

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.
БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

СІНКЕВИЧ ІННА СЕРГІЇВНА

УДК 159.944.4:616.89-008.441.42-07:159.98

ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ОСІБ З ПЕРЕЇДАННЯМ
РІЗНОГО ТИПУ (ПСИХОДІАГНОСТИКА, ФЕНОМЕНОЛОГІЯ,
ПСИХОСОЦІАЛЬНА КОРЕКЦІЯ)

225 «Медична психологія»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Сінкевич І.С.

Науковий керівник: Хаустова Олена Олександрівна, доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та
психотерапії

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Сінкевич І.С. Медико-психологічна дезадаптація осіб з переїданням різного типу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна корекція). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2025.

У дисертації розглядається проблема медико-психологічної дезадаптації осіб із нападоподібним переїданням різного типу (емоційного, компульсивного та ситуативного).

Розлади харчової поведінки (РХП) – це психічні захворювання, що призводить до численних психіатричних та соматичних ускладнень, вражаючи до 5% населення світу [1]. Одним з найновіших (внесений до DSM-5 у 2013 р.) розладів харчової поведінки є переїдання, однак, незважаючи на цей фактор поширеність розладів харчової поведінки протягом усього життя найвища саме серед тих, хто страждає на переїдання – 5,5% проти 2% для булімії та 1,2% для анорексії [1-3, 5] В Україні, в аналітико-статистичних довідниках така інформація об'єднана в спільну рубрику РХП, сумарна поширеність яких за 2016 рік була близько 0,5 %, що засвідчило низький рівень діагностики таких розладів [90].

У багатьох пацієнтів діагноз розладу нападоподібного переїдання (РНП) не діагностується через нездатність лікарів розпізнати його як окремий розлад та відсутність усвідомлення серед пацієнтів, що переїдання є аномальною поведінкою, яка піддається коригуванню/ лікуванню. Крім того, пацієнти можуть уникати звернення до лікаря, оскільки вони відчують загальне почуття сорому за свої харчові звички і не хочуть виявляти ці симптоми під час візитів до своїх лікарів. Наявність соматичних та психічних супутніх захворювань також сприяє невірному поставленню діагнозу, оскільки багато лікарів зосереджуються на лікуванні супутніх захворювань РХП, тим самим затримуючи лікування РНП.

У науковій літературі наводяться чіткі докази того, що негативні емоції та стратегії регулювання дезадаптивних емоцій відіграють певну роль у виникненні переїдання. Пацієнти з РНП мають тенденцію придушувати свої небажані емоції, брати участь у роздумах та використовувати адаптаційні стратегії, такі як переоцінка, набагато менше, ніж здоровий контроль, що вказує на недостатні методи лікування РХП [3, 5, 89, 111, 114].

Аналізу щодо зв'язку РНП з негативними емоціями, статистичних даних та медико-психологічної допомоги/супроводу в україномовній науковій літературі не було зроблено. Необхідні дослідження для розкриття зв'язку між емоціями, регулюванням емоцій та (патологічною) поведінкою, яку представляють люди з переїданням та розроблення нових засобів з приводу психологічної допомоги /підтримки/ супроводу пацієнтам з РХП.

Мета. Вдосконалити методи психосоціальної корекції осіб із розладом нападоподібного переїдання шляхом розробки та впровадження персоналізованої психокорекційної програми, створеної на основі комплексного вивчення клініко-психологічних особливостей і преморбідних психосоціальних типів цього розладу.

Задачі дослідження.

1. Виявити та систематизувати соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психосоціальні й патопсихологічні особливості осіб із розладом нападоподібного переїдання з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання.
2. Визначити показники якості життя й соціального функціонування та чинники, що негативно впливають на ці показники, в осіб із розладом нападоподібного переїдання, з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання.
3. Розробити програму персоніфікованої психокорекції для осіб із розладом нападоподібного переїдання, в якій мішенями втручання виступатимуть значущі психосоціальні характеристики, а також враховуватимуться психосоціальні типи переїдання.

4. Оцінити ефективність персоніфікованої психокорекції для осіб із розладом нападоподібного переїдання та його різними психосоціальними типами з врахуванням можливого впливу кофакторів.

На базі Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 Філії «Центр Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» у місті Києві було досліджено 163 особи з поведінковим патерном переїдання, які були поділені на групу дослідження та групу порівняння.

Висновки: Нападоподібне переїдання є складним психосоціальним явищем, тісно пов'язаним із тривожністю, депресією, алекситимією та рівнем емоційного інтелекту. Різні психосоціальні типи переїдання по-різному впливають на тяжкість розладу, зокрема компульсивний тип асоціюється з найвищою дезадаптацією, в той же час ситуативний і емоційний типи можуть значно ускладнювати контроль харчової поведінки. Запропонована персоніфікована психосоціальна корекція дозволяє ефективно зменшувати симптоматику розладу, покращувати якість життя та стабілізувати психоемоційний стан, що підтверджено довготривалим спостереженням.

Наукова новизна здобутих результатів. Наукова новизна полягає у виокремленні комплексної ролі емоційного інтелекту та алекситимії як визначальних чинників регуляції харчової поведінки. Вперше системно проаналізовано вплив окремих психосоціальних типів переїдання (емоційного, компульсивного та ситуативного) на вираженість клінічної симптоматики РНП, тривожно-депресивний фон та стан самоконтролю. Отримано нові дані про гендерні відмінності (зокрема, більш часте виявлення тяжких форм переїдання у чоловіків) та чинники збереження чи розвитку надмірної ваги. Показано, що емоційний інтелект і здатність до усвідомленого регулювання власних емоцій є суттєвими предикторами зменшення інтенсивності РНП. Доведено, що в осіб із переїданням найвищий рівень дезадаптації спостерігається при компульсивному типі, проте емоційне та ситуативне переїдання також можуть обтяжувати перебіг РНП, особливо в поєднанні з високим індексом маси тіла та супутнім негативним

емоційним станом. Розроблено та запропоновано нову програму персоніфікованої психосоціальної корекції, що враховує преморбідні типи переїдання, рівень емоційних розладів і цілеспрямовано впливає на емоційну обізнаність, регуляцію дистресу, самомотивацію й психосоціальну адаптацію.

Практичне значення здобутих результатів. Практичне значення дослідження полягає у розробленні нової ефективної психокорекційної стратегії, яку можна інтегрувати в стандартні протоколи амбулаторного та стаціонарного лікування РНП. Запропонована програма дозволяє більш точно визначити мішені для впливу (тип переїдання, рівень тривожності, алекситимії тощо) і продемонструвала вищий рівень збереження позитивного ефекту в довготривалій перспективі (до шести місяців).

Результати дисертаційної роботи можуть бути використані при розробці клінічних рекомендацій, навчальних курсів і практичних занять для здобувачів вищої освіти за спеціальностями 222 «Медицина», 225 «Медична психологія», а також у системі післядипломної освіти для лікарів та психологів. Методичні положення можуть стати основою для тренінгових програм із розвитку емоційної компетентності та формування здорової харчової поведінки. Враховуючи високий рівень стигматизації РХП, персоніфікований підхід відкриває нові можливості для надання більш чутливої, делікатної і водночас ефективної допомоги цій категорії пацієнтів

Результати дослідження впроваджено у клінічну роботу Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 Філії «Центр Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця»

Ключові слова: депресія, тривога, хронічний біль, стрес, втома, ментальне здоров'я, психологія, розлад харчової поведінки, соціально-демографічний, психо—емоційний стан, типи переїдання, афективні розлади, психосоматика, розлад нападободібного переїдання, якість життя.

SUMMARY

Sinkevych I.S. Medical and psychological maladaptation of individuals with various types of overeating (psychodiagnostics, phenomenology, psychosocial correction). – Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 225 "Medical Psychology" (field of knowledge 22 "Health care"). – Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2025.

The dissertation addresses the problem of medical and psychological maladaptation of individuals with paroxysmal overeating of various types (emotional, compulsive, and situational).

Eating disorders are mental illnesses that lead to numerous psychiatric and somatic complications, affecting up to 5% of the global population [1]. One of the newest eating disorders (included in DSM-5 in 2013) is binge eating; however, despite this fact, the lifetime prevalence of eating disorders is the highest among those suffering from binge eating – 5.5% compared to 2% for bulimia and 1.2% for anorexia [1–3, 5]. In Ukraine, analytical and statistical reports classify this information under a common category of eating disorders, with a total prevalence of about 0.5% in 2016, indicating a low level of diagnosis for such disorders [90].

In many patients, the diagnosis of binge eating disorder (BED) is not established due to physicians' inability to recognize it as a distinct condition and a lack of awareness among patients that overeating is an abnormal behavior that can be corrected/treated. In addition, patients may avoid seeking medical help because they experience a general sense of shame about their eating habits and do not wish to disclose these symptoms during medical visits. The presence of somatic and mental comorbidities also contributes to misdiagnosis, as many physicians focus on treating the accompanying conditions of eating disorders, thereby delaying the treatment of BED.

Scientific literature provides clear evidence that negative emotions and maladaptive emotion regulation strategies play a certain role in the development of overeating. Patients with BED tend to suppress their unwanted emotions, engage in rumination, and

use adaptive strategies such as reappraisal significantly less than healthy controls, indicating insufficient treatment methods for eating disorders [3, 5, 89, 111, 114].

No analysis regarding the connection between BED and negative emotions, statistical data, or medical and psychological care/support has been conducted in Ukrainian-language scientific literature. Research is needed to uncover the link between emotions, emotion regulation, and (pathological) behaviors exhibited by individuals with overeating, as well as to develop new means of psychological assistance/support for patients with eating disorders.

Aim. To improve methods of psychosocial correction for individuals with binge eating disorder by developing and implementing a personalized psychocorrectional program based on a comprehensive study of the clinical and psychological characteristics and premorbid psychosocial types of this disorder.

Research objectives:

1. To identify and systematize the socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychosocial, and pathopsychological characteristics of individuals with binge eating disorder, taking into account premorbid psychosocial types of overeating.

2. To determine the indicators of quality of life and social functioning, as well as the factors that negatively affect these indicators, in individuals with binge eating disorder, considering the premorbid psychosocial types of overeating.

3. To develop a personalized psychocorrectional program for individuals with binge eating disorder, in which the targets of intervention will be significant psychosocial characteristics and the psychosocial types of overeating will be taken into account.

4. To evaluate the effectiveness of personalized psychocorrection for individuals with binge eating disorder and its various psychosocial types, taking into account the possible influence of cofactors.

A total of 163 individuals with a behavioral pattern of overeating were studied at the Road Clinical Hospital № 1 in Kyiv. They were divided into a study group and a comparison group.

Conclusions. Binge eating is a complex psychosocial phenomenon closely associated with anxiety, depression, alexithymia, and the level of emotional intelligence. Different psychosocial types of overeating affect the severity of the disorder in different ways: in particular, the compulsive type is associated with the highest level of maladaptation, while the situational and emotional types can significantly complicate the control of eating behavior. The proposed personalized psychosocial correction enables effective reduction of disorder symptoms, improvement in quality of life, and stabilization of the psycho-emotional state, which was confirmed by long-term observation.

Scientific novelty of the obtained results. The scientific novelty lies in highlighting the complex role of emotional intelligence and alexithymia as key factors in the regulation of eating behavior. For the first time, the impact of specific psychosocial types of overeating (emotional, compulsive, and situational) on the severity of BED clinical symptoms, anxiety-depressive background, and self-control was systematically analyzed. New data were obtained on gender differences (in particular, more frequent occurrence of severe forms of overeating in men) and on the factors contributing to the maintenance or development of excess weight. It was shown that emotional intelligence and the ability to consciously regulate one's own emotions are significant predictors of reduced BED intensity. It was proven that individuals with overeating experience the highest level of maladaptation in the case of the compulsive type; however, emotional and situational overeating can also aggravate the course of BED, especially when combined with a high body mass index and a comorbid negative emotional state. A new personalized psychosocial correction program was developed and proposed, taking into account premorbid types of overeating, levels of emotional disorders, and aimed at enhancing emotional awareness, distress regulation, self-motivation, and psychosocial adaptation.

Practical significance of the obtained results.

The practical significance of this study lies in the development of a new, effective psychocorrectional strategy that can be integrated into standard outpatient and inpatient treatment protocols for binge eating disorder (BED). The proposed program allows for

more accurate identification of therapeutic targets (type of overeating, levels of anxiety, alexithymia, etc.) and has demonstrated a higher level of sustained positive effect in the long-term perspective (up to six months).

The findings of this dissertation can be utilized in the development of clinical guidelines, educational courses, and practical training sessions for higher education students majoring in specialties 222 “Medicine” and 225 “Medical Psychology,” as well as in postgraduate education for physicians and psychologists. The methodological framework can serve as a foundation for training programs aimed at enhancing emotional competence and promoting healthy eating behavior.

Given the high level of stigma surrounding eating disorders, the personalized approach offers new opportunities for providing more sensitive, respectful, and simultaneously effective care for this patient population.

The results of this research have been implemented into clinical practice at the Kyiv Clinical Hospital on Railway Transport № 1, affiliated with the “Healthcare Center” branch of the Joint Stock Company “Ukrainian Railways.”

Keywords: depression, anxiety, chronic pain, stress, fatigue, mental health, psychology, eating disorder, socio-demographic, psycho-emotional state, types of overeating, affective disorders, psychosomatics, binge eating disorder, quality of life.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Sinkevych, I. (2022). Психологічна дезадаптація осіб з переїданням . Психосоматична медицина та загальна практика, 6(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.353>
2. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>
3. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>
4. Сінкевич, І. (2025). Ефективність персоналізованої психокорекційної програми для зменшення дезадаптації осіб із нападоподібним переїданням. Психосоматична медицина та загальна практика, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.592>
5. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

Положення дисертаційної роботи Сінкевич Інною Сергіївною оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

- «Психогенне переїдання в умовах стресу під час війни». Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022 року, Київ, Україна);
- стендова доповідь.

- «Розлади харчової поведінки: психогенне переїдання під час військового конфлікту». III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Переїдання як провідний розлад харчової поведінки в умовах перманентного стресу » Науково-практична конференція «Травми війни. Мультимодальний підхід в стаціонарному лікуванні» (21-22 червня 2024 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.

Table of Contents

АНОТАЦІЯ	1
SUMMARY	5
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	9
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	14
ВСТУП	15
РОЗДІЛ І. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСІБ З ПЕРЕЇДАННЯМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	20
1.1 Теоретичні підходи до вивчення переїдання та його типів	20
1.1.1. Огляд різних типів переїдання: емоційне, компульсивне, ситуативне та розлад нападopodobного переїдання.....	23
1.1.2. Визначення основних теоретичних моделей переїдання	29
1.2. Медико-психологічна дезадаптація як причина та наслідок переїдання	32
1.2.1. Поняття дезадаптації в контексті медичної психології.	33
1.2.2. Феноменологія дезадаптації у осіб з переїданням різного типу.	35
1.3 Сучасний стан досліджень щодо переїдання та його взаємовпливу з психосоціальною адаптацією в лікувально-діагностичному процесі.....	37
1.3.1. Аналіз сучасних досліджень та підходів до розладу нападopodobного переїдання.....	38
1.3.2. Профілактика, лікування та реабілітація пацієнтів з розладом нападopodobного переїдання на основі біопсихосоціальної парадигми	41
1.4. Невирішені питання та проблеми в дослідженні медико-психологічної дезадаптації осіб з переїданням	45
1.4.1. Недоліки існуючих методик та підходів до діагностики і корекції.	45
1.4.2. Перспективні напрямки досліджень для вирішення проблем дезадаптації, пов'язаної з переїданням.	46
Висновок до розділу 1	47
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	49
2.1. Дизайн та етапи дослідження.	49
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки.....	51
2.3. Методи дослідження.....	52
Висновки до розділу 2	60

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ПОВЕДІНКОВИМ ПАТЕРНОМ ПЕРЕЇДАННЯ ... 62

3.1. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні особливості осіб з переїданням.....	62
3.2. Клініко-психопатологічні особливості осіб з переїданням.....	70
3.3. Психосоціальні та психопатологічні особливості осіб з переїданням. .	78
3.4. Мультиваріативний аналіз зв'язку соціально-демографічних та медико-психологічних особливостей пацієнтів з переїданням.....	85
Висновки до розділу 3	94

РОЗДІЛ 4. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА САМООЦІНКА ОСІБ З ПОВЕДІНКОВИМ ПАТЕРНОМ ПЕРЕЇДАННЯ 97

4.1. Особливості якості життя та самооцінки осіб з переїданням.....	97
4.2. Нозологічні особливості переїдання як фактор впливу на якість життя та самооцінки осіб з переїданням.	105
4.3. Психологічні фактори впливу на якість життя та самооцінки осіб з переїданням.....	110
Висновки до розділу 4	120

РОЗДІЛ 5. МЕТОДИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ОЦІНКА ЇХНЬОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ..... 123

5.1. Структура та особливості розроблених методів персоніфікованої психосоціальної корекції.....	123
5.2. Оцінка ефективності розроблених методів персоніфікованої психосоціальної корекції.....	131
Висновки до розділу 5.	164

ВИСНОВКИ..... 166

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ..... 168

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 170

ДОДАТОК А. Результати тесту Шапіро-Вілка. 186

ДОДАТОК Б. 191

Список публікацій здобувача за темою дисертації Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації: 191

ДОДАТОК В. 192

Відомості про апробацію результатів дослідження. Положення дисертаційної роботи Сінкевич Інною Сергіївною оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах: 192

- «Психогенне переїдання в умовах стресу під час війни». Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.	192
- «Розлади харчової поведінки: психогенне переїдання під час військового конфлікту». III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.....	192
- «Переїдання як провідний розлад харчової поведінки в умовах перманентного стресу » Науково-практична конференція «Травми війни. Мультимодальний підхід в стаціонарному лікуванні» (21-22 червня 2024 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.	192
ДОДАТОК Г.....	193

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ДІ – довірчий інтервал

ІМТ – індекс маси тіла.

РХП – розлад харчової поведінки.

РНП – розлад нападоподібного переїдання.

ANOVA – дисперсійний аналіз.

AUC – площа під кривою.

BES – Шкала компульсивного переїдання.

CHEDS – Шкала змін в симптомах розладів харчової поведінки.

DSM-5 – Діагностичне та статистичне керівництво Американської асоціації психіатрів, 5-те видання.

HF ε – значення тесту Г'юна-Фельдта

EQ – емоційний інтелект.

ESS – похибка суми квадратів.

F – відношення дисперсії середніх значень груп до дисперсії всередині груп

IQR – міжквартильний розмах.

MCID – мінімально клінічно значуща різниця.

r – критерій кореляції Пірсона.

RM-ANOVA – дисперсійний аналіз повторних вимірювань.

ρ – критерій кореляції Спірмена.

p – значення ймовірності.

$p(>F[HF])$ – значення ймовірності, скориговане корекцією Г'юна-Фельдта.

Q2 – медіана (другий квартиль).

S.E. – стандартна похибка.

S.S. – сума квадратів.

t – коефіцієнт тесту Стюдента.

TAS-20 – Торонтська шкала алекситимії

W – критерій Шапіро-Вілка.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Розлади харчової поведінки (РХП) – це психічні захворювання, що призводить до численних психіатричних та соматичних ускладнень, вражаючи до 5% населення світу [1]. Одним з найновіших розладів харчової поведінки є розлад нападоподібного переїдання (відсутній в МКХ-10 та внесений до DSM-5 у 2013 році) [2], що цілком доцільно, тому що поширеність розладів харчової поведінки протягом життя найвища саме серед тих, хто страждає на переїдання – 5,5% проти 2% для булімії та 1,2% для анорексії [3].

У багатьох пацієнтів діагноз розладу нападоподібного переїдання (РНП) досі не діагностується [4]. Ймовірними найбільшими перешкодами вчасної діагностики є нездатність лікарів розпізнати цей варіант РХП як окремий розлад та відсутність усвідомлення серед пацієнтів, що переїдання є аномальною поведінкою, яка піддається коригуванню/ лікуванню. Почасти самі пацієнти можуть уникати звернення до лікаря через самостигматизацію, тому що їм заважає почуття сорому за свої харчові звички та небажання верифікації ознак переїдання під час візитів до лікаря. Наявність коморбідних соматичних та психіатричних захворювань також перешкоджає вчасному виявленню РНП через те, що здебільшого лікарі зосереджуються на лікуванні супутніх до РХП захворювань, тим самим затримуючи лікування РХП.

У науковій літературі наводяться чіткі докази того, що негативні емоції та дезадаптивні стратегії регулювання негативних емоцій відіграють певну роль у виникненні переїдання. Емоційний дистрес передуює епізодам переїдання, тому надмірне споживання їжі може бути спробою його зменшити. Ряд досліджень доводить, що особам з переїданням не притаманні здорові ефективні стратегії регулювання емоцій. Навпаки, вони демонструють тенденції придушувати свої небажані й негативні емоції, надмірно рефлексувати і, як наслідок, використовувати адаптаційні стратегії, такі як переоцінка, менш часто та

ефективно порівняно зі здоровими особами, навіть на тлі психотерапії, що вказує на недостатню ефективність методів лікування РХП [5].

Більш того, невдалі спроби регуляції небажаних та негативних емоцій особами з переїданням також можуть призвести до інших хворобливих форм поведінки, таких як зловживання психоактивними речовинами, самоушкодження тощо. Детального аналізу зв'язку розладу нападоподібного переїдання з негативними емоціями та відповідної медико-психологічної допомоги/супроводу бракує в україномовній науковій літературі. Отже, необхідні дослідження щодо розкриття зв'язку між виникненням та регулюванням негативних емоцій та хворобливою поведінкою пацієнтів з переїданням з подальшим розробленням нових підходів до психологічної допомоги /підтримки/ супроводу пацієнтів з РХП.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана в рамках НДР кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги пацієнтам багатoproфільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика)», номер державної реєстрації 0119U103910, термін виконання – 01.2020-12.2022.

Об'єкт дослідження: Розлад нападоподібного переїдання в контексті медико-психологічної дезадаптації.

Предмет дослідження: Психосоціальні особливості та клініко-психопатологічні порушення осіб з розладом нападоподібного переїдання в залежності від поведінкового патерну переїдання (надмірного харчування).

Мета: Удосконалити методи психосоціальної корекції пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання шляхом розробки та впровадження персоналізованої психокорекційної програми, створеної на основі комплексного вивчення психосоціальних особливостей та клініко-психопатологічних порушень в залежності від поведінкового патерну переїдання

Задачі дослідження:

5. Виявити та систематизувати соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психосоціальні й патопсихологічні особливості осіб із розладом нападоподібного переїдання з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання.
6. Визначити показники якості життя й соціального функціонування та чинники, що негативно впливають на ці показники, в осіб із розладом нападоподібного переїдання, з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання.
7. Розробити програму персоніфікованої психокорекції для осіб із розладом нападоподібного переїдання, в якій мішенями втручання виступатимуть значущі психосоціальні характеристики, а також враховуватимуться психосоціальні типи переїдання.
8. Оцінити ефективність персоніфікованої психокорекції для осіб із розладом нападоподібного переїдання та його різними психосоціальними типами з врахуванням можливого впливу кофакторів.

Методи дослідження. На базі Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 Філії «Центр Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» у місті Києві було досліджено 163 особи з поведінковим патерном переїдання в межах РНП, які були поділені на групу дослідження та групу порівняння.

Було використано такі методи дослідження як соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний.

Наукова новизна здобутих результатів. Наукова новизна полягає у виокремленні комплексної ролі емоційного інтелекту та алекситимії як визначальних чинників регуляції харчової поведінки. Вперше системно проаналізовано вплив окремих психосоціальних типів переїдання (емоційного, компульсивного та ситуативного) на вираженість клінічної симптоматики, тривожно-депресивний фон та стан самоконтролю. Отримано нові дані про гендерні відмінності (зокрема, більш часте виявлення тяжких форм переїдання у

чоловіків) та чинники збереження чи розвитку надмірної ваги. Показано, що емоційний інтелект і здатність до усвідомленого регулювання власних емоцій є суттєвими предикторами зменшення інтенсивності розладу нападopodobного переїдання. Доведено, що в осіб з різними психосоціальними патернами переїдання найвищий рівень дезадаптації спостерігається при компульсивному типі, проте емоційне та ситуативне переїдання також можуть обтяжувати перебіг розладу, особливо в поєднанні з високим індексом маси тіла та супутнім негативним емоційним станом. Розроблено та запропоновано нову програму персоніфікованої психосоціальної корекції, що враховує преморбідні психосоціальні типи переїдання, рівень емоційних розладів і цілеспрямовано впливає на емоційну обізнаність, регуляцію дистресу, самомотивацію й психосоціальну адаптацію.

Практичне значення здобутих результатів. Практичне значення дослідження полягає у розробленні нової ефективної психокорекційної стратегії, яку можна інтегрувати в стандартні протоколи амбулаторного та стаціонарного лікування. Запропонована програма дозволяє більш точно визначити мішені для впливу (тип переїдання, рівень тривожності, алекситимії тощо) і продемонструвала вищий рівень збереження позитивного ефекту в довготривалій перспективі (до шести місяців). Результати можуть бути використані у клінічній практиці з медичної психології міждисциплінарних командах, а також в освітньому процесі (при підготовці лікарів-психологів).

Впровадження результатів дослідження. Вищезазначена програма психокорекції вказані заходи була впроваджена в практичну діяльність відділення психоневрології та медико-психологічної реабілітації Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 у м. Києві. Результати наукової роботи використовуються в навчальному процесі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота виконана як самостійне дослідження здобувача, напрям та тема якого були попередньо узгоджені з

науковим керівником. Здобувач особисто визначила мету, завдання, методи та розробив дизайн дослідження. Особисті напрацювання: аналіз літературних джерел, теоретична оцінка проблематики, відбір пацієнтів для участі в експерименті, проведення клініко-психологічного та психодіагностичного обстеження, безпосереднє здійснення психокорекційних заходів, а також опрацювання та статистична обробка одержаних результатів. На основі здобутих даних здобувачем сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації.

