2,0	низький	1,6	низький	2,3	середній
10	У.К.	2,9	високий	2,1	високий	3,0	високий
11	Ф.Л.	2,4	середній	1,8	середній	2,9	високий
12	Х.М.	2,2	низький	1,5	низький	2,6	середній
13	Ц.Н.	3,1	високий	2,3	високий	3,3	високий
14	Ч.О.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
15	Ш.П.	2,7	високий	2,0	високий	3,1	високий
16	Щ.Р.	2,8	високий	2,1	високий	3,0	високий
17	Ю.С.	2,6	середній	2,0	високий	2,8	високий
18	Я.Т.	2,1	низький	1,6	низький	2,4	середній
19	А.В.	3,0	високий	2,2	високий	3,2	високий

№	П.І.П.	RE (бал)	Рівень RE	EE (бал)	Рівень EE	EX (бал)	Рівень EX
20	Б.Г.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
21	В.Д.	2,2	низький	1,7	низький	2,5	середній
22	Г.Е.	2,6	середній	2,0	високий	2,9	високий
23	Д.Ж.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
24	Е.З.	2,3	низький	1,6	низький	2,5	середній
25	Ж.И.	2,8	високий	2,1	високий	3,0	високий
26	З.К.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
27	И.Л.	2,0	низький	1,5	низький	2,3	середній
28	К.М.	2,9	високий	2,2	високий	3,1	високий
29	Л.Н.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
30	М.О.	2,1	низький	1,6	низький	2,4	середній
31	Н.П.	3,0	високий	2,2	високий	3,3	високий
32	О.Р.	2,7	високий	2,0	високий	2,9	високий
33	П.С.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
34	Р.Т.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
35	С.У.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
36	Т.Ф.	2,8	високий	2,0	високий	3,0	високий
37	У.Х.	2,1	низький	1,5	низький	2,3	середній
38	Ф.Ц.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
39	Х.Ч.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
40	Ц.Ш.	3,1	високий	2,3	високий	3,3	високий

№	П.І.П.	RE (бал)	Рівень RE	EE (бал)	Рівень EE	EX (бал)	Рівень EX
41	Ч.Щ.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
42	Ш.Ю.	2,0	низький	1,6	низький	2,4	середній
43	Щ.А.	2,7	високий	2,0	високий	3,0	високий
44	Ю.Б.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
45	Я.В.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
46	А.Г.	2,8	високий	2,1	високий	3,1	високий
47	Б.Д.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
48	В.Е.	2,2	низький	1,6	низький	2,4	середній
49	Г.Ж.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
50	Д.З.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
51	Е.И.	2,8	високий	2,0	високий	3,0	високий
52	Ж.К.	2,1	низький	1,5	низький	2,3	середній
53	З.Л.	2,7	високий	2,0	високий	3,0	високий
54	И.М.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
55	К.Н.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
56	Л.О.	2,8	високий	2,1	високий	3,1	високий
57	М.П.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
58	Н.Р.	2,9	високий	2,0	високий	3,0	високий
59	О.С.	2,7	високий	2,0	високий	2,9	високий
60	П.Т.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
61	Р.У.	3,0	високий	2,2	високий	3,2	високий

№	П.І.П.	RE (бал)	Рівень RE	EE (бал)	Рівень EE	EX (бал)	Рівень EX
62	С.Ф.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
63	Т.Х.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
64	У.Ц.	2,8	високий	2,0	високий	3,0	високий
65	Ф.Ч.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
66	Х.Ш.	2,5	середній	1,8	середній	2,7	середній
67	Ц.Щ.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
68	Ч.Ю.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
69	Ш.А.	2,7	високий	2,0	високий	3,0	високий
70	Щ.Б.	2,5	середній	1,9	середній	2,8	високий
71	Ю.В.	2,6	середній	2,0	високий	2,9	високий
72	Я.Г.	2,2	низький	1,6	низький	2,4	середній
73	А.Д.	2,8	високий	2,1	високий	3,0	високий
74	Б.Е.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
75	В.Ж.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
76	Г.И.	2,7	високий	2,0	високий	3,0	високий
77	Д.К.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
78	Е.Л.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
79	Ж.М.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
80	З.Н.	2,5	середній	1,9	середній	2,8	високий
81	И.О.	2,2	низький	1,6	низький	2,4	середній
82	К.П.	2,8	високий	2,0	високий	3,0	високий

<b>№</b>	<b>П.І.П.</b>	<b>RE (бал)</b>	<b>Рівень RE</b>	<b>EE (бал)</b>	<b>Рівень EE</b>	<b>EX (бал)</b>	<b>Рівень EX</b>
83	Л.Р.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий
84	М.С.	2,4	середній	1,8	середній	2,6	середній
85	Н.Т.	2,9	високий	2,1	високий	3,1	високий
86	О.У.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
87	П.Ф.	2,6	середній	2,0	високий	2,9	високий
88	Р.Х.	2,8	високий	2,1	високий	3,0	високий
89	С.Ц.	2,5	середній	1,9	середній	2,7	середній
90	Т.Ч.	2,3	низький	1,7	низький	2,5	середній
91	У.Ш.	2,8	високий	2,0	високий	3,0	високий
92	Ф.Щ.	2,6	середній	1,9	середній	2,8	високий