Усі наведені в роботі наукові результати отримані здобувачем самостійно, а текст кожного розділу написано нею особисто. Здобувачем також підготовлено статті, тези і доповіді за темою дисертації. У випадках спільних публікацій у дисертації відображено лише ті ідеї, висновки, напрацювання й пропозиції, що є індивідуальним внеском здобувача.

Публікації. Результати дослідження опубліковано у 5 наукових працях (Додаток Б), з них: 1 стаття, що входять до наукометричної бази даних Scopus, 4 статей у фахових виданнях України.

Апробація матеріалів дисертації. Положення та результати дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах (Додаток В):

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено українською мовою на 172 сторінках друкованого тексту, з яких 157 сторінка основного тексту, що включає: вступ, 5 розділи власних досліджень здобувача, висновки, практичні рекомендації. Список використаних джерел містить 139 найменування. Робота містить 90 таблиць, 35 рисунків та має 4 додатки.

РОЗДІЛ I. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСІБ З ПЕРЕЇДАННЯМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

В сучасній науковій медичній літературі присутня велика когорта теоретичних та практичних досліджень, присвячених концептуалізації розладів харчової поведінки, зокрема нервової анорексії та нервової булімії [1, 3, 5, 6], втім дуже мало наукових робіт можна знайти на тему теоретичних моделей, які конкретно стосуються розладу переїдання, якому передують донозологічні типи переїдання. Цей розлад вперше з'явився як офіційний діагноз в виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів DSM-5 Американської психіатричної асоціації у 2013 році [2], що пояснює досить малу та недосконалу базу теоретичних підходів та обмежену базу досліджень з точки зору доказової медицини. Більшість досліджень, присвячених питанням діагностики, феноменології, а також методології лікування розладу переїдання наразі базується на розумінні розладів харчової поведінки в більш загальному плані, а не на заснованому на доказах теоретичному розумінні основних процесів, характерних саме для цього розладу. Втім, існує декілька різнобічних моделей, які описують патологію переїдання, як правило, за наявності компенсаторної поведінки, як це відбувається в осіб з діагнозом нервової булімії або атипових розладів харчової поведінки. Однак дуже мало досліджень стосуються біопсихосоціальних процесів, унікальних для презентації саме розладу переїдання, що й обумовило актуальність дисертаційного дослідження.

1.1 Теоретичні підходи до вивчення переїдання та його типів

Переїдання є основною ознакою проявів розладу харчової поведінки, спільного для нервової булімії, нервової анорексії (підтип переїдання/очищення), розладу переїдання та атипових розладів харчової поведінки (APA, 2013) [2]

Перший опис переїдання приписують американському психіатру Альберту Дж. Станкарду наприкінці 1950-х років [7], тоді як інший американський психіатр, Уолтер В. Гамбургер, кількома роками раніше заклав основу для розуміння того, що ожиріння тягне за собою також емоційні аспекти [7]. Ранні уявлення були зосереджені на переїданні як на поведінці, а потім переїдання було представлено як основний симптом розладу харчової поведінки нервова булімія, - у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-3). Чотирнадцять років потому розлад переїдання було включено як дослідницький діагноз до DSM-4, де було представлено більш уточнене визначення переїдання як основної психопатології та часового критерію. Десятиліття потому розлад переїдання було визнано офіційним діагнозом у DSM-5.

Порівняно з дослідницькими критеріями, критерії DSM-5 включають послаблення критерію часу з епізодами переїдання, що відбуваються принаймні раз на тиждень протягом трьох місяців, необхідних для встановлення діагнозу. Розлад переїдання також включено до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [8-10]. В МКХ-11 послаблені критерії щодо «великої кількості» спожитої їжі, що дозволяє суб'єктивне переїдання, але певним чином ускладнює послідовне застосування діагностичних критеріїв порівняно з DSM-5, де епізоди переїдання повинні бути пов'язані принаймні з трьома з наступних п'яти характеристик: їжа набагато швидше, ніж зазвичай, їжа до відчуття неприємного насичення, їжа, незважаючи на відсутність фізичного голоду, їжа на самоті через збентеження через кількість їжі та негативні відчуття після переїдання [8-10].

Отже, розлад переїдання за МКХ-11 характеризується частими, повторюваними епізодами переїдання (наприклад, раз на тиждень або частіше протягом кількох місяців). Епізод переїдання — це окремий період часу, протягом якого людина відчуває суб'єктивну втрату контролю над їжею, їсть значно більше або не так, як зазвичай, і відчуває нездатність припинити їсти або обмежити тип або кількість споживаної їжі. Переїдання сприймається як дуже тривожне і часто

супроводжується негативними емоціями, такими як почуття провини або огиди. Однак, на відміну від нервової булімії, епізоди переїдання регулярно не супроводжуються невідповідною компенсаторною поведінкою, спрямованою на запобігання збільшенню ваги (такими як самоіндукована блювота, неправильне використання проносних засобів або клізм або інтенсивні фізичні вправи) [10].

Феномен переїдання пов'язаний із серйозними проблемами психічного та фізичного здоров'я, а також погіршенням якості життя та соціального функціонування [3-6, 13]. За даними низки досліджень, переїдання може сполучатися з іншими психічними розладами, зокрема депресією, тривогою, зловживанням психоактивними речовинами [11], розладами особистості тощо [12]. R.C. Kessler з співавторами наголошують на частому сполученні переїдання з хронічними соматичними захворюваннями, такими як хронічний біль, діабет і гіпертонія [13]. Особи, які переїдають, частіше мають вищий індекс маси тіла (ІМТ), тому частіше можуть входити в популяцію осіб з надлишковою масою тіла або ожирінням, ніж ті люди, які не переїдають. Особи з розладом переїдання можуть відчувати значний тягар хвороби та погіршення якості життя, в той же час сама хвороба часто залишається непоміченою і не лікується [14-19].

Частковим поясненням гіподіагностики розладу переїдання є присутність цього феномену вздовж континууму від нормального до невідповідного харчування, тобто його існування на підпороговому рівні серед загальної популяції [16, 18, 19, 26-29]. Серія послідовних популяційних досліджень виявила, що рівень переїдання серед населення з часом зростає: поширеність об'єктивного переїдання зросла з 3,1% до 7,2% за десятиріччя між 1995 і 2005 роками, а поточні щотижневі випадки переїдання за даними самоопитувань зросли з 2,7% до 4,9% за десятиріччя між 1998 і 2008 роками [14, 15, 17]. Міжнародні дослідження повідомляють про дуже високі показники поширеності компульсивного переїдання серед підлітків та молоді [4, 20-24], з вищими показниками поширеності серед жіночого гендера порівняно з чоловічим [25]. Повідомлялось, що серед підлітків близько 26% дівчат та 13% хлопців переживають хоча б один епізод компульсивного переїдання хоча б раз на рік [21].

Тобто, його поширеність набагато вища ніж у нервової анорексії, нервової булімії та інших розладів харчування. Більш пізні дослідження довели наявність двох піків початку розладу нападоподібного переїдання, перший — зразу після статевого дозрівання в середньому у віці 14 років, а другий — наприкінці підліткового віку (19–24 роки) [20, 24, 25].

Суттєве збільшення осіб з діагнозом розладу переїдання та/або клінічне погіршення відбулось під час пандемії COVID-19 за даними систематичного аналізу 12 досліджень з 4326 учасниками та низки інших досліджень [30-32]

В цілому, світова поширеність розладу переїдання у 2018–2020 роках оцінювалась в 0,6–1,8% серед дорослих жінок і 0,3–0,7% у дорослих чоловіків [3]. Ці дані суттєво не відрізняються від показників, представлених R.C. Kessler зі співавторами [13], щодо світової поширеності розладу переїдання в межах 1,9%, з прогнозованою поширеністю серед чоловіків 30–50% від загальної кількості випадків хвороби. Етіопатогенез розладу переїдання є складним: він включає вплив широкого спектру факторів – від генетичних до факторів навколишнього середовища, а також нейроендокринологічні та нейробиологічні внески. У науковій медичній літературі залишається невизначеність щодо ключових особливостей, які підтримують поведінковий патерн переїдання, а також щодо існування суттєвих відмінностей між ключовими характеристиками підпорогового та діагностичного рівнів переїдання [33, 34]. Враховуючи поширеність переїдання як у загальній популяції, так і в окремих клінічних популяціях, чітке розуміння основних механізмів, які підтримують поведінку переїдання, має вирішальне значення для розробки ефективних моделей лікування, що мають базуватися на точній теоретичній моделі або формулюванні існуючої проблеми. Так, протягом останніх чотирьох десятиліть було запропоновано кілька теорій розладів харчової поведінки, які пояснюють психопатологію переїдання [5].

1.1.1. Огляд різних типів переїдання: емоційне, компульсивне, ситуативне та розлад нападоподібного переїдання.

Емоційне, компульсивне та ситуативне переїдання можуть бути проявами певних патернів харчової поведінки, але не завжди свідчать про наявність розладу переїдання. Ці три типи переїдання відрізняються причинами і характером виникнення [35].

Емоційне харчування та зокрема емоційне переїдання стосується ситуацій, коли людина їсть, щоб впоратися з негативними емоціями, які вона відчуває. Вона може використовувати їжу, щоб забезпечити комфортний захист від стресу та негативних емоційних станів (стрес, страх, тривога, втрата або смуток), вивільняючи дофамін і серотонін у мозку. Емоційне харчування, як правило, не охоплює відчуття дисморфії тіла, коли людина відчуває патологічно негативне ставлення до свого тіла або відчуває спотворене сприйняття свого тіла [36].

Хоча емоційне харчування може псувати здоров'я людини, це не обов'язково вказує на те, що у людини є розлад харчової поведінки. Емоційне харчування часто виникає як симптом або частина певних розладів харчової поведінки, зокрема розладу нападopodobного переїдання та нервової булімії. Наприклад, особи з розладом переїдання частіше переживають епізод переїдання після того, як пережили негативні емоції або зіткнулися з тривожною ситуацією [5,17, 36]. Однак для постановки діагнозу розладу харчової поведінки також мають бути присутні інші ознаки та симптоми, окрім емоційного прийому їжі [37].

Емоційне переїдання іноді можна вважати передвісником або симптомом розладу харчової поведінки. Незважаючи на це, емоційне харчування є відносно поширеним явищем, і люди, які не схильні до ризику розвитку такого розладу харчової поведінки, як розлад переїдання, можуть час від часу емоційно їсти [38]. Воно може бути слизьким шляхом, а втрата контролю над бажанням поїсти, коли виникають негативні емоції, може бути ознакою розладу харчової поведінки, що розвивається. За іронією долі, поведінка, яку людина вживає, щоб нібито контролювати свої емоції, може викликати відчуття, що вона втрачає контроль. Одним із основних відомих симптомів розладу переїдання є відчуття, що людина не в змозі припинити свою неправильну харчову поведінку, а потім почуття провини через те, що вона не може контролювати свою харчову поведінку [39].

Компульсивне переїдання є поведінковим патерном, коли людина відчуває сильне, суб'єктивно неконтрольоване бажання їсти, навіть коли вона не голодна. Воно часто пов'язане з відчуттям глибокого внутрішнього дискомфорту та тривоги, але при цьому воно може бути позбавлене явного емоційного тригера, на відміну від емоційного переїдання [40, 41].

Ситуативне переїдання виникає через зовнішні обставини або оточення та їжа постає частиною ритуалу або розваги без особливого емоційного підґрунтя (наприклад, під час свят, вечірок, перегляду фільмів або просто коли є багато їжі поряд), і людина не обов'язково відчуває сором чи провину після прийому їжі. Ці типи переїдання можуть перетинатися, але кожен з них має свої особливості та потребує різних підходів у лікуванні та корекції [42].

Дві найпоширеніші форми харчової поведінки, які неправильно діагностуються, — *компульсивне переїдання* та *розлад нападopodobного переїдання*. Наприклад, незважаючи на те, що зовні вони виглядають однаково, ці два стани дуже відрізняються багатьма характеристиками (табл.1.1).

Таблиця 1.1. Диференціація характеристик компульсивного переїдання та розладу нападopodobного переїдання

Компульсивне переїдання	Розлад нападopodobного переїдання
Модель харчової поведінки:	
Звичне переїдання протягом усього дня.	Окремі епізоди: наприклад, у ліжку люди їдять занадто багато додаткової їжі за відносно короткі періоди
Немає конкретного епізоду (нападу) переїдання.	Їсти швидко і таємно: деякі особи соромляться їсти швидко, а деякі їдять швидко, а потім таємно. Частота епізодів: принаймні один епізод переїдання на тиждень протягом 3 або менше/більше місяців.
Немає вираженого фізичного дискомфорту	Фізичний дискомфорт: завжди болісний або незручний епізод переїдання, хворобливе відчуття переповненості їжею
Емоційні тригери:	

Частіше пов'язане з вживанням їжі у відповідь на емоційний стрес, стрес або нудьгу. Їжа - це спосіб впоратися з певними негативними емоціями. Емоційний дистрес присутній, він виникає до та одночасно з епізодом переїдання, а потім зникає Почуття провини та сорому може бути, але не настільки інтенсивне, як при РНП	Емоційний дистрес: часто люди, які швидко переїдають, відчувають сильні емоційні почуття провини та огиди. Емоційний дистрес є інтенсивним як до, під час та досить часто після епізоду (нападу) переїдання. Після завершення епізоду переїдання емоційне напруження спадає, але дистрес лишається. Виникає замкнуте коло – людина почувається винною, відчуває сором і втрату контролю, і ці емоції знову ведуть до нового епізоду переїдання.
Відчуття контролю	
Відсутність контролю: особа, яка відчуває себе нав'язливим переїдачем, вважає, що не може припинити їсти, коли повинна.	Повна втрата контролю .
Поведінка після їжі	
Може відчувати провини або сором, але без миттєвого надзвичайного дискомфорту. Емоційні наслідки можуть наростати повільно.	Епізод переїдання є таким фізично болісним і настільки емоційно тяжким, що більшість хоче зупинитися якомога швидше, але не може.

Отже, компульсивне переїдання — це звичний тип надмірного споживання їжі у відповідь на «емоційний дистрес» або зовнішні сигнали. Особи з компульсивним переїданням не відчувають ситості або задоволення, коли їдять більше, ніж коли вже наїлися. Вони не їдять примусово просто тому, що вони фізично голодні [42]. З іншого боку, РНП (Binge Eating Disorder) є клінічним діагнозом, що включений до діагностичних систем DSM-5 (США) та МКХ-11 (ВООЗ) та має чіткі діагностичні критерії, які відрізняють його від інших типів переїдання [1, 3, 5, 8, 9, 17].

Для діагностики РНП потрібно дотримуватися певних критеріїв, таких як частота переїдань (принаймні один епізод на тиждень протягом трьох місяців) та

характерні симптоми (втрата контролю під час епізодів переїдання, швидке споживання великої кількості їжі тощо) [3, 8].

Відчуття втрати контролю у особи з РНП є повним, тобто людина не може контролювати себе під час епізодів переїдання, що викликає сильний дистрес. У випадку емоційного, компульсивного або ситуативного переїдання, втрата контролю може бути, але вона не є такою стійкою чи регулярною. Наприклад, ситуативне переїдання часто контролюється самим контекстом і не супроводжується постійною втратою контролю. РНП супроводжується психологічним дистресом з інтенсивними негативними емоціями — соромом, провиною, депресією, тривогою. Ці емоції не лише тривають під час і після епізоду переїдання, але й посилюються з часом, формуючи замкнене коло [17]. У випадку емоційного або ситуативного переїдання людина може відчувати тимчасовий дискомфорт або провину, але це не обов'язково призводить до довготривалого дистресу чи зниження якості життя.

На відміну від інших видів переїдання, РНП притаманна регулярність й висока інтенсивність епізодів [1, 5]. Саме епізодичність переїдання разом з повною втратою контролю є сутнісними ознаками розладу переїдання. Тому для діагностики розладу переїдання важлива регулярність епізодів переїдання — це не поодинокі випадки, а повторювані епізоди з частотою принаймні раз на тиждень. Варто зазначити, що емоційне, компульсивне чи ситуативне переїдання можуть виникати рідше і не мають такої регулярності. Наприклад, ситуативне переїдання може виникати лише під час свят або певних ситуацій і не є постійним явищем.

Саме РНП на відміну від інших видів переїдання почасти має негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я пацієнта. Він часто призводить до серйозних медичних та психологічних наслідків, таких як ожиріння, діабет, серцево-судинні захворювання, депресія, тривожні розлади тощо. В свою чергу, емоційне, компульсивне та ситуативне переїдання також можуть мати вплив на психосоматичне здоров'я особи, але зазвичай цей вплив не настільки системний і стійкий, як у випадку розладу переїдання [43].

Отже, РНП є офіційним психіатричним розладом з конкретними критеріями діагностики, тоді як емоційне, компульсивне та ситуативне переїдання є патернами поведінки, які можуть зустрічатися у багатьох людей і не обов'язково вказують на наявність розладу. РНП облігатно має такі характеристики, як: регулярний характер епізодів, сильний емоційний дистрес, системну втрату контролю і суттєвий негативний вплив на якість життя. Він характеризується частими повторюваними епізодами переїдання (наприклад, раз на тиждень або частіше протягом 3 місяців) без компенсаторної поведінки, наприклад, блювоти або надмірних фізичних навантажень, щоб запобігти набору ваги [1, 5, 9, 17]. Переїдання визначається як окремий період часу (наприклад, 2 години), протягом якого людина втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою та їсть значно більше або не так, як зазвичай. Людина може описати втрату контролю над їжею як відчуття, ніби вона не може зупинитися або обмежити кількість або тип споживаної їжі; їй важко припинити їсти, коли вона почала; або навіть відмовитися від спроб контролювати своє харчування, тому що вона знає, що зрештою переїсть.

У таких осіб існує виражений дистрес з приводу моделі переїдання або значних порушень в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах діяльності. Епізоди переїдання тривогою, депресією або почуттям провини; переїдання пов'язане з вираженими психологічними та емоційними розладами, що перешкоджає здатності людини до саморегуляції [17, 22, 37, 38]. Варто звернути увагу, що на відміну від нервової анорексії та нервової булімії, РНП є розладом харчової поведінки, для якого відсутній специфічний психосоціальний патерн цих розладів: заклопотаність виглядом власного тіла. Такий патерн також відсутній при розладі уникання/відмови від їжі. Але їм притаманні ознаки розладу харчової поведінки, в першому випадку — періодичне переїдання хоча без регулярного очищення, в другому — уникання та відраза як до їжі, так і до процесу її споживання [27, 28, 40].

РНП та нервова булімія характеризуються регулярними епізодами переїдання, однак регулярне використання однієї або кількох неналежних

компенсаторних форм поведінки для запобігання збільшенню ваги (таких як самоіндукована блювота або голодування) є частиною діагностичних критеріїв для нервової булімії, тоді як особи з РНП регулярно не компенсують за допомогою невідповідних методів [1,5, 17, 40].

Крім перерахованих, в МКХ-11 виділено «Інші зазначені розлади харчування та споживання їжі», до яких відносяться: атипова нервова анорексія, за якої ІМТ може бути в «адекватному» діапазоні 20–25 кг/м² або вищим, оскільки середня вага населення загалом зміщується до більших показників (лікування аналогічне нервовій анорексії); підпорогова нервова булімія; розлад очищення без регулярних нападів переїдання (лікування аналогічне нервовій булімії); синдром нічного харчування частіше трапляється на тлі порушення сну та є аналогом нападоподібного переїдання [1, 2, 4, 17].

1.1.2. Визначення основних теоретичних моделей переїдання

За останні 40 років було зроблено багато спроб концептуалізувати переїдання з точки зору його попередніх причин, функції, тригерів, наслідків і факторів підтримки [5, 17]. Найбільш ранню сучасну теорію розладів харчової поведінки представив Н. Bruch (1962) [44], який розглядав порушення харчової поведінки як наслідок психологічної дисфункції, яка включала порушення образу свого тіла, нездатність правильно інтерпретувати або реагувати на внутрішні сигнали (такі як сигнали голоду), і низька самооцінка. Незважаючи на те, що ця теорія була зосереджена на нервовій анорексії, вона значно вплинула на наступні психологічні теорії розладів харчової поведінки, які також мають відношення до патології переїдання. G. Russell [45], описуючи пацієнтів з нервовою булімією, зауважив на схильності цих осіб до непереборних епізодів переїдання з подальшою блювотою або вживанням проносних для уникнення збільшення ваги в результаті переїдання. Причому епізоди переїдання були сублімацією незадоволених емоційних потреб людини. Тобто, до кінця 1970-х років теорії розладів харчової поведінки були зосереджені на страху набрати вагу та поганому

уявленні про своє тіло як рушійних факторах обмежувальної та компенсаторної поведінки, що спостерігалася при нервовій анорексії та нервовій булімії.

Теорія дієтичного обмеження, що переважала останню чверть XX століття, наголошувала на ролі дієти як провокаційному факторі в підтримці переїдання, стверджуючи, що обмеження споживання аж до хронічного голоду робить людей більш сприйнятливими до переїдання через когнітивний стиль мислення «все або нічого» [46-48]. Ця теорія надалі зазнала критики за занадто обмежене пояснення патології переїдання, яке не давало пояснення виникненню епізодів нападоподібного переїдання [49, 50]. Отже, щоб зрозуміти та ефективно лікувати переїдання, необхідно розробити було більш повну модель неупорядкованої поведінки, яка враховує психологічні, а також поведінкові фактори/чинники середовища.

Когнітивна модель переїдання, базувалась на концепції спотворених переконань, подібно до когнітивної моделі депресії А. Бека [51]. Так, за ранньою когнітивною моделлю нервової анорексії [52], уразливі щодо цього розладу особи часто мають перфекціоністські риси, емоційну чутливість і прагнення до високих досягнень. Під впливом соціуму (сім'ї, суспільства та медіа) у них формується переконання, що втрата ваги полегшить їхні психологічні страждання, а це спонукає їх до жорсткого контролю харчування. Причому, початковий успіх у схудненні та схвалення оточення лише підкріплюють цю поведінку, надалі формуючи страх набрати вагу, що робить процес самопідтримуванням. Ця модель, разом із моделлю дієтичного обмеження, стала основою для наступних когнітивних теорій переїдання, зокрема *когнітивно-поведінкової моделі нервової булімії* [52], яка пояснює механізми розладів харчової поведінки через викривлені уявлення та переконання, а саме надмірну увагу до ваги та форми тіла, жорсткі правила харчування та дихотомічне мислення («успіх або провал»). Це створює порочне коло, де переїдання і дієтичне обмеження взаємно підсилюють одне одного, підтримуючи розлад. Підкреслювалась роль компенсаторної поведінки, такої як самоіндукована блювота, неправильне використання проносних або діуретиків або інтенсивні фізичні вправи після епізоду переїдання, коли особи з

нервовою булімією потрапляли у порочне коло переїдання та очищення, що ще більше знижує самооцінку та ще більше посилює цикл очищення від переїдання [53, 54].

Теорія втечі від переїдання, альтернативна теорії дієтичного обмеження зосереджувалась на зв'язку між негативним впливом самосвідомості та самокритичності і переїданням, припускаючи, що епізоди переїдання забезпечують полегшення через уникнення негативних внутрішніх переживань, завдяки зосередженні уваги особи на простих та приємних діях і відчуттях. Хоча докази, що підтверджують теорію втечі як самостійне пояснення патології переїдання, дещо обмежені, вона має багато спільного з іншими теоріями, пов'язаними з переїданням як механізмом толерантності до дистресу та емоційної регуляції [5, 54].

Так, *теорія емоційної регуляції* стверджувала, що переїдання виконує функцію зменшення усвідомлення аверсивних емоційних станів та може допомогти *впоратися* зі стресовими факторами. Автор моделі стверджував, що переїдання підтримується завдяки зменшенню негативного афекту. Низка наукових досліджень експериментально підтвердила життєздатність моделі емоційної регуляції, продемонструвавши явний дефіцит стратегій емоційної регуляції у людей з розладами харчової поведінки порівняно зі здоровими особами [55].

Трансдіагностична когнітивно-поведінкова модель розладів харчової поведінки, що поєднала та надалі розвинула вищеописані моделі, охоплює ширший діапазон механізмів підтримки та може бути використана для аналізу нервової анорексії та булімії, розладу нападopodobного переїдання та атипових розладів харчової поведінки. Механізми підтримки, були включені в модель, стосувались впливу клінічного перфекціонізму, основної низької самооцінки та міжособистісних труднощів. Автори вважали, що всі розлади харчової поведінки підтримуються подібними психопатологічними процесами [5, 54].

Інтегрована когнітивно-поведінкова модель розладів харчової поведінки також є трансдіагностичною, забезпечуючи хороше узагальнення загального теоретичного розуміння розладів харчової поведінки. Її автори проаналізували літературу та включили основні гіпотези, засновані на доказах, в свою модель: фактори самосхеми тіла, когнітивні упередження, негативну емоційну реакцію, переїдання, компенсаторну поведінку та фактори ризику розладів харчової поведінки. Ця теорія поєднує теоретичні внески теорії дієтичного обмеження, теорії емоційної регуляції, моделі подвійного шляху, теорії схем та основних концепцій когнітивно-поведінковій моделі С. G Fairburn [5, 17, 56]..

Проте жодна з представлених моделей не є досконалою, тому необхідні подальші дослідження перевірки їх відповідності клінічним особливостям пацієнтів з різними розладами харчової поведінки, зокрема розладом нападоподібного переїдання. Враховуючи високу поширеність переїдання не лише серед осіб із розладами харчової поведінки, але й серед населення загалом, а також пов'язані з цим витрати на охорону здоров'я для окремих осіб і суспільства, вкрай важливо спробувати зрозуміти цю поширену проблему та покращити результати лікування цієї групи населення [5, 17].

1.2. Медико-психологічна дезадаптація як причина та наслідок переїдання

Дезадаптація є складним медико-психологічним явищем, що проявляється у труднощах людини пристосуватися до значущих для неї змін у житті, особливо в умовах хвороби чи стресу. У медичній психології це поняття набуває особливого значення, оскільки пов'язане не тільки з реакцією психіки людини на емоційно значущі ситуації, але й з емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями пацієнтів на соматичні або психічні захворювання. Дезадаптація може проявлятися у формі емоційних порушень та надалі формування розладів психіки, психосоматичних реакцій та розладів, порушень поведінкових патернів та соціальної взаємодії з відповідним зниженням функціональності та якості життя.

1.2.1. Поняття дезадаптації в контексті медичної психології.

Дезадаптація є результатом недостатньої відповіді на вимоги, які можуть виникнути протягом усього життя та призвести до порушення функціонування, дистресу та/або погіршення здоров'я. Термін «дезадаптивний» стосується процесів (наприклад, певної поведінки, моделей мислення чи емоцій, які призводять до негативних наслідків), тоді як дезадаптація є результатом або результатом цього процесу [57]. Терміни дезадаптація та дезадаптивність використовуються в широкому діапазоні контекстів, які можна загалом класифікувати як соціальні, психологічні та біологічні. О.В. Васильєва (2020) наголошувала на важливості ефективного подолання дезадаптивних станів особливо в умовах соціального стресу, як на окремому завданні сучасної медичної психології, та вбачала необхідність оптимізації не тільки медико-психологічної допомоги, але кваліфікованої психопрофілактики дезадаптації як такої [58]. Актуалізація проблематики курації дезадаптивних станів, зокрема соматизованих, обумовлена погіршенням стану психічного здоров'я населення України в цілому через ситуації постковіду та війни [59, 60]. Причому саме соматизовані дезадаптивні стани у поєднанні з нездоровим способом життя виявилися притаманними певним групам населення, особливо уразливим до дії макросоціального стресу (молодь та особи похилого віку) [61, 62]. Дезадаптивні стани, донозологічні патологічні стани, психічні та поведінкові розлади, психосоматичні захворювання тощо відповідно до сучасної парадигми в медицині розглядаються в межах вісі «здоров'я – передхвороба/зона ризику – хвороба» [63].

Н.М. Бугайова [64], описуючи адаптивний потенціал особи, зауважила, що дезадаптація може бути наслідком: порушення життєвих стереотипів, включно з комунікативними стереотипами через зміну звичного середовища; травматичної зміни близького оточення через втрату або розрив стосунків; обмежувальних обставин життя через погіршення стану здоров'я або вимушену зміну способу життя; перебування в конфліктогенному середовищі з переживанням великої кількості негативних емоцій та відчуттів (образи, сорому, несправедливості,

страху розголосу тощо). У разі, коли відбувається фрустрація ціннісних установок через наявність у житті особи психотравмуючих подій, що виявилися суб'єктивно значущими, особливо за їх більшої чисельності, формується певний стан психічної дезадаптації. Особливістю такого стану є пролонговане унеможливлення задоволення основних потреб особистості, що супроводжується широким спектром психічних порушень.

Так, *психологічна дезадаптація* проявляється у вигляді проявів тривоги, депресії та інших емоційних порушень. Вона часто супроводжує тяжкі хронічні захворювання та/або поранення чи травми, оскільки пацієнти через функціональні обмеження змушені переосмислювати свій спосіб життя та перспективи майбутнього. Наслідком такої дезадаптації можуть бути хворобливі зміни харчової поведінки, здебільшого донозологічного рівня на кшталт переїдання [65, 66]. *Соціальна дезадаптація* стосується певних труднощів у міжособистісній комунікації з відповідними деформацією та/або розривом комунікативних полів, а також труднощів у виконанні соціальних ролей особливо за умов зміни вимог до них. Типовим прикладом може бути така дезадаптація пацієнтів з важкими соматичними захворюваннями, коли вони можуть стикатися з соціальною ізоляцією, зміною статусу в суспільстві чи нерозумінням з боку близьких [65, 67, 68]. Соціальна дезадаптація також спостерігається у пацієнтів із психічними розладами, коли вони втрачають зв'язок із суспільством через стигматизацію близьким оточенням чи суспільством, або через самостигматизацію. Типовим прикладом в даному випадку є пацієнти з різними розладами харчової поведінки, в тому числі РНП. *Професійна дезадаптація* є поширеним явищем серед працівників, зокрема тих, хто працює в умовах значного хронічного стресу. Професійне вигорання, зниження мотивації та постійна емоційна напруга можуть призводити не тільки до втрати ефективності в роботі, але й до зміни профілю професійної діяльності. Така дезадаптація також притаманна пацієнтам, хвороби або травми яких призводять до функціональних обмежень, що несумісні з попередньою професійною діяльністю, тому пацієнти через хворобу змушені

змінювати професію або покидати роботу [65, 67]. Наслідком такого типу дезадаптації можуть бути зміни патернів харчової поведінки в бік переїдання. Окрему увагу варто приділити *соматогенній* дезадаптації, що виникає внаслідок фізичних захворювань. Хронічний біль, втрата функціональних можливостей чи невизначеність у прогнозах можуть суттєво впливати на психічний стан пацієнтів та опосередковано на патерни харчової поведінки від анорексії, булімії та РНП та орторексії [69-71].

1.2.2. Феноменологія дезадаптації у осіб з переїданням різного типу.

Багато різнопланових факторів мають потенціал впливу на харчову поведінку людини, стимулюючи надлишкове споживання їжі понад її реальну потребу [17]. Насамперед таке споживання їжі почасти виконує роль засобу подолання негативних емоцій, тому переїдання можна вважати дезадаптивним способом управління цими емоціями [72-78].

В науковій медичній літературі найчастіше згадуються три психологічні конструкції, пов'язані з неконтрольованим харчуванням та збільшенням ІМТ, а саме: нижчий когнітивний контроль, вищий негативний афект та криволінійна асоціація з чутливістю до винагороди. [72, 76, 77]. Такі конструкції мають зрозуміле морфологічне підґрунтя. В процесі неконтрольованого харчування задіяні декілька мозкових систем, а саме: дофаміновий мезолімбічний ланцюг, який пов'язаний із чутливістю людини до винагороди; лобові когнітивні мережі, що відповідають за підтримання дієтичного самоконтролю; гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь, мигдалина й гіпокамп, що в сукупності відповідають за реактивність людини щодо стресу [33].

Було зазначено, що погіршення настрою безпосередньо передуює епізодам переїдання, причому близько 95% епізодів переїдання. передують не тільки смуток/депресія, але й гнів/розчарування та тривога. Гнів та/або розчарування, зокрема, передували потягу до переїдання частіше, ніж смуток та/або депресія [6, 79]. Схильні до переїдання особи більш чутливі до стресу та полегшено формують емоційну відповідь на нього порівняно з особами без схильності до переїдання.

Так, дослідження стресових факторів та психоемоційного стану в осіб, схильних до переїдання, виявили, що такі особи більшу кількість фактів та подій вважають негативними стресовими факторами (на роботі, в родині, серед друзів та іншого оточення), і, відповідно, мали менший ресурс опанування свого психоемоційного реагування у порівнянні зі здоровими особами [79, 80]. Зокрема В. В. Огоренко та співавт. зауважували на наявності значущого зв'язку переїдання з тривогою та/або депресією у студентів під час війни [80]. Результати різних досліджень також наголошують на тому, що у більшості людей з переїданням, зокрема РНП, високі показники коморбідності з іншими захворюваннями протягом життя, здебільшого з афективними та/або тривожними розладами [81-86].

Л. М. Абсаямова, вивчаючи психологію харчової поведінки жінок, звернула увагу на біосоціальну природу розладів харчової поведінки, коли йдеться про задіяність в формуванні патологічних поведінкових патернів як переїдання, так і відмови від їжі таких психологічних складових, як когніції та емоції, мотивація та саморегуляція, а також досвід. Авторка зауважила на значущості тілесного Я в регулюванні харчової поведінки у жінок в контексті соціально-психологічного розвитку і соціальної адаптації особистості [81]. Втім, такі висновки більшою мірою стосуються розладів харчової поведінки з заклопотаністю власною стрункістю як відображенням світоглядного примусу суспільства (нервова анорексія, нервова булімія тощо), до яких не відноситься розлад нападоподібного переїдання.

Когнітивні порушення у пацієнтів з РНП постали предметом вивчення в дослідженнях останніх років [82-88]. Було визначено, що особи з РНП демонстрували нижчу продуктивність у прийнятті рішень, гальмівному контролі та когнітивній гнучкості, а також ослаблену упередженість, пов'язану з їжею, порівняно зі здоровими особами [82]. Подібне до пацієнтів з РНП зниження психічної продуктивності також спостерігалася в осіб із нервовою булімією та аддиктивними розладами, та свідчило про порушення префронтальної виконавчої функції [83]. Варто зауважити, що у пацієнтів з РНП була визначена стійка позитивна асоціація між ІМТ та когнітивними порушеннями, але підвищена

імпульсивність була притаманна таким пацієнтам навіть з нормальною вагою [84, 85].

Прийняття рішень, як складний когнітивний процес, включає свідомі та звичні компоненти, які обумовлюють вибір результату серед інших альтернативних варіантів. В умовах невизначеності та неоднозначності пацієнти з РНП були схильні до прийняття більш ризикованих рішень порівняно з особами з ожирінням без РНП та з особами з нормальною вагою [86]. Інший аспект прийняття рішень, як частини виконавчої функції, стосується «дисконтування затримки» як здатності протистояти миттєвій меншій винагороді на користь більшого заохочення пізніше [87]. Вибір негайної винагороди замість відкладеної винагороди на основі емоційного стану більш поширений у пацієнтів з РНП порівняно зі здоровими особами та пацієнтами з нервовою анорексією [88]. Когнітивні порушення також асоціювалися з вищою тяжкістю РНП та більшою виразністю загальною психопатологією (наприклад, симптомами тривоги та депресії) і з гіршими результатами терапії. Проте дослідження виявили більшу значущість афективної коморбідної психопатології у пацієнтів з РНП, а саме депресивної симптоматики порівняно з когнітивною дисфункцією в плані прогнозування результатів терапії [28, 31, 34, 76, 89].

1.3 Сучасний стан досліджень щодо переїдання та його взаємовпливу з психосоціальною адаптацією в лікувально-діагностичному процесі

Визнання існування РНП медичним середовищем та суспільством взагалі, як і кількість досліджень щодо різних аспектів переїдання, значно збільшились після включення РНП до DSM-5 [2, 8-10]. Однак більшість науковців зауважують на необхідності додаткових дослідницьких зусиль, щоб зрозуміти основні механізми РНП з метою покращення профілактики, діагностики та лікування цього розладу на рівні первинної та спеціалізованої медичної та медико-психологічної допомоги, з акцентом на психоосвіті, психотерапії та психокорекції як першій лінії втручання [3, 5, 28, 33, 54, 78].

1.3.1. Аналіз сучасних досліджень та підходів до розладу нападоподібного переїдання

Дослідження останніх років присвячені сполученню РНП з ожирінням, особливостям переїдання в період пандемії COVID-19 тощо [12, 30-32, 38, 87, 90-94]. Вивчення РНП також проводилось з точки зору його відмінності та/або подібності до розладу харчової залежності та обсесивно-компульсивного розладу [94]. Так, ожиріння, провідна проблема громадського здоров'я, пов'язана з підвищеним ризиком хронічних захворювань і смертності, асоційована з різними видами переїдання [12]. РНП асоційований з низкою важких проблем зі здоров'ям, зокрема ожирінням, а також цукровим діабетом, серцево – судинними захворюваннями тощо, ускладненнями яких є інвалідизація та високий ризик смертності. Отже, багато досліджень наразі спрямовано на розуміння психологічних причин як донозологічних форм переїдання, так і РНП, і використання цих знань для розробки цільових втручань [12, 38, 91]. Зокрема було показано, що труднощі з регулюванням емоцій та вади виконавчої функції впливають на виникнення та перебіг розладів харчової поведінки та харчування, в тому числі РНП, негативно впливаючи на здоров'я та функціонування людини [12, 38, 90, 91].

Пандемія COVID-19 загострила проблему переїдання через страх зараженн та страх померти самому або втратити близьких людей. Вимушена ізоляція на тлі цих страхів зумовила збільшення таких відчуттів, як тривога, смуток й самотність, що сприяло емоційному переїданню. Дослідження вказують, що майже $\frac{1}{2}$ населення підтверджувала помірне і постійне емоційне переїдання під час пандемії, збільшуючи споживання висококалорійної їжі [30-32, 91, 93, 96, 97].. Аналіз виявив зв'язок між переїданням, впливом соціальних мереж, невротизмом та тривогою. Чим більше люди читали новини про COVID-19 на соціальних платформах, тим частіше вони переїдали. Дослідження також підтвердили посилення симптомів переїдання та ожиріння після перенесеної хвороби через

порушення відчуття голоду, напади переїдання, гіподинамію, збільшення ваги через когнітивні порушення, депресію, тривогу або ПТСР [95-97].

Дослідження COMET (COVID-19 and Maternal Feeding Practices) продемонструвало, що сприйнятий стрес, пов'язаний з COVID-19, позитивно асоціювався з ІМТ матерів та емоційним харчуванням зі споживанням комфортної їжі (наприклад, цукерок і чіпсів) (58,7%). Крім того, відмічено збільшення використання їжі як винагороди для дитини [95]. Інше дослідження зауважило на збільшенні випадків переїдання серед підлітків та молодих дорослих: 48,7% учасників повідомили про переїдання від середнього до сильного під час пандемії COVID-19 [96], причому особи, що зазнали більшого стресу, пов'язаного з COVID, повідомили про більш інтенсивне переїдання ($p = 0,03$). Систематичний огляду 186 досліджень із 406 076 учасниками та подальший мета-аналіз поширеності симптомів розладів харчової поведінки та/або дисфункціональної харчової поведінки під час COVID-19 також показав значну різницю в поширеності збільшення ваги від часу до пандемії до періоду пандемії через переїдання [97]. Нарешті, систематичний огляд щодо вплив пандемії COVID-19 безпосередньо на розлад нападopodobного переїдання продемонстрував як збільшення кількості діагнозів РНП, так і клінічне погіршення під час COVID-19 [98].

Вивчення РНП з точки зору відмінності та/або подібності до розладу харчової залежності важливе через те, що стратегії лікування обумовлені нозологічним розумінням основних психопатологічних феноменів [99]. Ці хворобливі стани мають ряд спільних рис: потяг до їжі, невдалі спроби припинити переїдання, відсутність голоду, емоційну нестабільність, підвищену імпульсивність тимчасове покращення настрою після їжі, здуття живота, а також деякі інші фізичні, психологічні та соціальні наслідки переїдання. Разом з тим, патерни поведінки в межах перебігу цих розладів кардинально відрізняються: пацієнтам з РНП притаманні саме епізодичні моделі поведінки (повторні напади переїдання), тоді як пацієнти з харчовою адикцією демонструють безперервну безладну поведінку. Крім того, пацієнти з харчовою адикцією зазвичай обирають

конкретні продукти відповідно до бажаного смаку, а пацієнти з РНП переймаються не смаком споживаної їжі, а радше її кількістю [99-102]. Втім, М. Бак-Сосновська зауважила, що особа, залежна від поведінки споживання більшої кількості їжі (поведінкова харчова залежність), а не певної речовини (речовинна харчова залежність), не обов'язково буде жадати певної їжі, а натомість буде дбати про кількість їжі, яка є в даний момент [100]. Особи з РНП їдять, щоб зменшити психічне напруження, тоді як у випадку харчової залежності їжа служить лише гедонічній меті [4, 99, 100]. Пацієнти з РНП позитивно сприймають ситуації без доступу до їжі а пацієнти з харчовою залежністю почати реагують гнівом, агресією та дратівливістю. Також пацієнти з РНП мають епізоди переїдання у свій вільний час, тоді як пацієнти з харчовою залежністю скасовують свої плани та відмовляються від соціальної активності задля переїдання. Нарешті, пацієнти з харчовою залежністю не усвідомлюють або заперечують свою проблему, а особи з цілком усвідомлюють аномально великі розміри порцій їжі інші аспекти своєї хвороби [99-102]

Розлади харчової поведінки та обсесивно-компульсивний розлад містяться в окремих розділах DSM-5 та МКХ-11 [2, 4, 8, 9]. Отже, вони зазвичай розглядаються як різні стани, які часто виникають одночасно та мають спільні симптоми, такі як нав'язливе мислення, примус/ритуали, поведінка уникнення, сумніви, перфекціонізм, відраза та особистісні фактори [2, 103]. Взагалі, рівень коморбідності РХП з обсесивно-компульсивним розладом сягає майже 1/3 серед дітей та підлітків, надалі зменшуючись з віком. Дослідження також свідчать, що обсесивно-компульсивний розлад частіше супроводжується нервовою анорексією та нервовою булімією, ніж РНП [103, 104-106].

Необхідність нозологічного розмежування саме РНП з обсесивно-компульсивним розладом додатково обумовлена певною термінологічною плутаниною, коли РНП називається розладом компульсивного переїдання відповідно до найбільш морбідного психосоціального підтипу переїдання, який насправді не є переважаючим у пацієнтів з РНП [8, 22, 28]. РНП та обсесивно-компульсивний розлад характеризуються поведінкою, що містить елементи

примусу (компульсій), але при РНП неконтрольовані пацієнтами епізоди споживання великої кількості їжі не зменшують психічний дискомфорт, навіть посивлюючи його, тоді як повторювані дії пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом виконуються для зниження тривоги та дискомфорту, викликаних нав'язливими думками. Втім, в обох випадках спостерігається значний емоційний дискомфорт, включаючи почуття провини, сорому та страждання після нападів переїдання або виконання компульсій. Отже, хоча обидва розлади мають певні спільні риси, вони відрізняються природою нав'язливих думок, наявністю або відсутністю компенсаторної поведінки та особливостями коморбідності [105-109].

1.3.2. Профілактика, лікування та реабілітація пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання на основі біопсихосоціальної парадигми

Біопсихосоціальна парадигма, яка враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти захворювання, є ефективним інструментом для розуміння та лікування РНП [108]. Дійсно, біологічні фактори, такі як генетична схильність, нейробиологічні механізми та гормональні дисбаланси, грають важливу роль у розвитку РНП. Дослідження показали, що РНП, як і інші розлади харчової поведінки, має генетичну складову, що успадковується [81, 90]. Нейробиологічні дослідження вияви зміни в роботі мозку, пов'язані з системою винагороди та контролем імпульсів, що може сприяти розвитку нападоподібного переїдання [33, 34]. Психологічні фактори, такі як низька самооцінка, депресія, тривога та стрес, часто супроводжують РНП [3, 7, 17, 25, 28, 108, 109]. Соціальні фактори, такі як культурні норми, тиск з боку суспільства та сімейне середовище, також впливають на розвиток РНП [17, 25, 28, 108]. Отже, РНП, як складний психіатричний розлад, вимагає комплексного підходу до профілактики, лікування та реабілітації.

Профілактика РНП повинна включати комплексний підхід, який враховує вищеперелічені біологічні, психологічні та соціальні фактори ризику. Освітні програми, спрямовані на підвищення обізнаності про здорове харчування та

позитивний імідж тіла, за даними досліджень можуть бути ефективними для зниження ризику розвитку РНП [75, 81]. Важливо також враховувати генетичну схильність та ранні ознаки розладу для своєчасного втручання [108, 109]. Разом з тим, лікування РНП повинно бути індивідуалізованим та враховувати специфічні потреби кожного пацієнта [4, 17]. Не тільки психоосвіта, але й соціальна підтримка мають виступати важливими компонентами профілактики та лікування. Програми підтримки, такі як групи самодопомоги та онлайн-ресурси, можуть бути корисними для пацієнтів та їхніх сімей [109].

Роль психотерапії в лікуванні РХП, вважається вирішальною. Психотерапевтичне втручання, спрямоване на переїдання, зокрема при РНП, включає когнітивно-поведінкову терапію, схемотерапію, міжособистісну психотерапію, поведінково обумовлену втрату ваги, діалектично-поведінкову терапію, терапію прийняття та зобов'язань тощо. Ряд досліджень та систематичних оглядів узагальнив наукову медичну літературу щодо лікування РНП [3, 5, 17, 25, 50, 54, 78, 81, 86, 90, 108-114].

Психотерапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), довели свою ефективність у осіб з переїданням. КПТ допомагає пацієнтам ідентифікувати та змінювати негативні думки та поведінкові патерни, пов'язані з переїданням. Наприклад, рандомізоване клінічне дослідження, проведене на 213 пацієнтах, показало, що КПТ значно зменшує частоту нападів переїдання порівняно з контрольною групою. КПТ допомагало пацієнтам розвивати навички самоконтролю та стресостійкості, а також покращувати свої відносини з їжею [110, 111]. Інші форми психотерапії, такі як інтерперсональна терапія та діалектична поведінкова терапія, також можуть бути ефективними. Одне з досліджень, проведене на 150 пацієнтах, показало, що діалектична поведінкова терапія зменшує частоту нападів переїдання на 50% протягом шести місяців [110]. Причому, огляд F. Amianto зі співавт. [109], підсумовуючи дані 71 статті 2008-2014 років з ефективності терапії РНП, засвідчив, що саме мультидисциплінарні програми лікування, забезпечували найкращі результати лікування з точки зору переїдання, утримання від їжі та контролю ваги. Тим не менше, автори

стверджували, що психотерапевтичні підходи, засновані на КПТ, є лікуванням першої лінії при переїданні. Також було наголошено, що майбутні дослідження повинні досліджувати ефективність лікування РНП у більших розмірах вибірки та з довгостроковим спостереженням. Систематичний огляд і мета-аналіз лікування РНП, проведений Brownley et al. [114], підтвердив ефективність КПТ та деяких фармакологічних методів. КПТ, ліздексамфетамін, антидепресанти (СИЗС, трициклічні антидепресанти) та антиконвульсанти (зокрема топірамат) знижували переїдання та пов'язану з ним психопатологію, а також ліздексамфетамін та топірамат знижували вагу у дорослих з РНП [110, 114]. Комбінація психотерапії, фармакотерапії та дієтологічної підтримки виявилася найбільш ефективною [110, 111-114]. Фармакотерапія може бути доповненням до психотерапії у лікуванні РНП: комбінація КПТ та фармакотерапії здатна зменшити частоту рецидивів на 25% протягом року [114]. Антидепресанти, антиконвульсанти та препарати, що знижують апетит, можуть допомогти зменшити частоту нападів переїдання та покращити загальний стан пацієнта. Однак важливо враховувати можливі побічні ефекти та індивідуальну реакцію на ліки. Так, дослідження, проведене на 300 пацієнтах, показало, що топірамат зменшив частоту нападів переїдання на 40%, але міг спричиняти побічні ефекти, такі як втрата апетиту [114]. Втім, було зазначено, що більшість включених досліджень оцінювали лише результат наприкінці лікування і не надавали інформації про довгострокові результати. Загалом, результати цих оглядів і досліджень лікування на сьогоднішній день підкреслюють необхідність довгострокових подальших досліджень ефективності терапії РНП.

Окремо варто зауважити на перспективності комп'ютерних технологій у лікуванні РНП. Сучасні технології, такі як онлайн-терапія та мобільні додатки, можуть бути корисними для пацієнтів з РНП. Ці технології дозволяють пацієнтам отримувати підтримку та консультації в будь-який зручний для них час, що може покращити дотримання лікування. Наприклад, онлайн-терапія (12-тижнева веб-когнітивно-поведінкова програма самодопомоги) зменшила частоту нападів переїдання на 30% протягом трьох місяців [111]. На додаток до значного зниження

психопатології РНП, було підмічено позитивний вплив цього втручання на різноманітні аспекти якості життя пацієнтів: загального самопочуття, симптомів депресії, тривоги, самооцінки, регуляції емоцій та якості життя. Ці результати продемонстрували потенціал цифрових втручань для покращення повсякденного життя пацієнтів з РНП шляхом усунення основної симптоматики, пов'язаної з хворобливим патерном харчування, а також емоційних і психологічних механізмів, які часто пов'язані з РНП. Дієтологічна підтримка є важливою частиною лікування РНП. Дієтологи можуть допомогти пацієнтам розробити збалансований план харчування та навчитися контролювати порції. Освіта про здорове харчування та його вплив на фізичне та психічне здоров'я також є важливою. Дослідження, проведене на 200 пацієнтах, показало, що дієтологічна підтримка сприяє зменшенню частоти нападів переїдання на 30% протягом трьох місяців [3, 78, 114].

Роль сім'ї та соціальної підтримки є ключовою в реабілітації пацієнтів з РНП [3, 5, 78, 81, 108-114]. Освіта сімей про розлад та методи підтримки може значно покращити результати лікування. Групи підтримки та онлайн-ресурси також можуть бути корисними для пацієнтів та їхніх близьких: участь у групах підтримки здатна зменшувати частоту нападів переїдання до 35% протягом шести місяців [114]. Психосоціальні інтервенції, такі як групова терапія та програми самодопомоги, можуть бути ефективними для пацієнтів з РНП. Ці інтервенції допомагають пацієнтам розвивати навички спілкування, покращувати соціальні навички та отримувати емоційну підтримку. Наприклад, групова терапія може зменшувати частоту нападів переїдання на 40% протягом трьох місяців [114]. Реабілітація пацієнтів з РНП має бути спрямована на відновлення фізичного та психічного здоров'я та включати фізичну активність, психологічну підтримку та соціальну інтеграцію. Важливо також враховувати індивідуальні потреби пацієнта та його мотивацію до одужання: програми реабілітації, які включають фізичну активність та психологічну підтримку, здатні редукувати частоту нападів переїдання на 45% протягом року [111].

Таким чином, біопсихосоціальна парадигма надає комплексний підхід до розуміння та лікування розладу нападopodobного переїдання. Комбінація біологічних, психологічних та соціальних інтервенцій є найбільш ефективною для профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів з РНП. Подальші дослідження та розробка нових методів лікування можуть значно покращити результати для пацієнтів та їхніх сімей.

1.4. Невирішені питання та проблеми в дослідженні медико-психологічної дезадаптації осіб з переїданням

1.4.1. Недоліки існуючих методик та підходів до діагностики і корекції.

Діагностика та корекція РНП є складними завданнями, які вимагають комплексного підходу. Одним з головних недоліків є відсутність єдиного стандарту діагностики. Хоча DSM-5 надає критерії для діагностики РНП, розвинуті надалі в МКХ-11, вони можуть бути інтерпретовані по-різному різними спеціалістами, що призводить до неоднорідності в діагностиці, коли від 40% до 60% пацієнтів отримували вірний діагноз РНП, що свідчило про значну кількість помилкових діагнозів [3, 5, 9, 11, 114]. Хоча РНП зустрічається в усіх вікових, етнічних та соціально-економічних групах, діагностичні інструменти часто не адаптовані для цих груп, а стандартні діагностичні критерії не завжди точно відображають симптоми РНП у цих групах [3, 5, 114].

Іншим недоліком є обмежена ефективність існуючих методів терапевтичного втручання. Хоча КПТ вважається золотим стандартом лікування РНП, вона не завжди призводить до тривалої ремісії: лише 50% пацієнтів досягають повної ремісії після КПТ; 30% мають рецидиви протягом року. Фармакотерапія, яка часто використовується як доповнення до психотерапії, також має обмежену ефективність в межах 20-40% [109-114]. Хоча комплексний підхід, який включає психотерапію, фармакотерапію та дієтологічну підтримку, вважається найбільш ефективним, на практиці така інтеграція часто не

відбувається [111]. Варто відмітити, що багато пацієнтів з РНП не мають доступу до кваліфікованої допомоги через фінансові, географічні або соціальні бар'єри [111, 114].

Коморбідні стани (депресія, тривога, розлади особистості тощо) можуть значно ускладнювати лікування РНП та знижувати його ефективність, коли лише 20% пацієнтів з коморбідністю здатні досягти тривалої ремісії порівняно з 50% пацієнтів без коморбідних станів [114]. Тим більше, що індивідуалізовані підходи до лікування можуть бути ефективнішими за стандартні протоколи (зниження частоти рецидивів на 30% порівняно зі стандартними протоколами) через врахування індивідуальних особливостей пацієнтів (особистісні риси, мотивація до лікування, соціальна підтримка тощо) [3, 111, 114]. Також, існуючі підходи до курації РНП часто не враховують динаміку розвитку розладу протягом життя пацієнта та довгострокові наслідки хвороби для фізичного та психічного здоров'я пацієнтів. Насправді симптоми РНП у підлітків та дорослих мають різні особливості, які вимагають різних підходів до лікування. Крім того, РНП пов'язаний з підвищеним ризиком ожиріння, серцево-судинних захворювань та діабету. Такі особливості потребують підходів до лікування, що повинні адаптуватися до цих змінних в анамнезі пацієнта з РНП [80, 89, 100, 104, 111].

Нарешті, однією зі значущих вад курації варто назвати обмежену увагу до превенції рецидивів, які є поширеним явищем серед пацієнтів з РНП, а існуючі методики терапії часто не забезпечують достатньої підтримки для запобігання рецидивів [111].

1.4.2. Перспективні напрямки досліджень для вирішення проблем дезадаптації, пов'язаної з переїданням.

Для вирішення проблем дезадаптації, пов'язаної з переїданням, необхідно розвивати нові підходи, які враховують недоліки існуючих методів курації пацієнтів з РНП. Одним з перспективних напрямків досліджень вважається

розробка більш точних та стандартизованих діагностичних інструментів через створення нових клінічних тестів та біомаркерів, які дозволять точніше діагностувати РНП до 20% та відрізнити його від інших розладів харчової поведінки [3, 5, 114]. Культурно-адаптовані методики лікування також здатні на чверть знизити частоту рецидивів [108]. До ще не повністю задіяних ресурсів варто віднести інтеграцію психотерапевтичних, фармакологічних та дієтологічних підходів для комплексного лікування психічних та соматичних коморбідних станів, зокрема депресії, тривоги, розладів особистості, ожиріння, цукрового діабету 2 типу, метаболічного синдрому тощо. Тобто, одним з перспективних напрямків досліджень є розробка індивідуалізованих планів лікування, які враховують позитивну динаміку РНП, преморбідні патерни переїдання, особистісні риси, мотивацію до лікування та соціальну підтримку пацієнтів. Це дозволить врахувати довгострокові наслідки РНП для фізичного та психічного здоров'я пацієнтів та сприятиме створенню програм реабілітації, спрямованих на відновлення соматичного та психічного здоров'я пацієнтів після лікування РНП [80, 89, 100, 104, 111].

Також, необхідно розвивати методики, що здатні забезпечити доступність терапії для всіх пацієнтів з РНП. Це може включати створення онлайн-платформ та мобільних додатків, які дозволять пацієнтам отримувати підтримку та консультації в будь-який зручний для них час. Тривала підтримка пацієнтів з РНП, в свою чергу, може забезпечити довгостроковий медико-психологічний супровід для запобігання рецидивів хвороби [108, 109, 111]. Таким чином, перспективні напрямки досліджень включають розробку точніших діагностичних інструментів, терапевтичних втручань, які враховують соціокультурні фактори, індивідуалізованих планів лікування й програм реабілітації, спрямованих на превенцію рецидивів, що й обумовило актуальність даного дослідження.

Висновок до розділу 1

Проведений аналіз сучасного стану проблеми медико-психологічної дезадаптації осіб з переїданням показав, що основні теорії та моделі, що

пояснюють механізми переїдання, включаючи біопсихосоціальну модель, об'єднують біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Наведена класифікація типів переїдання (емоційне, компульсивне, ситуативне) через обґрунтування їх психологічних основ дозволила надати наукове пояснення виокремленню діагнозу РНП в DSM 5 та МКХ-11. Описана концепція медико-психологічної дезадаптації та її зв'язок з переїданням різного типу через аналіз психологічних симптомів дезадаптації, включаючи тривогу, депресію, порушення самоконтролю, соціальну ізоляцію та інші аспекти, що можуть проявлятися у осіб з переїданням. Через останні наукові дослідження висвітлено вплив переїдання на психосоціальну адаптацію, здоров'я та якість життя, а також показано фактори ризику (психологічні, біологічні, соціальні) та особливості перебігу дезадаптаційних процесів у осіб з різними типами переїдання. Розглянуто недостатньо вивчені аспекти проблеми, зокрема потенційні напрями подальших досліджень для покращення корекційної роботи, що підкреслило наукову актуальність обраної теми дисертаційного дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Sinkevych, I. (2022). Психологічна дезадаптація осіб з переїданням . Психосоматична медицина та загальна практика, 6(4).
<https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.353>
2. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4).
<https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>

РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та етапи дослідження.

Дослідження було проведено на базі відділення психоневрології та медико-психологічної реабілітації Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 Філії «Центр Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» у м. Києві у чотири умовних етапи (див. **Рисунок 1**)

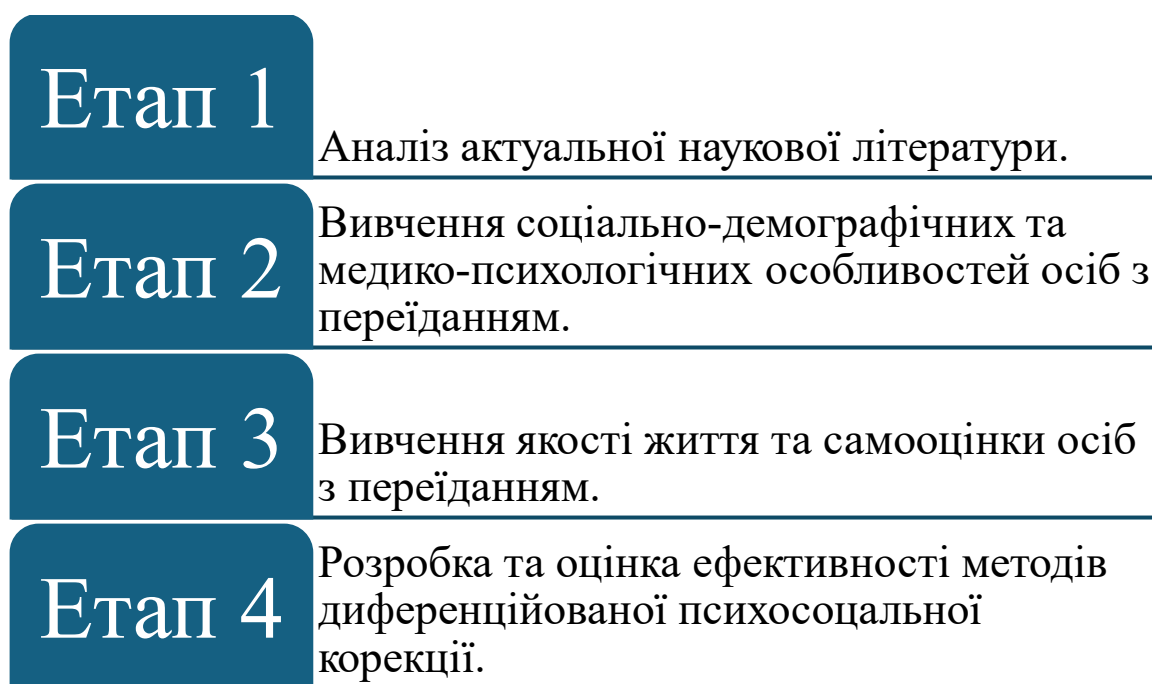


Рисунок 1. Етапи дослідження.

Етап 1 – аналіз актуальної наукової літератури та систематизація наявної інформації про психологічні особливості осіб із переїданням різного типу. Результати проведеного аналізу та отримані висновки представлено у [Розділі 1](#).

Етап 2 – полягав у вивченні соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, психосоціальних та психопатологічних особливостей осіб із розладом нападоподібного переїдання з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання. Результати проведеного аналізу та отримані висновки представлено у [Розділі 3](#).

Етап 3 – аналіз особливостей якості життя й соціального функціонування та чинників, що можуть негативно на них впливати, в осіб із розладом нападоподібного переїдання, з урахуванням преморбідних психосоціальних типів переїдання. Результати проведеного аналізу та отримані висновки представлено у [Розділі 4](#).

Етап 4 – розробка та оцінка ефективності персоніфікованої психокорекції для осіб із розладом нападоподібного переїдання та його різними психосоціальними типами з врахуванням можливого впливу кофакторів. Результати проведеного аналізу та отримані висновки представлено у [Розділі 5](#).

Етапи 2 – 4 відбувались в ході дослідження паралельно (див. підрозділ 2.3).

Поінформована згода.

Перед участю в дослідженні пацієнти проходили попередній скринінг для підтвердження того, що вони відповідають критеріям включення/невключення в дослідження. Якщо вони відповідали критеріям включення, то надалі дослідник ознайомлював їх з метою та дизайном дослідження, і вони мали можливість поставити запитання та отримати на них відповіді. Після цього пацієнти підписували письмову поінформовану згоду, бланк якої затверджено на засіданні Комісії з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (протокол № 151 від 25.10.2021).

Учасники мали можливість добровільно відмовитися від участі в дослідженні на будь-якому етапі.

Збір даних.

Інформація отримувалась як від пацієнтів безпосередньо, шляхом проведення психодіагностичного оцінювання їхнього стану, так і з медичних документів відділення психоневрології та медико-психологічної реабілітації Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1.

Збирались наступні дані:

Соціально-демографічні дані. Вік, стать, сімейний стан, освіта, місце проживання.

Клінічні дані. Зріст, вага, індекс маси тіла, ступінь тяжкості переїдання, наявність/відсутність супутніх захворювань.

Особливості переїдання: психосоціальні типи переїдання, кількість преморбідних психосоціальних типів переїдання та їхні комбінації, тяжкість розладу нападоподібного переїдання.

Психосоціальні типи переїдання, що передували виникненню розладу нападоподібного переїдання, класифікувались наступним чином [115-117]:

- Емоційне (емоціогенне);
- Компульсивне (пароксизмальне);
- Ситуативне (екстернальне).

Так як на момент початку дослідження діагноз розладу нападоподібного переїдання був відсутній в МКХ-10, критерії та ступінь тяжкості нападоподібного переїдання визначався за DSM-5 [2]:

- Легкий: 1-3 епізоди на тиждень;
- Помірний: 4-7 епізодів на тиждень;
- Тяжкий: 8-13 епізодів на тиждень;
- Дуже тяжкий: 14 або більше епізодів на тиждень.

2.2. Характеристика досліджуваної вибірки.

У дослідженні взяло участь 163 особи з розладом нападоподібного переїдання.

Критерії включення та невключення учасників в дослідження представлені у *Таблиця 1*.

Таблиця 1. Критерії включення та невключення в дослідження.

Критерії включення	Критерії невключення
1. Особи з діагностичними критеріями переїдання (за DSM-5).	1. Відсутність інформованої згоди. 2. Наявність інших розладів харчової поведінки (булімія,

2. $IMT \leq 18,5$.	нервова анорексія тощо).
3. Можливість надати інформаційну згоду.	3. Діагностований синдром Піка (алотріофагії).
4. Вік від 18 до 65 років.	4. $IMT \geq 40$.
	5. Інші психічно значущі розлади.
	6. Вживання психоактивних речовин.

На етапі 4 учасників для оцінки ефективності методів психосоціальної корекції учасників було поділено на дві групи:

- *Основну групу* склали пацієнти з переїданням які отримують стандартне лікування, із використанням методу диференційованої психосоціальної корекції осіб з поведінковим патерном переїдання.
- *Групу порівняння* склали пацієнти з переїданням, які отримують стандартне лікування без використання методу диференційованої психосоціальної корекції осіб з поведінковим патерном переїдання.

2.3. Методи дослідження.

Для оцінки психологічного стану було використано шкалу компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale, BES), госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Торонтську шкалу алекситимії, шкалу емоційного інтелекту та шкалу соціального інтелекту. Для динамічного спостереження ефективності комплексного втручання було використано шкалу якості життя О.С. Чабана та шкалу життестійкості.

Шкала нападоподібного переїдання (The Binge Eating Scale, BES) – це опитувальник, який був розроблений для виявлення та оцінки ступеню тяжкості нападоподібного переїдання. Розроблена J. Gormally та ін. [118], вона спрямована на визначення поведінки та думок, притаманних нападоподібному переїданню. Шкала містить 16 питань, які оцінюють частоту та ступінь тяжкості компульсивного переїдання. Вісім питань оцінюють поведінкові прояви, та вісім пунктів описують когнітивні прояви. Кожне питання має чотири варіанти

відповіді, структуровані за шкалою Лікєрта, зважені бали варіюють від 0 до 3, де більший бал означає сильніші прояви. Усі бали підсумовуються та розраховується максимальний бал від 0 до 46, де менше 18 балів означає відсутність переїдання або легкий його ступінь, 18 – 26 балів означає середній ступінь переїдання, і важкий ступінь – 27 балів та більше. Українська версія шкали була валідована Л. Юр'євою та співавт., має добру внутрішню узгодженість ($\alpha=0,885$), дуже високий коефіцієнт надійності розщеплення (0,899) та добру якість моделі ($AUC=0,811$) та є надійним і достовірним методом діагностики компульсивного переїдання [119]. Ми не знайшли в літературі згадок про мінімальну клінічно значущу різницю (MCID) за BES, тому використали підхід розрахунку MCID як $\frac{1}{2}$ стандартного відхилення [120]. Таким чином, враховуючи, що стандартне відхилення загального балу BES становить 13 [118], різниця у 7 балів вважалася клінічно значущою.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), розроблена А. Зігмондом та Р. Снейтом [121], є перевіреним інструментом ($\alpha=0,94$), що використовується для оцінки тривоги та депресії. HADS включає 14 тверджень, які поділяються на дві субшкали: субшкалу тривожності (A), яка охоплює твердження під непарними номерами (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), та субшкалу депресії (D), до якої належать парні твердження (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів [122]. Мінімальний загальний бал для кожної з субшкал – 0 балів, а максимальний становить 21 бал, вищі бали вказують на більш виражені симптоми. Загальний бал у діапазоні 0-7 балів вказує на відсутність симптомів тривоги/депресії, у діапазоні 8-10 балів вказує на субклінічні/межові прояви тривоги/депресії, у діапазоні 11-21 бал вказують на клінічно виражені прояви тривоги/депресії. Українська адаптація та переклад шкали були здійснені Агаєвим Н.А. та колегами [123]. У попередніх дослідженнях було розраховано клінічно значущу різницю в 1.5 бали для обох субшкал [124, 125]. Таким чином, в даному дослідженні різниця між групами в 1.5 бали за кожною субшкалою також була визначена як клінічно значуща.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20). Даний самоопитувальник є найбільш вживаним методом оцінки алекситимії, розробленим Р. Bagby та співавт. [126, 127]. TAS-20 містить 20 запитань та має трьохфакторну структуру. 7 питань оцінюють труднощі у розрізненні емоцій, 5 питань оцінюють труднощі у розпізнаванні емоцій, 8 питань оцінюють зовнішньо-орієнтоване мислення. Кожне запитання має шкалу Лікерта на 5 варіантів відповіді, які оцінюються в діапазоні 1-5 балів: від «Повністю не згоден» (що оцінюють в один бал) до «Повністю згоден» (що оцінюється в п'ять балів). Бали по окремих запитаннях підсумовуються у загальний бал, що може бути в діапазоні від 20 до 100 балів, де більший бал означає сильніший ступінь алекситимії. Значення загального балу у діапазоні 0-51 інтерпретуються як відсутність алекситимії, у діапазоні 52-60 як ймовірна алекситимія, у діапазоні 61-100 як наявність алекситимії [126, 127]. Версія TAS-20 для використання в україномовній популяції була адаптована та валідизована В.В. Василець та ін. [128]. Ми не знайшли в літературі згадок про мінімальну клінічно значущу різницю (MCID) за TAS-20, тому використали підхід розрахунку MCID як $\frac{1}{2}$ стандартного відхилення [120]. Таким чином, враховуючи, що стандартне відхилення загального балу TAS-20 становить 8.22 [128], різниця у 4 бали вважалася клінічно значущою.

Тест емоційного інтелекту Гола. Розроблений Н. Голом [129] тест складається з 30 тверджень, які рівномірно згруповані у 5 шкал (по 6 запитань в кожній): «Емоційна обізнаність» (питання 1, 2, 4, 17, 19, 25), «Управління емоціями» (питання 3, 7, 8, 10, 18, 30), «Самотивація» (питання 5, 6, 13, 14, 16, 22), «Емпатія» (питання 9, 11, 20, 21, 23, 28), «Розпізнавання емоцій інших» (питання 12, 15, 24, 26, 27, 29). Кожне твердження має шість варіантів відповідей від «Повністю не згодний», що оцінюється в -3 бали, до «Повністю згодний», що оцінюється в +3 бали. По кожній субшкалі розраховується сума балів, а також окремо розраховується загальний бал. Сума балів по окремій шкалі в 7 балів і менше свідчить про низький ступінь розвитку компоненту емоційного інтелекту, в 8-13 балів – про середній ступінь розвитку, 14 та вище – про високий ступінь розвитку компоненту. Загальний рівень емоційного інтелекту розраховується за

загальним балом: у разі 39 балів або менше – низький рівень, 40-69 балів – середній ступінь розвитку, 70 або більше – високий рівень емоційного інтелекту [130]. Ми не знайшли в літературі згадок про мінімальну клінічно значущу різницю за тестом Гола, тому розраховали MCID $\frac{1}{2}$ стандартного відхилення 13.17, згідно з наявними в літературі даними [131]. Таким чином, різниця у 7 балів вважалася клінічно значущою.

Шкала якості життя О.С. Чабана. Самоопитувальник був розроблений Чабаном О.С. та містить 10 питань щодо задоволеності різними аспектами життя, кожне з яких оцінюється від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений) [132]. Надалі отримана кількість балів за кожне твердження підсумовується та розраховується загальний бал у діапазоні 0-100 балів. Загальний бал у діапазоні 0-56 балів вказує на вкрай низьку задоволеність якістю життя, у діапазоні 57-66 балів вказує на низьку задоволеність якістю життя, у діапазоні 67-75 балів вказує на середню задоволеність якістю життя, у діапазоні 76-82 вказує на високу задоволеність якістю життя, у діапазоні 83-100 балів вказує на дуже високу задоволеність якістю життя. Шкала має гарну внутрішню узгодженість ($\alpha=0.905$) та надійність ($r=0.923$) [132]. В інших дослідженнях мінімальну клінічно значущу різницю було встановлено на рівні 10 балів [124], тому в даному дослідженні ми дотримувались цієї позначки.

Шкала змін в симптомах розладів харчової поведінки (Change in Eating Disorder Symptoms, CHEDS). Розроблена D. Spangler [133] шкала містить 35 питань, які оцінюють сім категорій симптомів: занепокоєність тілом, незадоволеність тілом, обстеження тіла, переїдання, обмеження в їжі, зациклення на їжі/харчуванні та блювота. Пацієнт має оцінити, наскільки сильно його турбували різні симптоми протягом минулого тижня. На кожне питання може бути дана відповідь, що варіює від «Ніколи» (що оцінюється в 0 балів) до «Завжди» (що оцінюється в 4 бали). Надалі бали підсумовуються та розраховується загальний бал в діапазоні від 0 до 140. Шкала має гарну внутрішню узгодженість ($\alpha=0.96$), конвергентну та дивергентну валідність [133]. Клінічно значуща різниця

була оцінена дослідниками на рівні 12 балів, в той час як загальний бал на рівні 65 балів, де 65 і більше означає наявність розладів харчової поведінки [134].

Таким чином, використання BES сприяло виявленню особливостей харчової поведінки, тоді як HADS дозволив оцінити рівні тривожності та депресивності. Застосування TAS було спрямовано на вимірювання здатності до розпізнавання та опису власних емоцій, що є важливим показником емоційної регуляції. Додатково, CQLS дав змогу оцінити загальну якість життя, включаючи соціальну адаптацію та функціонування у повсякденних ситуаціях, а тест Гола допоміг визначити специфічні аспекти самоусвідомлення та поведінкової активності, пов'язані з емоційним інтелектом.

Часові точки та інтервали дослідження.

T0 (перший день залучення до дослідження). На цьому етапі пацієнтів уперше ознайомлювали з протоколом дослідження, отримували інформовану згоду та проводили базове психометричне обстеження перед рандомізацією й поділом на групи дослідження та порівняння. Оцінювання включало шкали BES, HADS, TAS, тест Гола, CQLS. Дані T0 використовувались для досягнення цілей Етапу 2, Етапу 3 та Етапу 4 (див. підрозділ 2.1).

T1 (день виписки зі стаціонару, через 14 днів після T0). По завершенні стаціонарного лікування проводили повторне тестування тими самими методиками, що були використані в T0, та CHEDS як додатковий інструмент оцінювання, аби зафіксувати зміни, що відбулися під час перебування в стаціонарі. Це дозволяло відстежити динаміку клінічного стану та психоемоційних показників пацієнтів одразу після стаціонарного лікування. Дані T1 використовувались для досягнення цілей Етапу 4.

T2 (перша follow-up зустріч, через 90 днів після T1). На цьому етапі учасників запрошували для контрольного психодіагностичного обстеження. Щоб оцінити збереження або зміну позитивної динаміки, досягнутої під час стаціонарного лікування, використовували BES, HADS, TAS, тест Гола та CQLS. Такі повторні вимірювання дозволяли виявити, як стан пацієнтів змінюється у

проміжку трьох місяців після активної терапії. Дані T2 використовувались для досягнення цілей Етапу 4.

T3 (друга follow-up зустріч, через 180 днів після T1). Приблизно через шість місяців після стаціонарного лікування пацієнтів знову обстежували, використовуючи той самий комплекс психодіагностичних інструментів. Порівняння даних з попередніми часовими точками дозволяло оцінити тривалість ефекту лікування та визначити, чи зберігаються позитивні зміни у психоемоційному стані і якості життя пацієнтів у довгостроковій перспективі. Дані T2 використовувались для досягнення цілей Етапу 4.

Часовий перебіг дослідження та точки психометричної оцінки представлено на **Рисунок 2).**

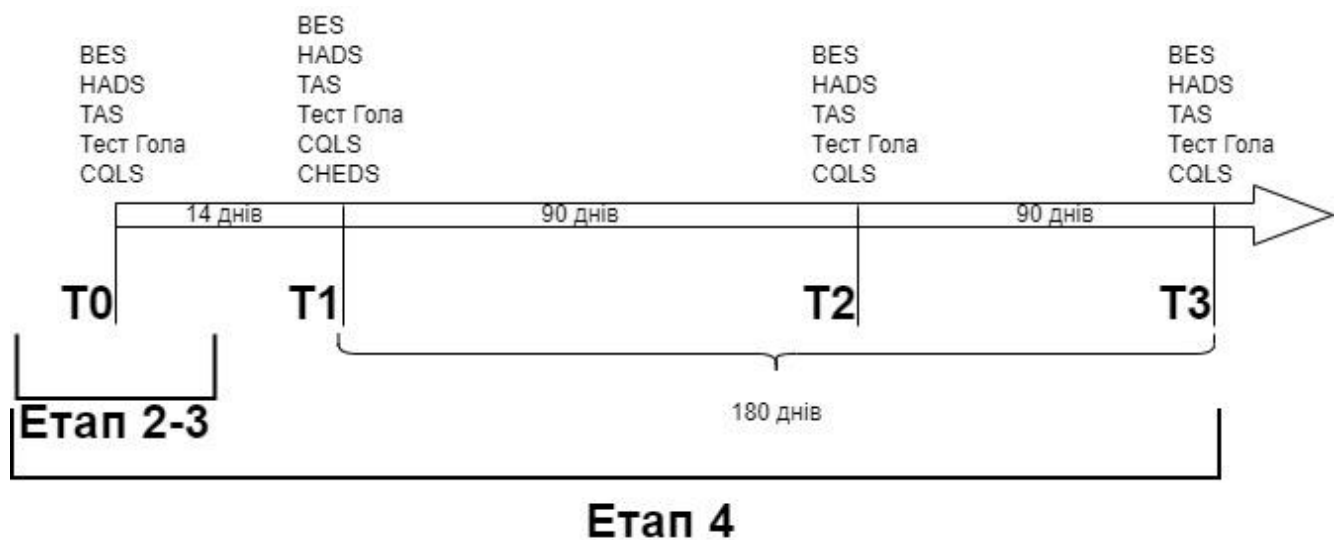


Рисунок 2. Часовий перебіг дослідження та точки психометричної оцінки

Розрахунок розміру вибірки.

Для досягнення основної мети дослідження (удосконалення методів психосоціальної корекції осіб з поведінковим патерном переїдання) основними групами для розрахунку вибірки стали група дослідження та група порівняння (IV етап), між якими визначалась значущість різниці.

При $\alpha=5\%$ та потужності у 80%, для визначення різниці між двома групами у 7 балів за шкалою BES при стандартному відхиленні 13 [135] необхідно мінімум 55 пацієнтів в кожній групі. Для визначення різниці між двома групами у 1.5 бали за шкалою HADS при стандартному відхиленні 3.01 [124] необхідно мінімум 64 пацієнти в кожній групі. Для визначення різниці між двома групами у 4 бали за шкалою TAS-20 при стандартному відхиленні 8.22 [128] необхідно мінімум 67 пацієнтів в кожній групі. Для визначення різниці між двома групами у 7 балів за тестом Гола при стандартному відхиленні [131] необхідно мінімум 56 людей у кожній групі. Для визначення різниці між двома групами у 10 балів за шкалою CQLS при стандартному відхиленні 11.75 [124] необхідно мінімум 22 людини у кожній групі. Для визначення різниці між двома групами у 12 балів за шкалою CHEDS при стандартному відхиленні в 20.60 балів [134] необхідно мінімум 47 осіб в кожній групі.

Враховуючи, що дострокове завершення участі учасників з компульсивним переїданням у подібних дослідженнях становило 17.4% [136], ми заклали в плані дропаут на рівні 17%. Таким чином, для досягнення 80% потужності при рівні $\alpha=5\%$ буде необхідно 158 учасників (по 79 в обох групах).

Методи статистичної обробки даних.

Для описової статистики кількісних показників визначалось середнє значення та середньоквадратичне відхилення (при нормальному розподілі ознак), медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних та максимальних значень. При оцінці якісних ознак розраховувалась частота та %. 95% довірчий інтервал (ДІ) за Клоппером-Пірсоном було розраховано для якісних ознак. Для перевірки нормальності розподілу ознак було використано критерій Шапіро-Вілка (W).

Тест Бартлета було використано для оцінки рівності дисперсії. Для оцінки різниці між двома групами було використано t-тест Стюдента для непов'язаних вибірок (у разі нормального розподілу) або тест Манна-Вітні (у разі розподілу, відмінного від нормального). Для порівняння трьох та більше груп було використано дисперсійний аналіз (ANOVA, у разі нормального розподілу) або

тест Краскела-Воліса (у разі розподілу, відмінного від нормального) із post-hoc тестами Дана. Так як у випадку порівняння кількісних показників між пацієнтами, що мали різні психосоціальні типи переїдання, пацієнти могли одночасно належати до двох або трьох груп, в аналізі використовувався тест Фрідмана.

Для вивчення зв'язку між кількісними показниками було використано коефіцієнт кореляції Пірсона r (у разі нормального розподілу) або коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ρ (у разі розподілу, відмінного від нормального). Для порівняння коефіцієнтів кореляції різних підгруп було використано z -трансформацію Фішера [137]. Формальне порівняння коефіцієнтів кореляції не виконувалось для груп з різним типом психосоціального переїдання, так як пацієнти могли належати до двох або трьох груп одночасно.

Лінійна регресія зі змішаними ефектами була використана для оцінки впливу різних факторів на тяжкість переїдання за шкалою BES. Використовувалась модель з випадковим інтерсептом, що варіював у різних пацієнтів, а соціально-демографічні та клінічні показники, вплив яких на тяжкість переїдання вивчався, моделювались як фіксовані ефекти в однофакторних моделях.

Для первинного аналізу значущості лінійного тренду у показниках з плином часу, а також впливу групи на нього було використано дисперсійний аналіз повторюваних вимірювань (RM-ANOVA). Тест Мочлі та візуальний аналіз лінійних діаграм використовувався для формальної та візуальної оцінки сферичності. У разі порушення сферичності проводились корекції Грінгауза-Гайсера (при $\epsilon > 0.75$) або Г'юна-Фельдта (при $\epsilon < 0.75$) для корекції p -значення. Повідомлялись як нескориговане, так і скориговане p -значення.

Також лінійна регресія зі змішаними ефектами була використана для оцінки того, чи є різниця між групою дослідження та групою контролю в лінійному тренді психодіагностичних показників з плином часу – для врахування дисперсії в межах одного пацієнта, можливих кофакторів та коваріат. Для аналізу кожної залежної змінної, що представляла для нас інтерес, будувалась неструктурована модель випадкових ефектів, де інтерсепт і нахил (час) є випадковими ефектами та

можуть відрізнятися у різних пацієнтів. Якщо неструктурована модель не сходилась, використовувалась модель з випадковим інтерсептом. Соціально-демографічні та клінічні показники моделювались як фіксовані ефекти.

Для оцінки тривалості перебування учасників у дослідженні та особливостей припинення участі в дослідженні було використано аналіз виживаності Каплана-Мейєра з лог-ранк тестом, де в якості події виступало припинення участі, а часом до події виступав час (у днях) з дня залучення в дослідження до дня припинення участі або останнього контакту з пацієнтом. Цензурування даних відбувалось на останній день участі в дослідженні.

Альфа Кронбаха розраховувалась для оцінки внутрішньої узгодженості CQLS у популяції осіб з переїданням.

Рівень статистичної значущості p було прийнято на рівні $<0,05$. Дані зберігались у Microsoft Excel 365. При аналізі було використано статистичний пакет IBM SPSS Statistics Base v.22.

Висновки до розділу 2

1. Дослідження побудовано на чітко структурованій схемі, що включає чотири етапи: аналіз літератури, вивчення клінічних та психосоціальних особливостей пацієнтів, оцінку якості життя та соціального функціонування, а також розробку й апробацію програми персоніфікованої психокорекції.
2. Процедура набору учасників була організована відповідно до етичних стандартів, що включали попередній скринінг за критеріями включення/невключення та отримання письмової поінформованої згоди.
3. Щоб отримати повну картину соціально-демографічних та клінічних характеристик досліджуваної вибірки, збір даних було заплановано як комплексний процес із використанням як безпосередніх психодіагностичних оцінок, так і аналізу інформації з медичних документів.
4. У дослідженні застосовано лише валідовані інструменти, зокрема: шкалу BES для оцінки ступеню нападоподібного переїдання, госпітальну шкалу

HADS для вимірювання тривожності та депресії, TAS-20 для визначення рівня алекситимії, тест Гола для оцінки емоційного інтелекту, шкалу CQLS для вимірювання якості життя, а також шкалу CHEDS для аналізу симптомів розладів харчової поведінки.

5. Розрахунок розміру вибірки проводився з урахуванням статистичних критеріїв ($\alpha=5\%$, потужність 80%) та прогнозованого рівня дропауту, що забезпечило адекватну кількість учасників для порівняльного аналізу між групами.
6. Статистична обробка даних включала застосування як описової статистики, так і методів перевірки нормальності розподілу та однорідності дисперсій, що дозволило обирати відповідні параметричні чи непараметричні методи порівняння (t-тест, тест Манна–Вітні, ANOVA, тест Краскела–Воліса).
7. Для аналізу динаміки показників з плином часу використано дисперсійний аналіз повторних вимірювань (RM-ANOVA) та лінійну регресію зі змішаними ефектами, що дозволило врахувати як міжгрупові, так і внутрішньоіндивідуальні варіації, а також вплив кофакторів.
8. Впровадження корекційних процедур при порушенні сферичності (за допомогою корекцій Грінгауза–Гайсера або Г'юна–Фельдта) та розрахунок коефіцієнта внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) додатково посилювали надійність застосованих методів та висновків на їх основі.
9. Для оцінки тривалості участі та аналізу факторів дострокового припинення участі застосовано аналіз виживаності Каплана–Мейєра із лог-ранк тестом. Цей підхід дозволив визначити час від залучення до моменту припинення участі або останнього контакту, при цьому дані цензурували на останній день участі. Отримані результати сприяють точній оцінці стабільності даних та виявленню потенційного впливу втрат вибірки на результати дослідження.

Таким чином, застосована методологія, включаючи чіткий дизайн, комплексний підхід до збору даних, використання валідованих шкал та

відповідних статистичних методів, створила обґрунтовану основу для оцінки клініко-психологічних особливостей та ефективності психокорекційних втручань у досліджуваній вибірці.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>
2. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ПОВЕДІНКОВИМ ПАТЕРНОМ ПЕРЕЇДАННЯ

3.1. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні особливості осіб з переїданням.

Соціально-демографічні та клінічні характеристики. У дослідженні взяло участь 163 пацієнти із середнім віком 34.60 ± 11.66 , що мали розлад нападоподібного переїдання. Середній представник вибірки була жіночої статі, неодружена, мала вищу освіту та жила у місті (див. **Таблиця 2**).

Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики всієї вибірки.

Показник	N	%	95% ДІ
Стать			
Жіноча	98	60.12 %	52.17 % – 67.70 %
Чоловіча	65	39.88 %	32.30 % – 47.83 %

Сімейний стан			
Одружений	59	36.20 %	28.83 % – 44.08 %
Неодружений	104	63.80 %	55.92 % – 71.17 %
Освіта			
Середня	59	36.20 %	28.83 % – 44.08 %
Вища	104	63.80 %	55.92 % – 71.17 %
Місце проживання			
Місто	129	79.14 %	72.09 % – 85.10 %
Сільська місцевість	34	20.86 %	14.90 % – 27.91 %

Також середній представник вибірки мав ІМТ, який відповідав передожирінню; помірно-тяжкий ступінь тяжкості розладу нападоподібного переїдання; та не мав супутніх соматичних захворювань. Клінічні показники досліджуваних представлені у **Таблиця 3**.

Таблиця 3. Клінічні характеристики всієї вибірки.

Показник	$\mu \pm \sigma$	Q2 (Q1 – Q3)		Мін - Макс
Вік	34.6 $\pm$ 11.7	36.0 (24.0 – 43.0)		18 – 59
Зріст (см)	171.5 $\pm$ 8.8	171.1 (164.7 – 177.4)		146.2 – 193.9
Вага (кг)	81.8 $\pm$ 15.1	81.4 (69.0 – 94.8)		51.37 – 116.95
ІМТ	27.5 $\pm$ 2.7	28.1 (25.2 – 30.1)		20.95 – 32.29
		N	%	95% ДІ
ІМТ				
Норма		37	22.70 %	16.51 % – 29.90 %
Передожиріння		80	49.08 %	41.18 % – 57.02 %
Ожиріння І ст.		46	28.22 %	21.46 % – 35.79 %
Ступінь тяжкості переїдання				
Легкий		39	23.93 %	17.60 % – 31.22 %
Помірний		54	33.13 %	25.96 % – 40.92 %

Тяжкий	63	38.65 %	31.14 % – 46.58 %
Дуже тяжкий	7	4.29 %	1.74 % – 8.65 %
Супутні соматичні захворювання			
Присутні	67	41.10 %	33.47 % – 49.07 %
Немає даних	96	58.90 %	50.93 % – 66.53 %

Найчастішим психосоціальним типом переїдання було емоційне переїдання, що зустрічалось майже у $\frac{3}{4}$ пацієнтів, за яким слідувало ситуативне переїдання. Більшість досліджуваних мали лише один тип переїдання, проте трохи менше третини відзначали наявність одночасно двох або трьох психосоціальних типів переїдання, серед яких переважав емоційно-ситуативний (див. **Таблиця 4**).

Таблиця 4. Психосоціальні типи переїдання

Показник	N	%	95% ДІ
Тип непатологічного переїдання до виникнення розладу			
Емоційний	119	73.01 %	65.50 % – 79.65 %
Компульсивний	24	14.72 %	9.67 % – 21.11 %
Ситуативний	76	46.63 %	38.79 % – 54.59 %
Кількість типів переїдання у одного пацієнта з РНП			
Один	114	69.94 %	62.27 % – 76.86 %
Два	42	25.77 %	19.24 % – 33.19 %
Емоційно-компульсивний	8	4.91 %	2.14 % – 9.44 %
Емоційно-ситуативний	34	20.86 %	14.90 % – 27.91 %
Три	7	4.29 %	1.74 % – 8.65 %

Чоловіки та жінки статистично значущо відрізнялись за частотою виникнення компульсивного типу переїдання (у чоловіків він зустрічався частіше), а також за одночасною кількістю типів переїдання (чоловіки значущо частіше мали більше одного психосоціального типу переїдання, див. **Таблиця 5**).

Таблиця 5. Психосоціальні типи переїдання, залежно від статі

Показник	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
Тип непатологічного переїдання до виникнення розладу			
Емоційний	74 (75.51 %)	45 (69.23 %)	0.481
Компульсивний	9 (9.18 %)	15 (23.08 %)	0.026
Ситуативний	40 (40.82 %)	36 (55.38 %)	0.096
Кількість типів переїдання у одного пацієнта з РНП			
Один	75 (76.53 %)	39 (60.00 %)	0.044
Два	21 (21.43 %)	21 (32.31 %)	
Емоційно-компульсивний	3 (3.06 %)	5 (7.69 %)	0.694
Емоційно-ситуативний	18 (18.37 %)	16 (24.62 %)	
Три	2 (2.04 %)	5 (7.69 %)	

Таблиця 6 демонструє зв'язок між ступенем тяжкості розладу нападopodobного переїдання та психосоціальними типами переїдання. Отримані дані свідчать, що з підвищенням тяжкості розладу спостерігаються зміни в переважанні окремих типів переїдання, що може свідчити про еволюцію патологічних механізмів у пацієнтів. Зокрема, результати вказують на те, що при легких формах переїдання домінує один тип, тоді як у більш тяжких стадіях спостерігається зміна розподілу, що відображає складність психосоціальних процесів, пов'язаних із розладом.

Таблиця 6. Зв'язок ступеню тяжкості та психосоціального типу переїдання.

Ступінь тяжкості РНП	Психосоціальний тип переїдання		
	Емоційний	Компульсивний	Ситуативний
Легкий	29 (74.36 %)	3 (7.69 %)	15 (38.46 %)
Помірний	38 (70.37 %)	5 (9.26 %)	27 (50.00 %)
Тяжкий	46 (73.02 %)	16 (25.40 %)	29 (46.03 %)

Дуже тяжкий

6 (85.71 %) 0 (0 %)

5 (71.43 %)

Таблиця 7 демонструє зв'язок між ступенем тяжкості розладу нападоподібного переїдання та кількістю типів переїдання, виявлених у пацієнтів. Дані свідчать про тенденцію: з підвищенням тяжкості розладу знижується частка пацієнтів, які мають лише один тип переїдання, а збільшується частка тих, що демонструють два типи.

Таблиця 7. Зв'язок ступеню тяжкості та кількості типів переїдання.

Ступінь тяжкості РНП	Кількість типів переїдання			p
	Один	Два	Три	
Легкий	31 (79.49 %)	8 (20.51 %)	0 (0 %)	0.126
Помірний	41 (75.93 %)	10 (18.52 %)	3 (5.56 %)	
Тяжкий	39 (61.90 %)	20 (31.75 %)	4 (6.35 %)	
Дуже тяжкий	3 (42.86 %)	4 (57.14 %)	0 (0 %)	

Це може свідчити про те, що важчі форми РНП супроводжуються більш комплексним патерном харчової поведінки, що відображає зростання психосоціальної складності стану. Проте, не було виявлено статистично значущої різниці за цим показником, що вказує на необхідність подальших досліджень для підтвердження цієї тенденції та уточнення її клінічного значення.

Таблиця 8 ілюструє зв'язок між ступенем тяжкості розладу нападоподібного переїдання та комбінованими психосоціальними типами переїдання у пацієнтів, які демонструють два одночасних типи. Отримані дані свідчать, що частота комбінації «емоційне та ситуативне» переїдання варіюється залежно від ступеня тяжкості.

Таблиця 8. Комбіновані типи психосоціального переїдання у пацієнтів з двома психосоціальними типами одночасно

Ступінь тяжкості РНП	Психосоціальні типи переїдання		p
	Емоційне та ситуативне	Емоційне та компульсивне	
Легкий	7 (17.95 %)	1 (2.56 %)	0.078
Помірний	10 (18.52 %)	0 (0 %)	
Тяжкий	13 (20.63 %)	7 (11.11 %)	
Дуже тяжкий	4 (57.14 %)	0 (0 %)	

Таким чином, спостерігалася тенденція до статистично значущої різниці, хоча вона не досягла чітких критеріїв значущості. Ці результати вказують на можливу зміну профілю комбінованих типів переїдання з підвищенням тяжкості розладу, що має клінічне значення для розробки більш цілеспрямованих терапевтичних підходів.

Між досліджуваними чоловіками та жінками не було виявлено статистично значущої різниці у віці та частоті виявлення супутніх захворювань, проте було виявлено статистично значущу різницю у зрості, вазі, ІМТ та ступеню тяжкості переїдання (див. **Таблиця 9**).

Таблиця 9. Клінічні-характеристики залежно від статі

	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
Вік	36 (25.3 – 43)	37 (24 – 42)	0.917
Зріст	166.5 ± 6.2	179.1 ± 6.4	<0.001
Вага	70.9 (63.2 – 80)	95.6 (92.5 – 99.4)	<0.001
ІМТ	25.5 (24.4 – 27.3)	30 (29.5 – 30.3)	<0.001
Норма	37 (37.8 %)	0 (0 %)	<0.001
Передожиріння	50 (51.0 %)	30 (46.2 %)	

Ожиріння І ст.	11 (11.2 %)	35 (53.9 %)	
Ступінь тяжкості РНП			
Легкий	38 (38.8 %)	1 (1.5 %)	<0.001
Помірний	39 (39.8 %)	15 (23.1 %)	
Тяжкий	18 (18.4 %)	45 (69.2 %)	
Дуже тяжкий	3 (3.06 %)	4 (6.2 %)	
Супутні соматичні захворювання			
Присутні	38 (38.8 %)	29 (44.6 %)	0.562
Немає даних	60 (61.2 %)	36 (55.4 %)	

Отже, чоловіки мали вищий зріст, більшу вагу та більший ІМТ, ніж жінки, а також частіше мали середньо-тяжкі ступені переїдання, і рідше – легкий ступінь переїдання.

Разом з тим, пацієнти з різною тяжкістю розладу нападоподібного переїдання мали статистично значущу відмінність у статевому розподілі (тяжкий та дуже тяжкий розлад нападоподібного переїдання частіше зустрічалися в чоловіків), проте не мали значущої різниці у віці, сімейному стані, рівні освіти та місцю проживання (див. **Таблиця 10**).

Таблиця 10. Соціально-демографічні характеристики залежно від ступеню тяжкості переїдання.

Показник	Ступінь тяжкості РНП				p
	Легкий (n=39)	Помірний (n=54)	Тяжкий (n=63)	Д. тяжкий (n=7)	
Вік	34 (27 – 41)	37 (23 – 45)	36 (23 – 43)	41 (32 – 42)	0.885
Стать					
Жіноча	38 (97.4 %)	39 (72.2 %)	18 (28.6 %)	3 (42.9 %)	<0.001
Чоловіча	1 (2.6 %)	15 (27.8 %)	45 (71.4 %)	4 (57.1 %)	

Сімейний стан

Одруж.	13 (33.3 %)	20 (37 %)	23 (36.5 %)	3 (42.9 %)	0.962
Неодруж.	26 (66.7 %)	34 (63 %)	40 (63.5 %)	4 (57.1 %)	

Освіта

Середня	13 (33.3 %)	20 (37 %)	24 (38.1 %)	2 (28.6 %)	0.934
Вища	26 (66.7 %)	34 (63 %)	39 (61.9 %)	5 (71.4 %)	

Місце проживання

Місто	32 (82.1 %)	42 (77.8 %)	50 (79.4 %)	5 (71.4 %)	0.916
Сільська	7 (17.9 %)	12 (22.2 %)	13 (20.6 %)	2 (28.6 %)	

місцевість

Таким чином, ступінь тяжкості розладу нападоподібного переїдання не був пов'язаний із соціально-демографічними характеристиками, окрім статі, що свідчить про вищий ступінь ризику компульсивного переїдання у чоловіків.

Окрім того, було виявлено статистично значущу різницю між підгрупами з різним ступенем тяжкості у зрості, вазі та індексі маси тіла. Не було виявлено різниці у частоті наявності супутніх соматичних захворювань (див. **Таблиця 11**).

Таблиця 11. Клінічні характеристики залежно від ступеню тяжкості переїдання.

Показник	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий (n=39)	Помірний (n=54)	Тяжкий (n=63)	Д. тяжкий (n=7)	
Зріст	162.6 (160 – 167)	169.9 (165 – 176)	175.6 (171 – 180)	179.6 (173 – 184)	<0.001
Вага	63.1 (60.7 -70.6)	76.7 (70 – 88.5)	92.6 (88 – 98.3)	95.6 (91 – 102.5)	<0.001
ІМТ	24.2 (23.5 – 24.7)	26.3 (26 – 29.7)	30 (29 – 30.4)	30.2 (29.8 – 30.6)	<0.001
Норма	30 (76.9 %)	7 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	

Передожирін.	9 (23.1 %)	37 (68.5 %)	31 (49.2 %)	3 (42.9 %)	
Ожиріння І с.	0 (0 %)	10 (18.5 %)	32 (50.8 %)	4 (57.1 %)	
Супутні соматичні захворювання					
Присутні	16 (41 %)	21 (38.9 %)	26 (41.3 %)	4 (57.1 %)	0.836
Немає даних	23 (59 %)	33 (61.1 %)	37 (58.7 %)	3 (42.9 %)	

Таким чином, тяжкість розладу нападоподібного переїдання не пов'язана із частотою супутніх соматичних захворювань, проте була пов'язана з вищим індексом маси тіла.

Підсумовуючи, аналіз соціально-демографічних та клініко-анамнестичних даних досліджуваної вибірки вказує на те, що переважна частина учасників – це молоді дорослі середнього віку, переважно жінки з вищою освітою та міським способом життя. Клінічні показники демонструють, що більшість учасників знаходяться у межах передожиріння, при цьому розлад нападоподібного переїдання виявляється у середньому чи важкому ступені. Водночас, домінування емоційного типу переїдання, а також статистично значущі статеві відмінності у формуванні психосоціальних патернів (зокрема, більша частота компульсивного переїдання та комбінованих типів у чоловіків) свідчать про складність і різноманітність клініко-психопатологічних проявів даного розладу. Ці результати підкреслюють необхідність подальшої диференціації терапевтичних підходів з урахуванням індивідуальних характеристик пацієнтів.

3.2. Клініко-психопатологічні особливості осіб з переїданням.

Загальний бал за шкалою нападоподібного переїдання (BES) склав 23.9 ± 9.7 , що відповідає середньому ступеню переїдання. Більшість учасників мали середній або тяжкий ступінь компульсивного переїдання за BES (див. **Таблиця 12**).

Таблиця 12. Загальний бал та ступені тяжкості компульсивного переїдання за шкалою BES.

BES	$\mu \pm \sigma$	Q2 (IQR)	Мін - Макс
Загальний бал	23.9 $\pm$ 9.71	23.0 (17.0 – 30.0)	1 – 46
	N	%	95% ДІ
Ступінь тяжкості			
Легкий	42	25.77 %	19.24 % – 33.19 %
Середній	60	36.81 %	29.40 % – 44.71 %
Тяжкий	61	37.42 %	29.98 % – 45.33 %

Як і ступінь тяжкості розладу нападоподібного переїдання за DSM-5, медіана загального балу та ступінь тяжкості за шкалою нападоподібного переїдання BES статистично значущо відрізнялась у чоловіків та жінок – чоловіки мали вищий бал переїдання за BES (див. **Таблиця 13**).

Таблиця 13. Загальний бал та ступені тяжкості компульсивного переїдання за шкалою BES залежно від статі.

BES	Уся вибірка (N=163)	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
	$\mu \pm \sigma$	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	
Загальний бал	23.9 $\pm$ 9.7	19.5 (14 – 24)	29 (24 – 34)	<0.001
Ступінь тяжкості	N (%)	N (%)	N (%)	p
Легкий	42 (25.77 %)	42 (42.86 %)	0 (0 %)	<0.001
Середній	60 (36.81 %)	33 (33.67 %)	27 (41.54 %)	
Тяжкий	61 (37.42 %)	23 (23.47 %)	38 (58.46 %)	

Не було виявлено статистично значущого зв'язку між тяжкістю переїдання за BES та віком як для всієї вибірки, так і для жодного з психосоціальних типів переїдання ($p > 0.001$)

Було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок помірної сили між зростом та тяжкістю переїдання за шкалою BES для всієї вибірки ($r=0.554$, $p<0.001$), пацієнти з емоційним ($r=0.641$, $p<0.001$) та ситуативним ($r=0.518$, $p<0.001$) психосоціальними типами, та не було виявлено статистично значущого зв'язку між зростом та тяжкістю переїдання у пацієнтів із компульсивним типом переїдання ($r=0.313$, $p=0.137$), див. **Рисунок 3**.

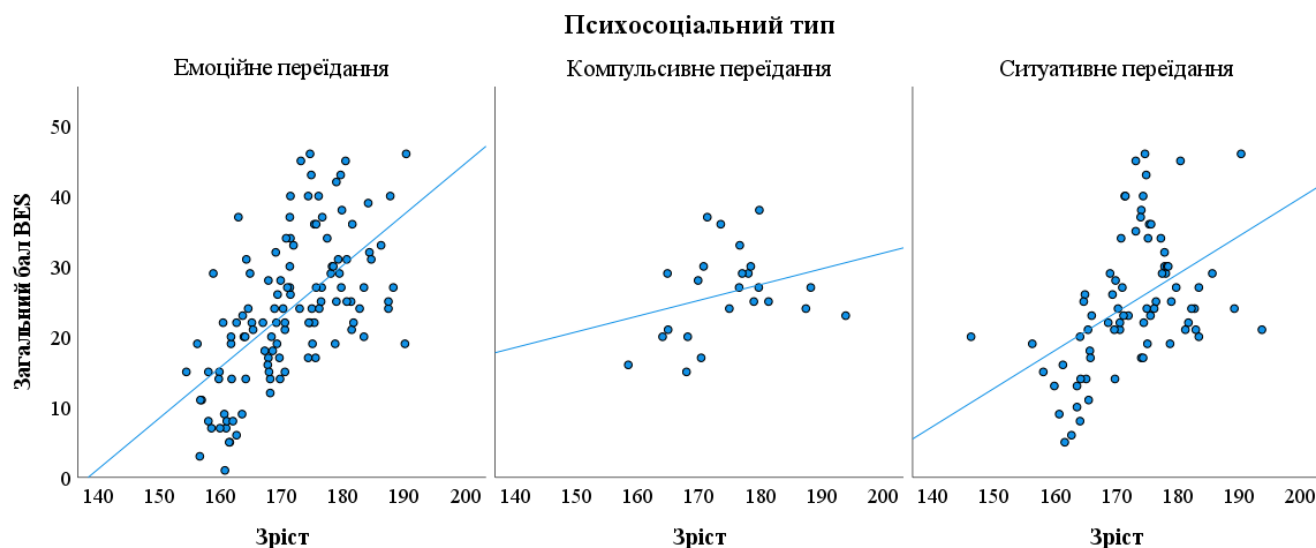


Рисунок 3. Кореляція тяжкості переїдання (BES) зі зростом залежно від наявного психосоціального типу переїдання.

Також було виявлено статистично значущу сильну позитивну кореляцію маси та тяжкості переїдання за BES ($r=0.826$, $p<0.001$), сильну для пацієнтів з емоційним типом переїдання ($r=0.750$, $p<0.001$), помірну для ситуативного типу переїдання ($r=0.646$, $p<0.001$), та незначну для компульсивного переїдання ($r=0.368$, $p=0.077$), див. **Рисунок 4**.

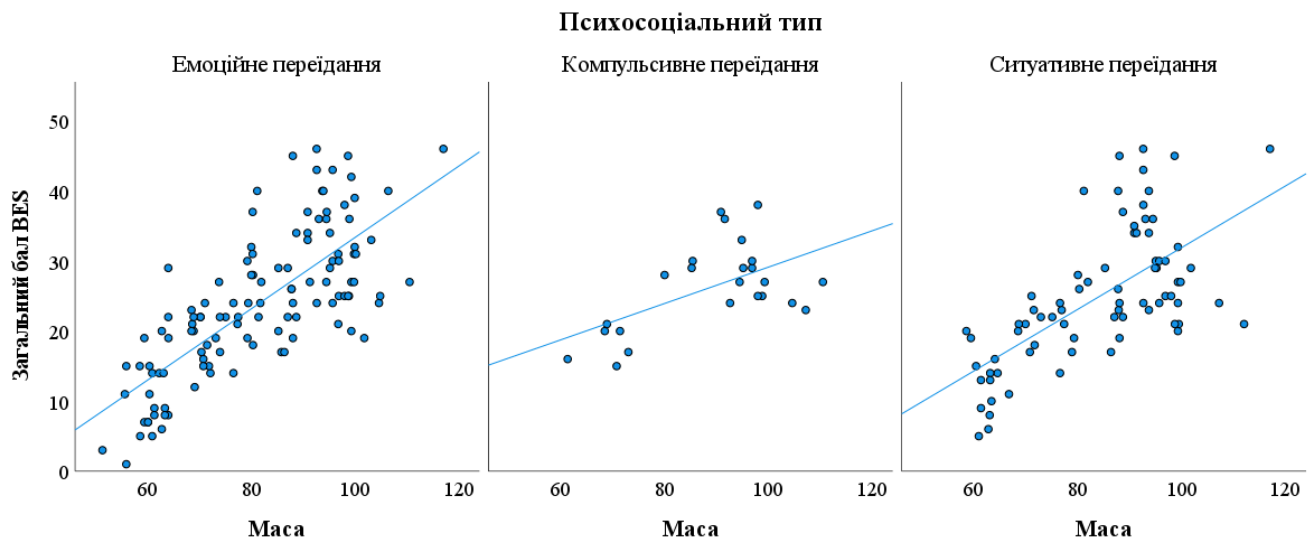


Рисунок 4. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із масою залежно від наявного психосоціального типу переїдання.

Для всієї вибірки ($\rho=0.826$, $p<0.001$) та всіх психосоціальних типів переїдання було виявлено статистично значущу сильну позитивну кореляцію ІМТ та тяжкості переїдання за BES ($\rho>0.7$, $p<0.001$), див. **Рисунок 5**.

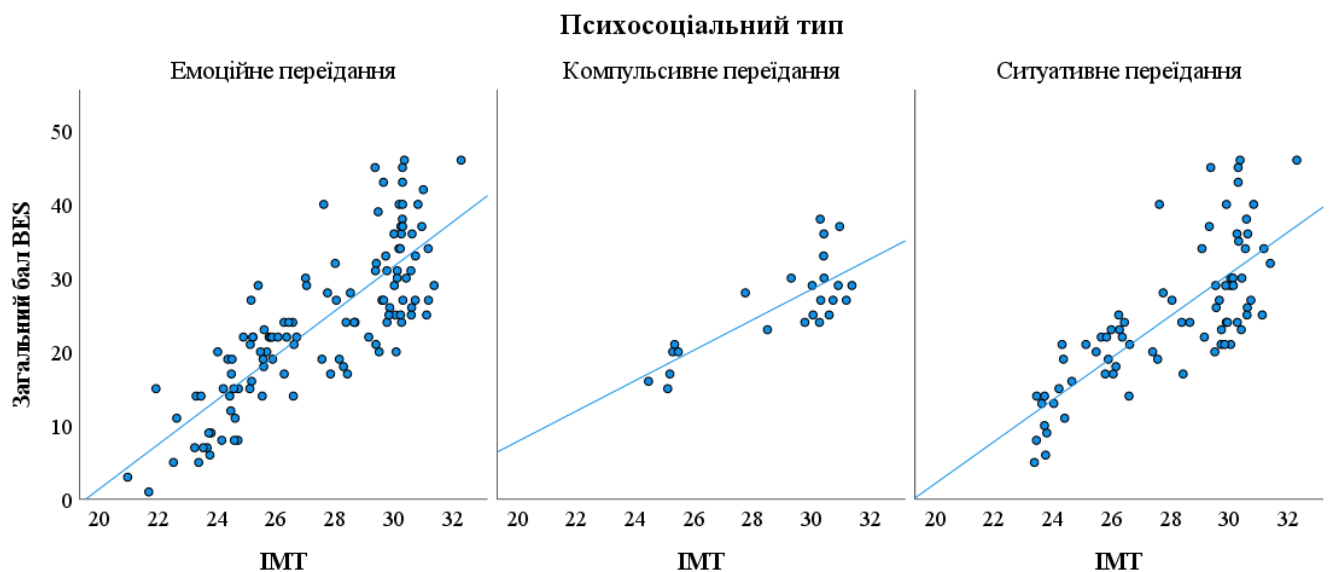


Рисунок 5. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із ІМТ залежно від наявного психосоціального типу переїдання.

Окрім того, виявлено значущу різницю у медіані загального балу BES між групами учасників з різним ступенем тяжкості переїдання за DSM-5, що, на нашу

думку, додатково свідчить про високу валідність BES в кількісній оцінці тяжкості компульсивного переїдання та її відповідність сучасним класифікаторам (див. **Таблиця 14**).

Таблиця 14. Таблиця суміжності ступенів тяжкості переїдання за BES та за DSM.

BES	Ступінь тяжкості переїдання (за DSM-5)				p
	Легкий	Помірний	Тяжкий	Д. тяжкий	
	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	
Заг. бал	14 (8 – 15)	22 (20 – 24)	30 (26.5 – 34)	40 (40 – 44)	<0.001
Ступінь тяжкості					
Легкий	36 (92.3 %)	6 (11.1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	<0.001
Середній	3 (7.7 %)	41 (75.9 %)	16 (25.4 %)	0 (0 %)	
Тяжкий	0 (0 %)	7 (13 %)	47 (74.6 %)	7 (100 %)	

Статистично значущу різницю між чоловіками та жінками було виявлено і у рівнях тривоги та депресії – медіана HADS по субшкалам тривоги та депресії була вищою у чоловіків, окрім того, вони мали значущо вищий рівень клінічно вираженої тривоги (див. **Таблиця 15**).

Таблиця 15. Характеристики тривоги та депресії.

	Уся вибірка (N=163)	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
HADS-A				
Загальний бал	11 (7 – 13)	10 (7 – 12)	11 (9 – 14)	0.001
Відсутність тривоги	53 (32.52 %)	40 (40.82 %)	13 (20.00 %)	0.020
Субклінічна тривога	22 (13.50 %)	11 (11.22 %)	11 (16.92 %)	
Клінічна тривога	88 (53.99 %)	47 (47.96 %)	41 (63.08 %)	
HADS-D				
Загальний бал	10 (6 – 11)	8 (4.2 – 11)	11 (6 – 12)	0.003
Відсутність депресії	68 (41.72 %)	48 (48.98 %)	20 (30.77 %)	0.067

Субклінічна депресія	18 (11.04 %)	10 (10.20 %)	8 (12.31 %)
Клінічна депресія	77 (47.24 %)	40 (40.82 %)	37 (56.92 %)

Окрім того, було виявлено статистично значущу позитивну кореляцію помірної сили між загальним балом BES та балом HADS-A ($\rho=0.647$, $p<0.001$), а також із балом HADS-D ($\rho=0.583$, $p<0.001$), що може свідчити про позитивний зв'язок між тяжкістю переїдання та рівнем тривоги та депресії.

Візуальний аналіз підтвердив наявність лінійного зв'язку між тяжкістю переїдання та емоційним станом, а також певні відмінності у напрямі зв'язку тривоги та тяжкості переїдання у чоловіків ($\rho=0.498$, $p<0.001$) та жінок ($\rho=0.705$, $p<0.001$), а також подібність напрямку та сили зв'язку депресії й тяжкості переїдання у чоловіків ($\rho=0.424$, $p<0.001$) та жінок ($\rho=0.670$, $p<0.001$). Формальне порівняння зв'язку тривоги ($z=-2.02$, $p=0.043$) та депресії ($z=-2.19$, $p=0.028$) із тяжкістю переїдання за шкалою BES в обох статевих підгруп виявило статистично значущі відмінності, що свідчать про те, що психоемоційний стан сильніше пов'язаний із переїданням у жінок (див.

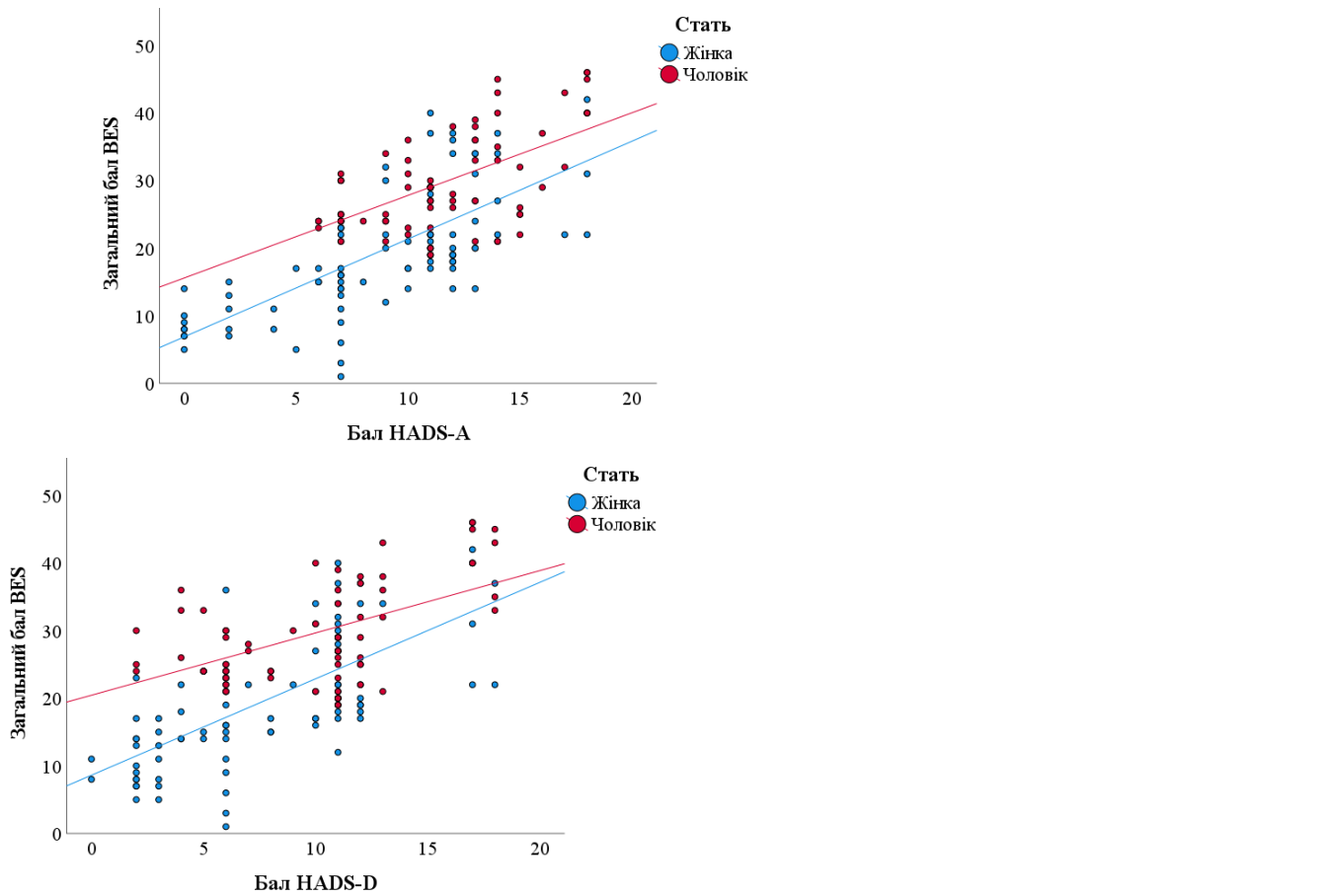


Рисунок 6).

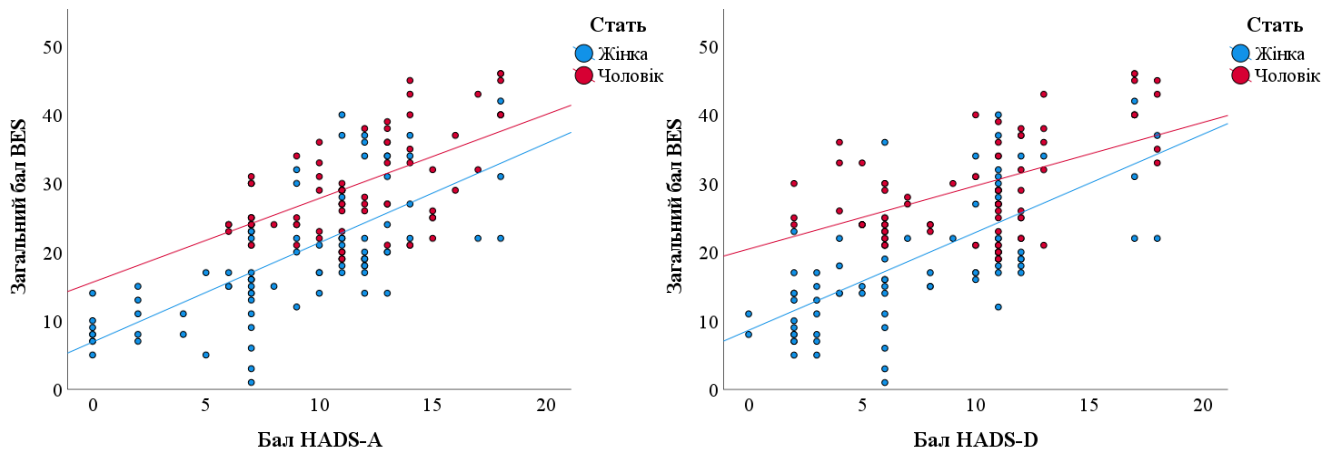


Рисунок 6. Кореляція тяжкості переїдання (за шкалою BES) із тривогою та депресією (за шкалою HADS).

Сила і напрям зв'язку тривожності та тяжкості переїдання були подібними у пацієнтів із емоційним типом переїдання ($\rho = 0.640$, $p < 0.001$), компульсивним

типом переїдання ($\rho = 0.409$, $p=0.047$) та ситуативним типом переїдання ($\rho = 0.594$, $p<0.001$), див. **Рисунок 7**.

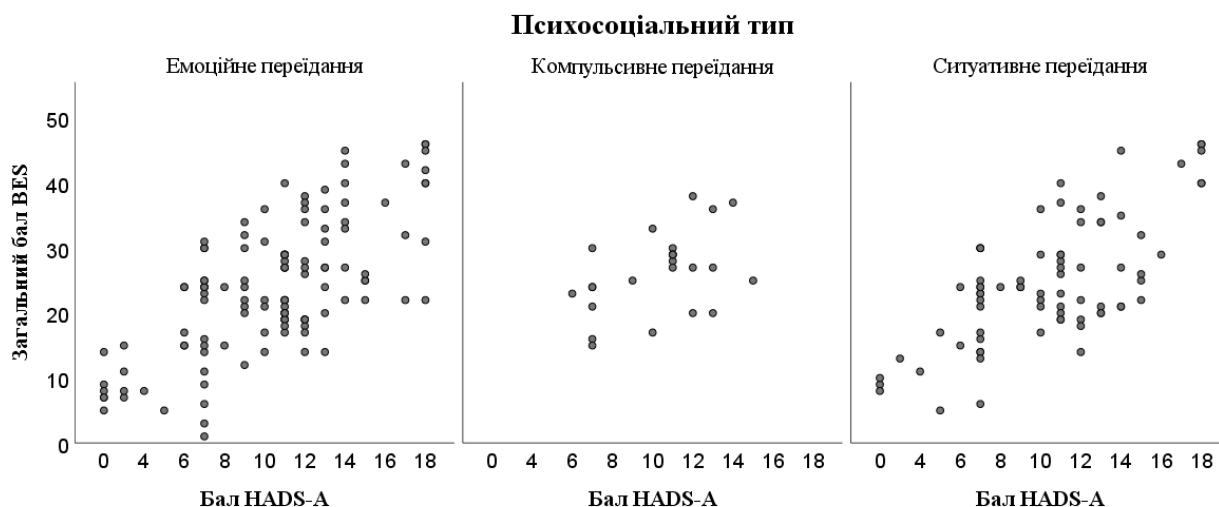


Рисунок 7. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із тривогою (HADS-A) залежно від наявного психосоціального типу переїдання.

Подібний зв'язок спостерігався і для депресії – зв'язок мав подібний напрям і силу в пацієнтів із емоційним типом переїдання ($\rho = 0.570$, $p<0.001$), комппульсивним типом переїдання та ситуативним типом переїдання ($\rho = 0.584$, $p<0.001$), разом з тим, цей зв'язок був слабший у пацієнтів із комппульсивним переїданням ($\rho = 0.340$, $p= 0.104$, див. **Рисунок 8**).

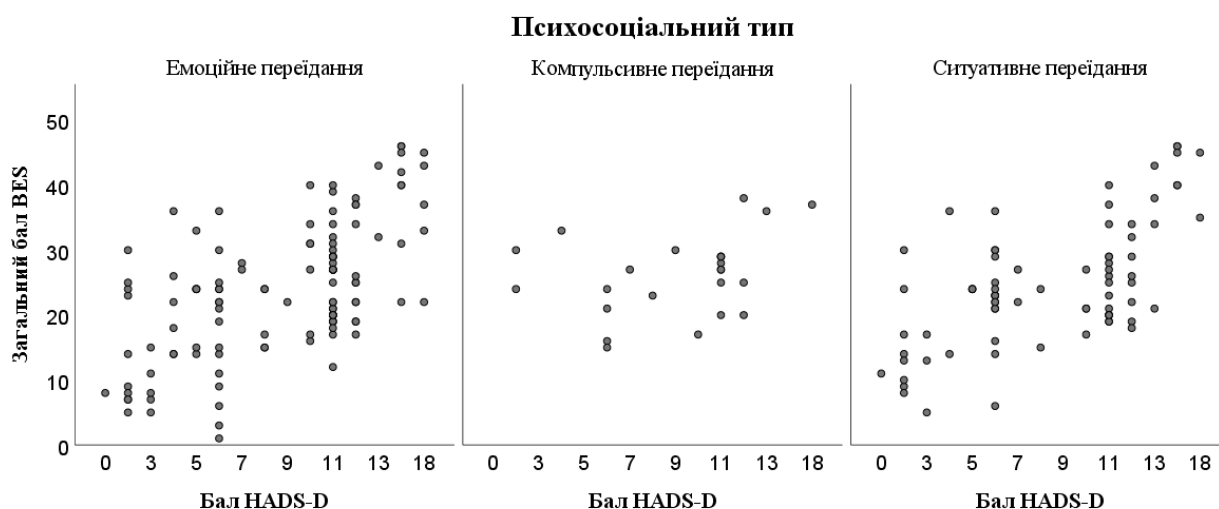


Рисунок 8. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із депресією (HADS-D) залежно від наявного психосоціального типу переїдання.

Окрім того, рівень тривоги та депресії значущо відрізнявся і серед пацієнтів з різними ступенями компульсивного переїдання. Так, тяжкий ступінь нападоподібного переїдання був пов'язаний із тяжчим ступенем тривожності та депресивності (див. **Таблиця 16**).

Таблиця 16. Характеристики тривоги та депресії залежно від ступеню тяжкості переїдання.

	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий	Помірний	Тяжкий	Д. тяжкий	
HADS-A					
Заг. бал	7 (2 – 7.5)	11 (7.5 – 12)	12 (10 – 14)	18 (16 – 18)	<0.001
Відсутня	29 (74.4 %)	14 (25.9 %)	10 (15.9 %)	0 (0 %)	<0.001
Субклінічна	4 (10.2 %)	10 (18.5 %)	8 (12.7 %)	0 (0 %)	
Клінічна	6 (15.4 %)	30 (55.6 %)	45 (71.4 %)	7 (100.00 %)	
HADS-D					
Заг. бал	4 (2 – 6)	10 (6 – 11)	11 (7.5 – 12)	17 (17 – 17)	<0.001
Відсутня	30 (76.9 %)	22 (40.7 %)	16 (25.4 %)	0 (0 %)	<0.001
Субклінічна	4 (10.3 %)	8 (14.8 %)	6 (9.5 %)	0 (0 %)	
Клінічна	5 (12.8 %)	24 (44.4 %)	41 (65.1 %)	7 (100.00 %)	

Таким чином, на основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що розлад нападоподібного переїдання відзначається гендерними відмінностями – чоловіки демонструють вищі показники переїдання. Також виявлено, що фізичні параметри (зріст, вага, ІМТ) тісно пов'язані з інтенсивністю переїдання, а сильна асоціація між показниками BES та рівнями тривоги і депресії вказує на інтегрованість психоемоційного стану з поведінковими розладами. Окремі психосоціальні типи переїдання формують унікальні профілі, що підкреслює необхідність диференційованої корекції з урахуванням специфічних

психологічних механізмів. Це свідчить про потребу в індивідуалізованих підходах до терапії та оптимізації терапевтичних стратегій, пов'язаних із типом переїдання.

3.3. Психосоціальні та психопатологічні особливості осіб з переїданням.

Середній загальний бал за шкалою TAS склав 64.5 ± 9.3 , що відповідає наявності алекситимії. Не було виявлено статистично значущої різниці у рівні алекситимії між пацієнтами-чоловіками та пацієнтками-жінками (див. **Таблиця 17**).

Таблиця 17. Показники алекситимії за шкалою TAS залежно від статі.

Показник TAS	Уся вибірка (N=163)	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
Загальний бал	64.5 ± 9.3	63.7 ± 8.9	65.9 ± 9.8	0.144
Якісна оцінка				
Відсутність алекситимії	10 (6.1 %)	8 (8.2 %)	2 (3.1 %)	0.410
Ймовірна алекситимія	45 (27.6 %)	26 (26.5 %)	19 (29.2 %)	
Наявність алекситимії	108 (66.3 %)	64 (65.3 %)	44 (67.7 %)	

Було виявлено статистично значущу легку позитивну кореляцію між загальним балом TAS та загальним балом BES ($r=0.324$, $p<0.001$). Сила та напрям цього зв'язку були подібними як в чоловіків ($r=0.186$, $p=0.137$), так і в жінок ($r=0.245$, $p=0.015$). Формальний аналіз не виявив статистично значущої різниці у силі даного зв'язку між статями ($z=-0.376$, $p=0.707$). Це свідчить про те, що, незалежно від статі, спостерігається невеликий зв'язок між рівнем алекситимії та нападоподібним переїданням – гірше розуміння власних емоцій та емоцій інших пов'язане із тяжчим ступенем переїдання (див. **Рисунок 9**).

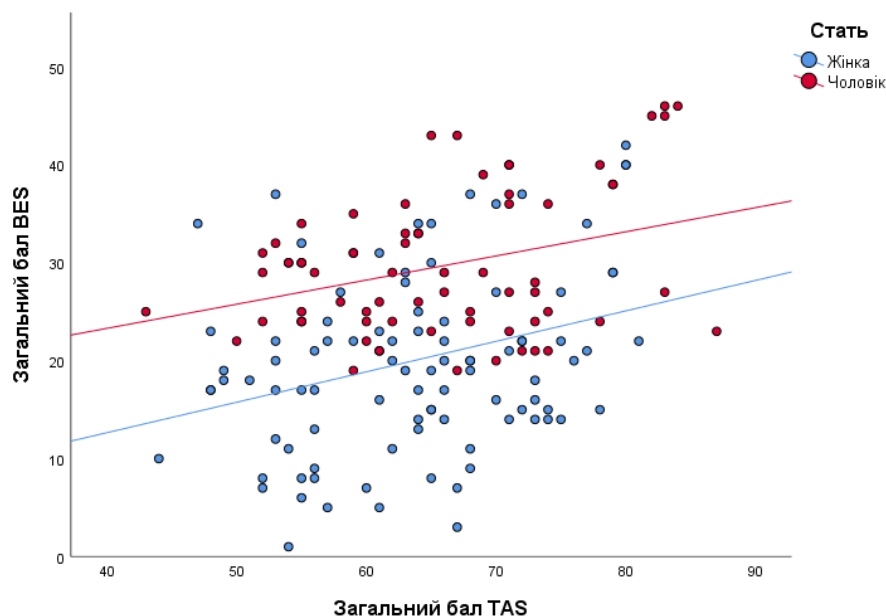


Рисунок 9. Кореляція тяжкості алекситимії та тяжкості переїдання.

Разом з тим, у пацієнтів з емоційним ($\rho=0.272$, $p=0.003$) та ситуативним психосоціальними типом переїдання було виявлено слабку, проте статистично значущу кореляцію алекситимії та тяжкості переїдання ($\rho=0.274$, $p=0.017$), в той час, як у пацієнтів із компульсивним типом психосоціального переїдання цей зв'язок був незначущим ($\rho= -0.015$, $p=0.945$), див. **Рисунок 10**.

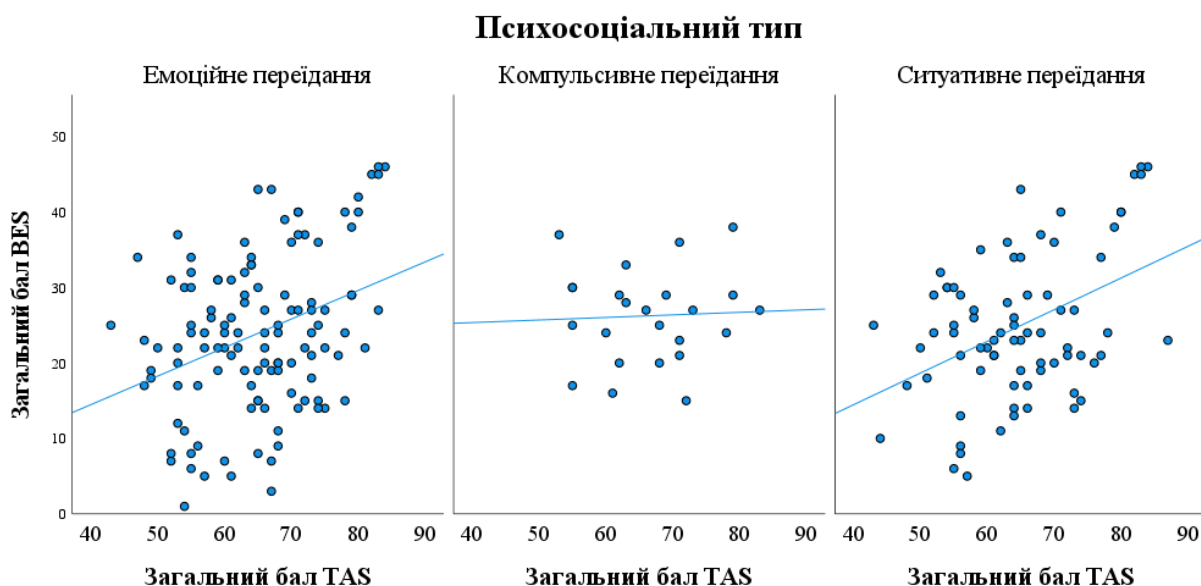


Рисунок 10. Кореляція тяжкості переїдання (BES) та алекситимії (TAS) залежно від психосоціального типу переїдання.

Окрім того, було виявлено статистично значущу різницю у показнику TAS між пацієнтами з різним ступенем нападоподібного переїдання. Post-hoc тести не виявили різниці між балом TAS у пацієнтів із легким – тяжким ступенем переїдання, проте виявили статистично значущу різниця балу TAS у пацієнтів з дуже тяжким ступенем переїдання порівняно з усіма іншими групами ($p < 0.05$, див. **Таблиця 18**).

Таблиця 18. Показники алекситимії за шкалою TAS залежно від ступеню тяжкості переїдання.

Показник TAS	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий	Помірний	Тяжкий	Д.тяжкий	
Загальний бал	62.1 ± 8.5	63.6 ± 9.4	65.4 ± 8.9	77.4 ± 6.2	<0.001
Алекситимія					
Відсутня	4 (10.3 %)	5 (9.3 %)	1 (1.6 %)	0 (0 %)	0.224
Ймовірна	11 (28.2 %)	16 (29.6 %)	18 (28.6 %)	0 (0 %)	
Наявна	24 (61.5 %)	33 (61.1 %)	44 (69.8 %)	7 (100 %)	

Було виявлено статистично значущу різницю між емоційним інтелектом в чоловіків та жінок. Так, жінки мали значущо вищий рівень емоційної обізнаності, самомотивації, емпатії, розпізнавання емоцій інших, та загалом вищий рівень емоційного інтелекту. Разом з тим, не було виявлено статевої різниці в управлінні власними емоціями (див. **Таблиця 19**).

Таблиця 19. Описова статистика показників емоційного інтелекту за тестом Гола.

Показник EQ	Всі	Жінки	Чоловіки	t / U	p
	(N=163)	(N=98)	(N=65)		
	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)		
Емоц. обізнаність	12 (9 – 14)	12.5 (11 – 15)	11 (8 – 13)	2279.0	0.002
Управл. емоціями	7 (4 – 9)	7 (5 – 10)	7 (4 – 8)	2723.5	0.116

Самомотивація	8 (7 – 12)	9 (7 – 13.8)	7 (4 – 9)	2052.5	<0.001
Емпатія	10 (8 – 13)	11 (8 – 14)	8 (7 – 11)	1896.0	<0.001
Розпізн. емоцій	12 (8 – 14)	13 (9.2 – 16)	9 (8 – 13)	1948.5	<0.001
Загальний бал	47 (41 – 61)	53 (42.2 – 64)	45 (37 – 48)	1828.0	<0.001
Рівень EQ	N (%)	N (%)	N (%)	χ^2	p
Низький	30 (18.4 %)	12 (12.2 %)	47 (72.3 %)	16.36	<0.001
Середній	116 (71.2 %)	69 (70.4 %)	18 (27.7 %)		
Високий	17 (10.4 %)	17 (17.4 %)	0 (0 %)		

Таблиця 20 демонструє, що з підвищенням ступеня тяжкості розладу нападopodobного переїдання відбувається суттєве погіршення показників емоційного інтелекту.

Таблиця 20. Характеристика емоційного інтелекту залежно від ступеню тяжкості нападopodobного переїдання.

Показник	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий	Помірний	Тяжкий	Д. тяжкий	
	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	Q2 (IQR)	
Емоційна обізн.	14 (13–18)	12 (8–13)	11 (8–13)	9 (6–11)	<0.001
Самомотивація	13 (8–15)	8(7–11.3)	7(6–9)	4 (2–6)	<0.001
Емпатія	14 (13–18)	10 (8–12)	8 (7–11)	6 (6–8)	<0.001
Розпізн. емоцій	16 (14–17)	12 (8–14)	9 (6–13)	8 (6–11)	<0.001
Загальний бал	65 (62–75)	47(42–53)	45(36–48)	32 (29–41)	<0.001
Рівень EQ	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p
Низький	0 (0%)	5 (9.3%)	21 (33.3%)	4 (57.1%)	<0.001
Середній	24 (61.5%)	47 (87.0%)	42 (66.7%)	3 (42.9%)	
Високий	15 (38.5%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	

Чим важча тяжкість РНП, тим нижчими були бали за окремими компонентами емоційного інтелекту, такими як емоційна обізнаність, управління емоціями, самотивація, емпатія та розпізнавання емоцій інших. Загальний бал тесту Гола також знижувався при збільшенні тяжкості розладу, що підтверджується дуже високою статистичною значущістю ($p < 0.001$) для всіх тестів. Крім того, розподіл категорійного рівня емоційного інтелекту свідчить про те, що пацієнти з важчими формами нападopodobного переїдання значно частіше відносяться до групи з низьким рівнем EQ, тоді як у легких і помірних формах переїдання переважають середній та високий рівні емоційного інтелекту. Ці дані свідчать про тісний зв'язок між порушеннями у сфері емоційного інтелекту та вираженістю нападopodobного переїдання.

Також було виявлено статистично значущу негативну помірну кореляцію тяжкості переїдання за BES із емоційною обізнаністю ($r = -0.426$, $p < 0.001$), управлінням власними емоціями ($r = -0.407$, $p < 0.001$), самотивацією ($r = -0.516$, $p < 0.001$), емпатією ($r = -0.611$, $p < 0.001$), управлінням емоціями інших людей ($r = -0.577$, $p < 0.001$), та статистично значущу негативну помірно-сильну кореляцію тяжкості переїдання за BES із загальним балом за шкалою Гола ($r = -0.692$, $p < 0.001$). Таким чином, тяжкість переїдання було негативно пов'язана з емоційним інтелектом.

Окрім того, виявлено певні статеві відмінності між силою зв'язку між емоційним інтелектом та тяжкістю переїдання (див. **Рисунок 11**).

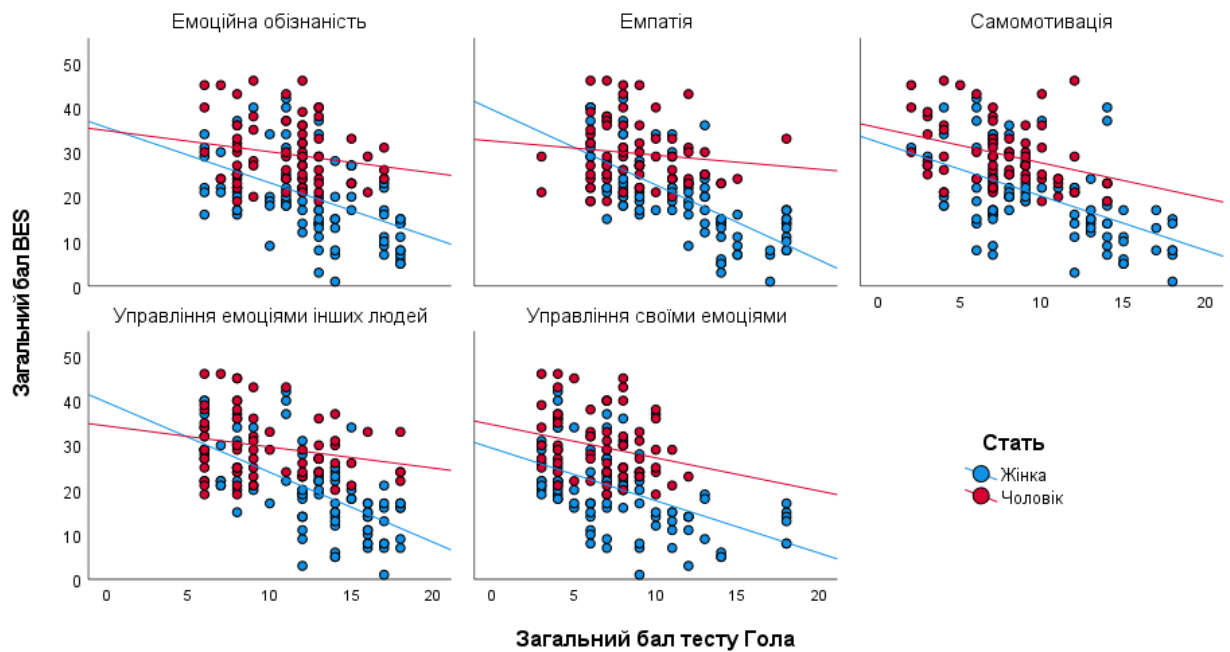


Рисунок 11. Кореляція тяжкості переїдання та компонентів емоційного інтелекту.

В підгрупі чоловіків було виявлено незначущість зв'язку між тяжкістю переїдання за BES та емоційною обізнаністю ($\rho=-0.142$, $p=0.260$), управлінням своїми емоціями ($\rho=-0.241$, $p=0.053$), емпатією ($\rho=-0.128$, $p=0.311$), статистично значущий зв'язок тяжкості переїдання за BES та самотивації ($\rho=-0.359$, $p=0.003$), управлінням емоціями інших людей ($\rho=-0.189$, $p=0.131$), та загальний балом тесту Гола ($\rho=-0.357$, $p=0.003$).

В підгрупі жінок було виявлено статистично значущий зв'язок між тяжкістю переїдання за BES та емоційною обізнаністю ($\rho=-0.499$, $p<0.001$), управлінням своїми емоціями ($\rho=-0.528$, $p<0.001$), самотивацією ($\rho=-0.519$, $p<0.001$), емпатією ($\rho=-0.749$, $p<0.001$), управлінням емоціями інших людей ($\rho=-0.636$, $p<0.001$), та загальним балом тесту Гола ($\rho=-0.795$, $p<0.001$).

Не було виявлено статистично значущої різниці між жінками та чоловіками в силі зв'язку тяжкості переїдання за BES та самотивації ($z=1.22$, $p=0.221$).

Було виявлено статистично значущу різницю між жінками та чоловіками в силі зв'язку між тяжкістю переїдання за BES та емоційною обізнаністю ($z=2.48$,

$p=0.012$), управління своїми емоціями ($z=2.09$, $p=0.036$), емпатією ($z=5.16$, $p<0.001$), управління емоціями інших людей ($z=3.43$, $p<0.001$), та загальним балом тесту Гола ($z=4.360$, $p<0.001$, див. **Рисунок 12**).

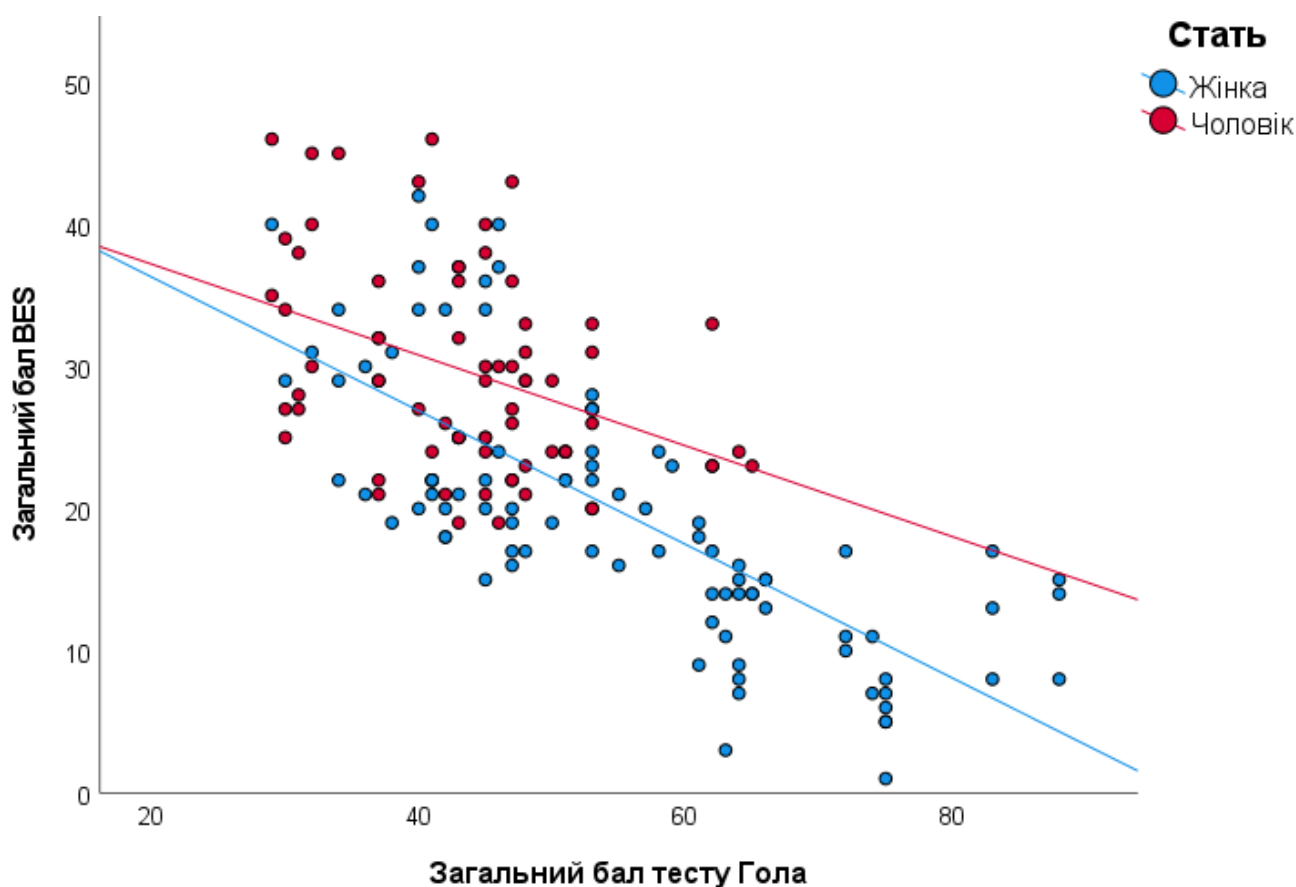


Рисунок 12. Кореляція тяжкості переїдання та загального емоційного інтелекту.

Було виявлено статистично значущу сильну кореляцію загального балу тесту Гола та тяжкості переїдання за BES у пацієнтів з емоційним психосоціальним типом переїдання ($\rho=-0.721$, $p<0.001$) та помірну статистично значущу кореляцію у пацієнтів з ситуативним психосоціальним типом переїдання ($\rho=-0.659$, $p<0.001$), в той час як даний зв'язок виявився незначущим у пацієнтів з компульсивним типом переїдання ($\rho=-0.379$, $p=0.068$), див. **Рисунок 13**.

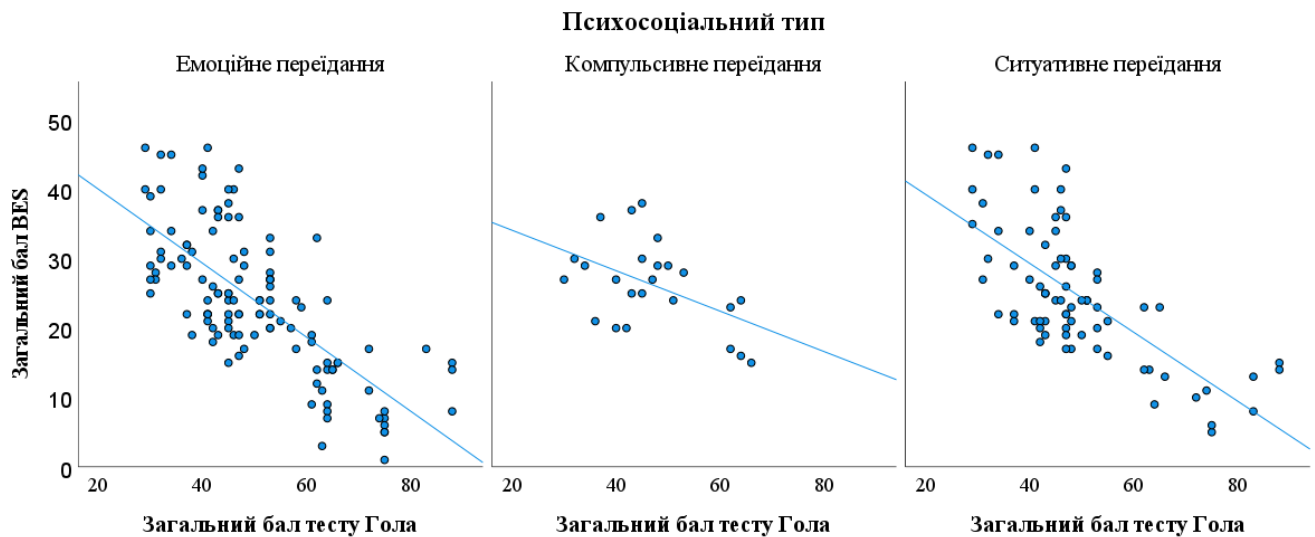


Рисунок 13. Кореляція тяжкості переїдання (BES) та загального балу тесту Гола залежно від психосоціального типу переїдання.

Таким чином, аналіз аналіз психосоціальних та психопатологічних особливостей свідчить, що дефіцити у здатності розпізнавати та регулювати емоції є характерною рисою осіб із розладом нападоподібного переїдання. Виявлено, що рівень алекситимії вказує на порушення емоційної усвідомленості, а зв'язок між цими порушеннями та вираженістю переїдання варіюється залежно від психосоціального типу переїдання — найбільш явний у пацієнтів з емоційним і ситуативним типами. Крім того, статеві відмінності в емоційному інтелекті демонструють, що у жінок дефіцити в цій сфері пов'язані з більшою тяжкістю переїдання. Ці результати підкреслюють важливість розробки персоналізованих підходів, спрямованих на покращення емоційної регуляції та адаптації з урахуванням індивідуальних психосоціальних типів переїдання.

3.4. Мультиваріативний аналіз зв'язку соціально-демографічних та медико-психологічних особливостей пацієнтів з переїданням.

Перед побудовою лінійних регресійних моделей для всіх кількісних змінних було розраховано кореляційну матрицю, щоб оцінити наявність взаємозв'язків

змінних одна з одною та в подальшому врахувати їх для мінімізації ризиків. Було виявлено статистично значущу негативну кореляцію віку та рівня депресії ($p=0.017$), статистично значущу позитивну кореляцію зросту та маси ($p<0.001$), зросту та ІМТ ($p<0.001$), зросту та тяжкості переїдання за BES ($p<0.001$), зросту та тривоги ($p<0.001$), зросту та депресії ($p<0.001$), статистично значущу негативну кореляцію зросту та таких показників емоційного інтелекту як емоційна обізнаність ($p=0.001$), управління своїми емоціями ($p=0.002$), самотивація ($p<0.001$), емпатія ($p<0.001$), управління емоціями інших людей ($p<0.001$), загальний бал тесту Гола ($p<0.001$), статистично значущу позитивну кореляцію маси та ІМТ ($p<0.001$), маси та тяжкості переїдання ($p<0.001$), маси та тяжкості тривоги ($p<0.001$) і депресії ($p<0.001$), статистично значущу негативну кореляцію маси та показників емоційного інтелекту як емоційна обізнаність ($p<0.001$), управління своїми емоціями ($p<0.001$), самотивації ($p<0.001$), емпатії ($p<0.001$), управління емоціями інших людей ($p<0.001$), загальний бал тесту Гола ($p<0.001$), статистично значущу позитивну кореляцію ІМТ та тяжкості переїдання ($p<0.001$), тяжкістю тривоги ($p<0.001$) та депресії ($p<0.001$), статистично значущу негативну кореляцію між ІМТ та емоційною обізнаністю ($p<0.001$), управлінням своїми емоціями ($p<0.001$), самотивацією ($p<0.001$), емпатією ($p<0.001$), управлінням емоціями інших людей ($p<0.001$), та загальним показником тесту Гола ($p<0.001$).

Окрім того, було виявлено статистично значущу позитивну кореляцію тривоги та депресії ($p<0.001$), тривоги та алекситимії ($p<0.001$), статистично значущу негативну кореляцію між тривогою та емоційною обізнаністю ($p<0.001$), управлінням своїми емоціями ($p<0.001$), самотивацією ($p<0.001$), емпатією ($p<0.001$), управлінням емоціями інших людей ($p<0.001$), загальним балом тесту Гола ($p<0.001$). Подібні за значущістю та силою кореляції спостерігались і для депресії.

Усі компоненти емоційного інтелекту мали очікувану статистично значущу позитивну кореляцію з іншими компонентами EQ та загальним балом тесту Гола ($p<0.001$).

Кореляційна матриця представлена на **Рисунок 14**.

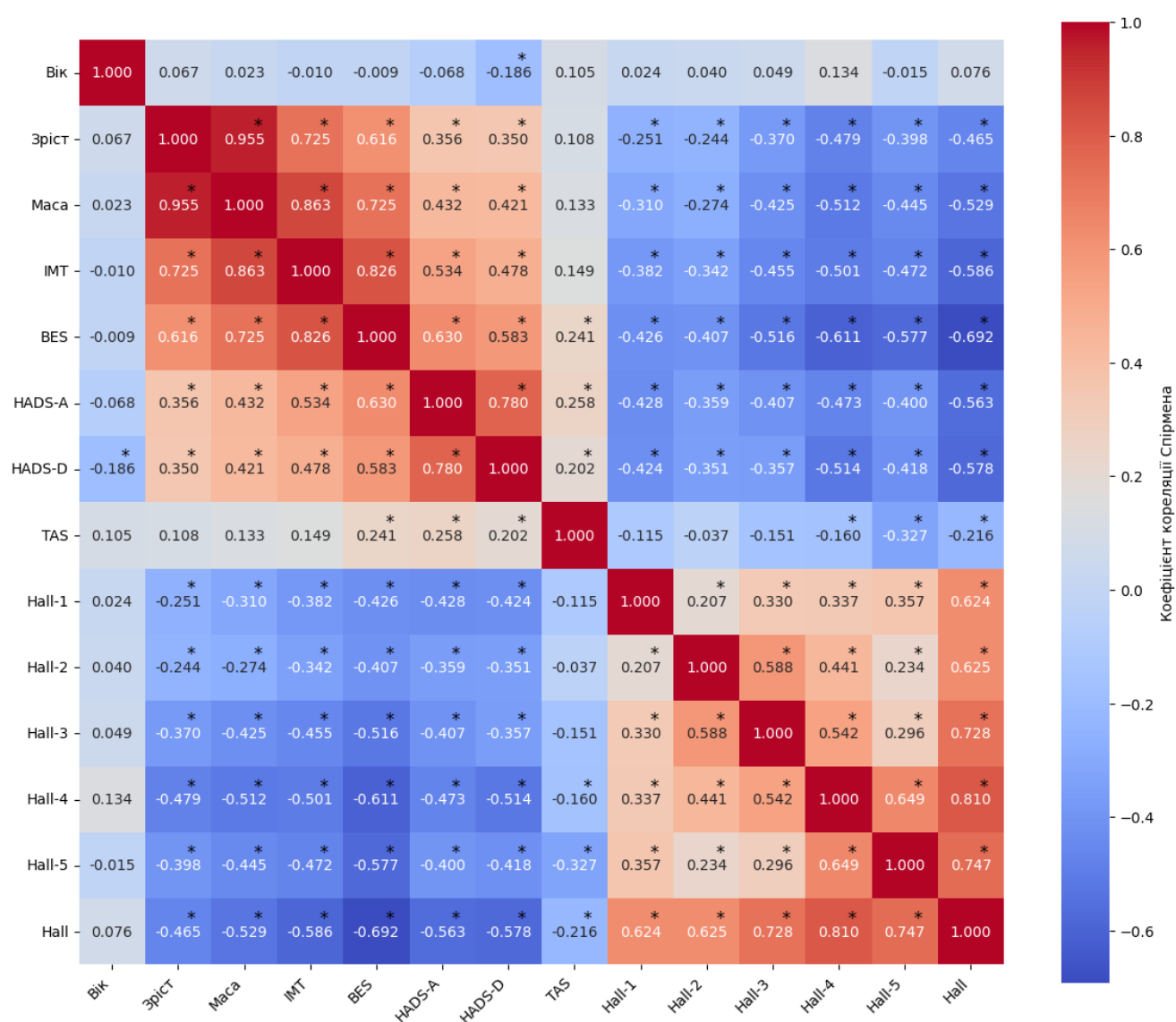


Рисунок 14. Соціально-демографічні та медико-психологічні особливості осіб з переїданням.

Далі було побудовано ряд однофакторних лінійних моделей зі змішаними ефектами з розрахунком варіативності переїдання між пацієнтами, де в якості фіксованих ефектів було змодельовано потенційні фактори впливу на тяжкість переїдання.

Після врахування варіативності тяжкості переїдання, пов'язаної з пацієнтами, не виявлено статистично значущого зв'язку між віком та балом ВЕС (див. **Таблиця 21**).

Таблиця 21. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку віку та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	24.94	2.03	20.96 – 28.92	<0.001
Вік	-0.03	0.06	-0.16 – 0.09	0.626
Варіативність (пацієнти)	47.34			

Разом з тим, після врахування варіативності тяжкості переїдання, пов'язаної з пацієнтами, стать все ще лишалась статистично значущою коваріатою тяжкості переїдання (див. **Таблиця 22**).

Таблиця 22. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку статі та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	20.01	0.82	18.40 – 21.62	<0.001
Стать [Чоловіча, vs. Жіноча]	9.67	0.52	8.64 – 10.69	<0.001
Варіативність (пацієнти)	36.07			

Так само, вища освіта була статистично значущо позитивно пов'язана із тяжкістю переїдання (див. **Таблиця 23**).

Таблиця 23. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку освіти та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.54	0.82	21.93 – 25.15	<0.001
Освіта [Вища, vs. Середня]	0.902	0.17	0.56 – 1.24	<0.001
Варіативність (пацієнти)	47.31			

Після врахування варіативності тяжкості переїдання, пов'язаної з пацієнтами, проживання в сільській місцевості також було статистично значущо пов'язано з тяжчим переїданням (див. **Таблиця 24**).

Таблиця 24. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку місця проживання та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.53	0.84	21.88 – 25.18	<0.001
Місце проживання [Сільська місцевість, vs. Місто]	1.62	0.54	0.57 – 2.67	0.002
Варіативність (пацієнти)	47.19			

Сімейний стан не виявився статистично значущо пов'язаним із тяжкістю переїдання після врахування варіативності, пов'язаної з пацієнтами (див. **Таблиця 25**).

Таблиця 25. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку сімейного стану та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.69	0.93	21.86 – 25.52	<0.001
Сімейний стан [Одружені, vs. Неодружений]	0.48	0.67	-0.83 – 1.78	0.474
Варіативність (пацієнти)	47.38			

Підйом ІМТ на 1 бал був пов'язаний із підйомом балу BES на майже три бали, цей зв'язок виявився статистично значущим при врахуванні варіативності, пов'язаної з пацієнтами (див. **Таблиця 26**).

Таблиця 26. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку ІМТ та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	-55.39	0.76	-56.88 – -53.92	<0.001
ІМТ	2.88	0.01	2.86 – 2.90	<0.001
Варіативність (пацієнти)	16.33			

Після врахування варіативності, пов'язаної з пацієнтами, зв'язок емоційного типу переїдання із тяжкістю переїдання перестав бути статистично значимим (див. **Таблиця 27**).

Таблиця 27. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку емоційного типу переїдання та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.77	1.13	21.55 – 25.99	<0.001
Емоц.переїдання [Так]	0.13	1.70	-3.21 – 3.46	0.941
Варіативність (пацієнти)	47.41			

Так само, компульсивне переїдання виявилось не пов'язаним із тяжкістю переїдання після врахування варіативності, пов'язаної з пацієнтами (див. **Таблиця 28**).

Таблиця 28. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку компульсивного типу переїдання та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.45	0.00	23.45 – 23.45	<0.001

Комп. переїдання [Так]	2.79	1.98	1.08 – 6.67	0.157
Варіативність (пацієнти)	46.91			

Ситуативне переїдання також виявилось не пов'язаним із тяжкістю переїдання (див. **Таблиця 29**).

Таблиця 29. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку ситуативного типу переїдання та балу BES

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	23.02	0.56	21.92 – 24.12	<0.001
Ситуат. переїдання [Так]	1.81	1.49	-1.13 – 4.74	0.228
Варіативність (пацієнти)	46.99			

І хоча наявність кожного окремого психосоціального типу переїдання виявилась незначущою, кількість типів переїдання виявилась статистично значущою пов'язаною із тяжкістю переїдання (див. **Таблиця 30**).

Таблиця 30. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку кількості типів переїдання та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	20.30	0.70	18.93 – 21.68	<0.001
N типів переїдання	2.65	0.93	0.83 – 4.47	0.004
Варіативність (пацієнти)	46.29			

Наявність коморбідних захворювань виявилось статистично незначущим для тяжкості переїдання (див. **Таблиця 31**).

Таблиця 31. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку наявності коморбідних захворювань та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
--	------------	------	--------	---

Інтерсепт	23.67	0.60	22.49 – 24.84	<0.001
Коморб. захв. [Так]	0.48	0.35	-0.19 – 1.16	0.164
Варіативність (пацієнти)	47.38			

Після врахування варіативності тяжкості переїдання, пов'язаної з пацієнтами, депресія виявилась статистично значущою коваріатою тяжкістю переїдання (див. **Таблиця 32**).

Таблиця 32. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку HADS-D та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	11.36	0.02	11.33 – 11.40	<0.001
HADS-D	1.42	0.06	1.30 – 1.54	<0.001
Варіативність (пацієнти)	27.57			

Так само і тривога виявилась статистично значущою коваріатою тяжкістю переїдання після врахування пацієнтної варіативності (див. **Таблиця 33**).

Таблиця 33. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку HADS-A та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	7.88	0.73	6.46 – 9.30	<0.001
HADS-A	1.59	0.02	1.55 – 1.63	<0.001
Варіативність (пацієнти)	24.25			

Врахування варіативності, пов'язаної з пацієнтами, також не вплинуло на значущість зв'язку вираженості алекситимії та тяжкості переїдання (див. **Таблиця 34**).

Таблиця 34. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку TAS та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	2.08	3.20	-4.19 – 8.35	0.516
TAS	0.34	0.06	0.23 – 0.45	<0.001
Варіативність (пацієнти)	42.42			

Так само, зв'язок рівня емоційного інтелекту та тяжкості переїдання залишився статистично значущим (див. **Таблиця 35**).

Таблиця 35. Показники лінійної регресії зі змішаними ефектами для оцінки зв'язку EQ та балу BES.

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	49.50	0.47	48.57 – 50.42	<0.001
Загальний бал тесту Гола	-0.51	0.02	-0.55 – -0.47	<0.001
Варіативність (пацієнти)	23.09			

На основі аналізу кореляційної матриці, а також ряду однофакторних лінійних моделей було побудовано багатофакторну лінійну регресивну модель зі змішаними ефектами, де в якості фіксованих ефектів виступають всі коваріати та кофактори, які мали статистичну значущість в однофакторних моделях, а також не мали сильну кореляцію (>0.7) між собою. Таким чином, оцінювалась значущість впливу різних соціально-демографічних та клінічних характеристик з врахуванням одночасного впливу інших факторів (див. **Таблиця 36**).

Таблиця 36. Багатофакторна лінійна регресійна модель зі змішаними ефектами для оцінки впливу коваріатів та кофакторів на тяжкість переїдання (за BES).

	Коефіцієнт	S.E.	95% ДІ	p
Інтерсепт	-37.81	6.04	-49.65 – 25.97	<0.001

Стать [Чоловіча, vs. Жіноча]	-1.39	0.86	-3.07 – 0.29	0.105
Освіта [Вища, vs. Середня]	-0.23	0.76	-1.72 – 1.26	0.76
Місце проживання [Сільська місцевість, vs. Місце]	0.57	0.89	-1.19 – 2.32	0.528
Кількість типів переїдання	-0.55	0.66	-1.84 – 0.74	0.401
ІМТ	2.06	0.13	1.81 – 2.32	<0.001
HADS (комбінований бал)	0.29	0.06	0.1 – 0.41	<0.001
TAS	0.12	0.04	0.05 – 0.19	<0.001
Загальний бал тесту Гола	-0.15	0.04	-0.22 – -0.07	<0.001
Варіативність (пацієнти)	10.292			<0.001

Таким чином, після врахування одночасного впливу таких факторів як стать, освіта, місце проживання та кількість психосоціальних типів переїдання в анамнезі, а також випадкової варіативності, пов'язаної з пацієнтами, ІМТ, емоційний стан та емоційний інтелект, а також рівень алекситимії залишились статистично значущими факторами впливу на тяжкість переїдання (за BES).

Проведений мультиваріативний аналіз вказує на те, що тяжкість переїдання формується внаслідок комплексної взаємодії фізіологічних та психоемоційних чинників, при цьому основну роль відіграють індекс маси тіла, рівні тривоги та депресії, алекситимія й емоційний інтелект. Незважаючи на вплив соціально-демографічних характеристик, саме ці змінні зберігають свою значущість у поясненні варіацій переїдання, що підкреслює інтегральну природу розладу.

Висновки до розділу 3

Отримані на цьому етапі результати аналізу дозволяють сформулювати такі висновки:

1. Аналіз соціально-демографічного профілю свідчить, що досліджувана вибірка переважно складається з молодих дорослих, більшість із яких – жінки з вищою

освітою, які проживають у містах. Це відповідає базовим характеристикам популяції з розладом нападоподібного переїдання.

2. Клінічні дані демонструють, що учасники здебільшого перебувають у стані передожиріння із середньо-тяжким рівнем переїдання, при цьому ІМТ тісно асоціюється з інтенсивністю симптоматики.
3. Аналіз преморбідних психосоціальних типів переїдання показав домінування емоційного типу переїдання, а також виявив статистично значущі гендерні відмінності у розподілі типів переїдання.
4. Кореляційний аналіз підкреслив, що збільшення тяжкості переїдання супроводжується підвищеними рівнями тривоги та депресії, що підтверджує гіпотезу про внесок психоемоційних процесів у формування розладу.
5. Дефіцит емоційного інтелекту, зокрема зниження емоційної обізнаності, самомотивації та емпатії, пов'язаний з більш вираженою симптоматикою переїдання, причому характер цих зв'язків пов'язаний із психосоціальним типом переїдання.
6. Мультиваріативний аналіз підтверджує, що етіологія переїдання може бути мультифакторною, при цьому основними предикторами тяжкості переїдання є фізіологічні та психоемоційні фактори, незважаючи на вплив соціально-демографічних змінних.

Таким чином, психоемоційні чинники відіграють ключову роль у формуванні симптоматики переїдання, причому їхній вплив істотно змінюється залежно від преморбідного психосоціального типу переїдання. Це свідчить про те, що ефективність терапевтичного втручання може бути значно підвищена за умови адаптації методик до емоційних та психологічних характеристик пацієнта, що створює міцну основу для розробки персоналізованих терапевтичних стратегій.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання.

<https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>

2. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>

3. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>

РОЗДІЛ 4. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА САМООЦІНКА ОСІБ З ПОВЕДІНКОВИМ ПАТЕРНОМ ПЕРЕЇДАННЯ

4.1. Особливості якості життя та самооцінки осіб з переїданням.

Виявлено, що середній загальний бал за шкалою CQLS на момент залучення в дослідження становить 63.7 ± 11.68 , що відповідає низькій задоволеності якістю життя. Медіанний бал більшості запитань складає 6 з 10 можливих (див. **Таблиця 37**). Альфа Кронбаха для даної вибірки становила 0.975, що є відмінним показником, який свідчить про чудову внутрішню узгодженість шкали CQLS.

Таблиця 37. Кількісні показники якості життя за шкалою CQLS для всієї вибірки (N=163).

Компонент якості життя	$\mu \pm \sigma$	Q2 (Q1 – Q3)	Мін - Макс
Фізичний стан	6.29 ± 1.25	6 (5 – 7)	4 – 10
Настрій	6.48 ± 1.26	7 (6 – 7)	3 – 9
Проведення вільного часу	6.42 ± 1.29	6 (5 – 7)	4 – 9
Любов, сексуальна активність	6.33 ± 1.32	6 (5 – 7)	3 – 10
Повсякденна активність	6.38 ± 1.34	6 (5 – 7)	4 – 9
Соціальна активність	6.42 ± 1.37	6 (5 – 7)	3 – 9
Фінансове благополуччя	6.35 ± 1.27	6 (5 – 7)	4 – 9
Умови проживання	6.31 ± 1.33	6 (5 – 7)	4 – 10
Робота, навчання	6.34 ± 1.28	6 (6 – 7)	3 – 9
Загальна задоволеність життям	6.37 ± 1.21	6 (6 – 7)	3 – 9
Загальний бал CQLS	63.7 ± 11.68	64 (55 – 72)	38 – 91

Оцінка розподілу якісного показника CQLS виявила, що 27.6% пацієнтів мали дуже низьку якість життя, 31.3% – низьку, 24.5% – середню, 10.4% – високу, та 6.1% – дуже високу якість життя (див. **Рисунок 15**).

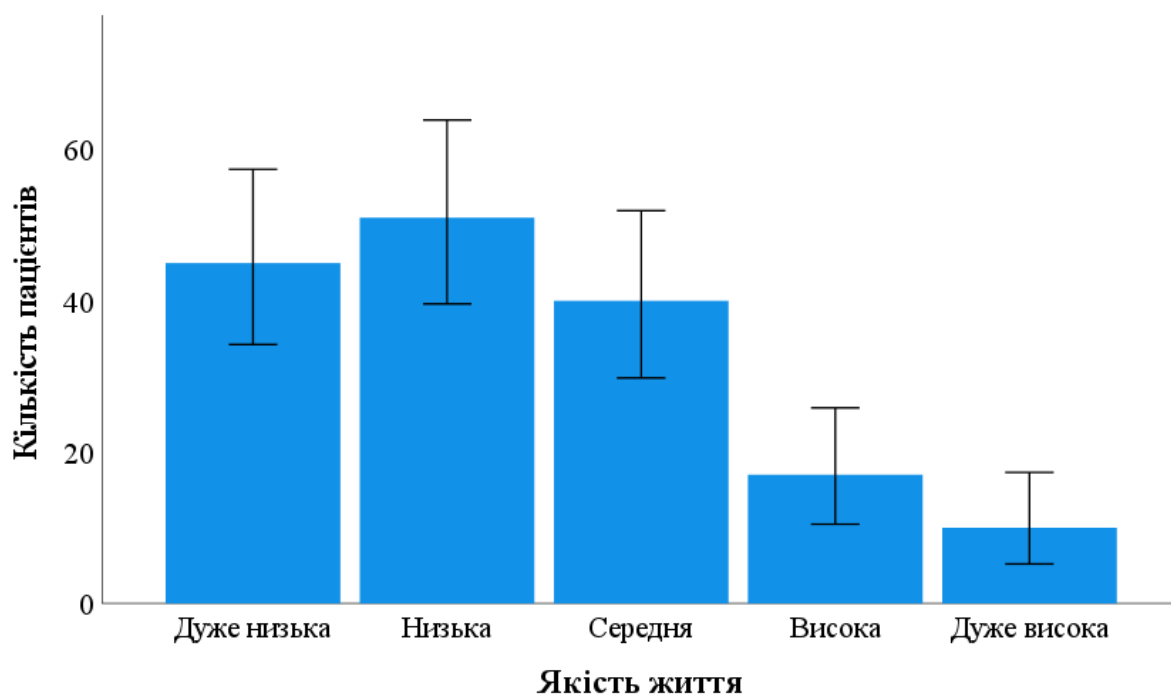


Рисунок 15. Рівень якості життя всієї вибірки (вуса – 95% ДІ)

Візуальна оцінка розподілу кількісного показника CQLS (загального балу) виявила, що розподіл був наближеним до нормального, проте у вибірці були відсутні пацієнти з дуже низькими показниками за даною шкалою, мінімальний бал якої становив 38 (див. **Рисунок 16**).

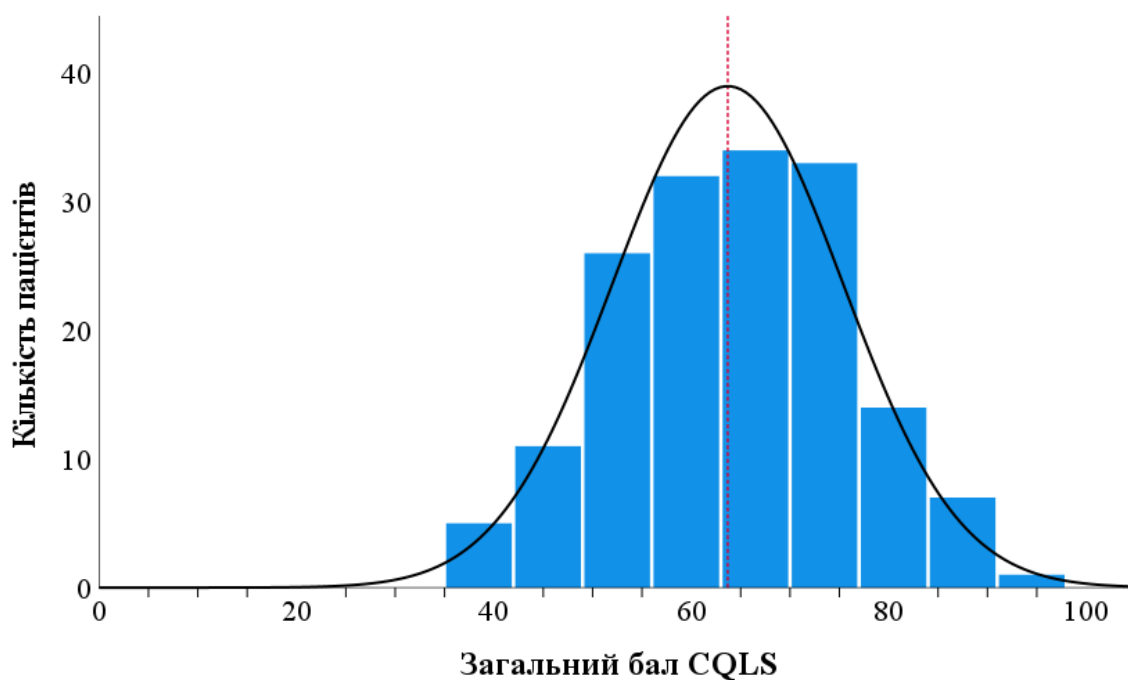


Рисунок 16. Гістограма загального балу CQLS (чорним позначено ядрову оцінку густини розподілу, червоним - середній бал CQLS у вибірці)

Це дозволяє нам припускати можливість перемасштабування інтерпретації загального балу CQLS для популяції осіб з розладом нападopodobного переїдання для кращого відображення рівня якості життя. Використовуючи кількість оригінальних категорій шкали, ми поділили масив даних на 10 однакових відрізків, що дозволило перемасштабувати шкалу для вдосконалення інтерпретації даних. Показники нижче 10 процентиля інтерпретувались як дуже низькі, між 10 та 30 процентилям як низькі, між 30 та 70 процентилями як середні, між 70 та 90 процентилями як високі, та між 90 та 100 процентилями як дуже високі (див. **Таблиця 38**).

Таблиця 38. Перемасштабована інтерпретація шкали CQLS.

Процентиль	0 – 10	10 – 30	30 – 70	70 – 90	90 – 100
Бал CQLS	≤ 48	49 – 57	58 – 71	72 – 79	≥ 80
Рівень якості життя	Д. низький	Низький	Середній	Високий	Д.високий

Таким чином, розподіл перемасштабованих категорій якості життя за CQLS почав більше нагадувати нормальний Гаусівський розподіл (див. **Рисунок 17**).

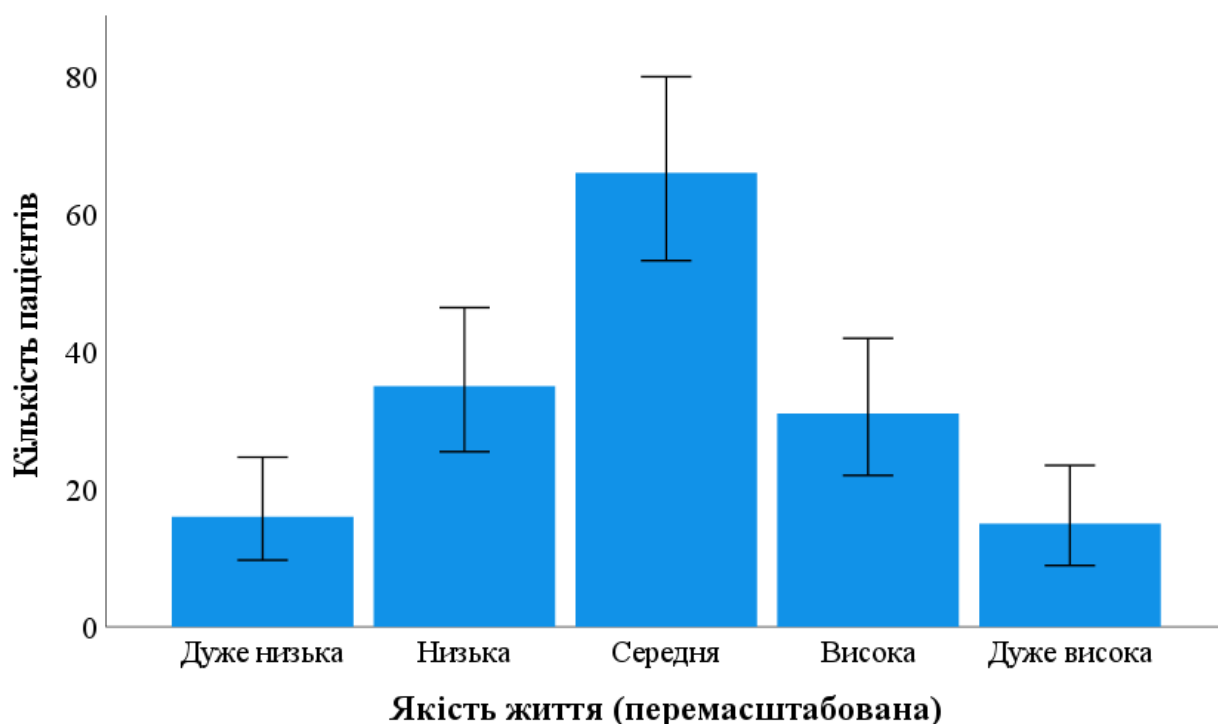


Рисунок 17. Рівень якості життя, за перемасштабованою інтерпретацією (для всієї вибірки)

Оновлена система інтерпретації може бути корисна не для оцінки якості життя пацієнтів з переїданням порівняно зі здоровим населенням, а для порівняння якості життя відповідно до середньої якості життя інших пацієнтів цієї ж вибірки.

Було виявлено статистично значущу різницю у всіх аспектах якості життя між чоловіками та жінками – жінки в середньому мали значущо вищий бал CQLS, ніж чоловіки (див. **Таблиця 39**).

Таблиця 39. Кількісні показники якості життя за шкалою CQLS залежно від статі.

Компонент якості життя	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
Фізичний стан	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	<0.001
Настрій	7 (6 – 7.75)	6 (5 – 7)	0.008
Проведення вільного часу	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	0.005
Любов, сексуальна активність	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	0.007
Повсякденна активність	7 (6 – 8)	6 (5 – 7)	<0.001
Соціальна активність	7 (6 – 8)	6 (5 – 7)	0.001
Фінансове благополуччя	6 (6 – 7)	6 (5 – 7)	0.007
Умови проживання	6.5 (6 – 7.75)	6 (5 – 7)	0.006
Робота, навчання	7 (6 – 7.75)	6 (5 – 7)	<0.001
Загальна задоволеність життям	10 (6 – 7)	6 (5 – 7)	0.003
Загальний бал CQLS	66.32 ± 11.59	59.75 ± 10.74	<0.001

Якісна оцінка CQLS підтвердила наявність статистично значущої різниці між чоловіками та жінками ($\chi^2=13.16$, $p=0.011$) – у чоловіків частіше спостерігалась низька та дуже низька якість життя, а висока якість життя не спостерігалась у даній вибірці. Так, було виявлено, що 20.4% жінок мають дуже низьку якість життя, 29.6% – низьку, 27.6% – середню, 12.2% – високу, 10.2% –

дуже висока. На противагу, 38.5% чоловіків мали дуже низьку якість життя, 33.8% – низьку, 20% – середню, 7.7% – високу якість життя (див. **Рисунок 18**).

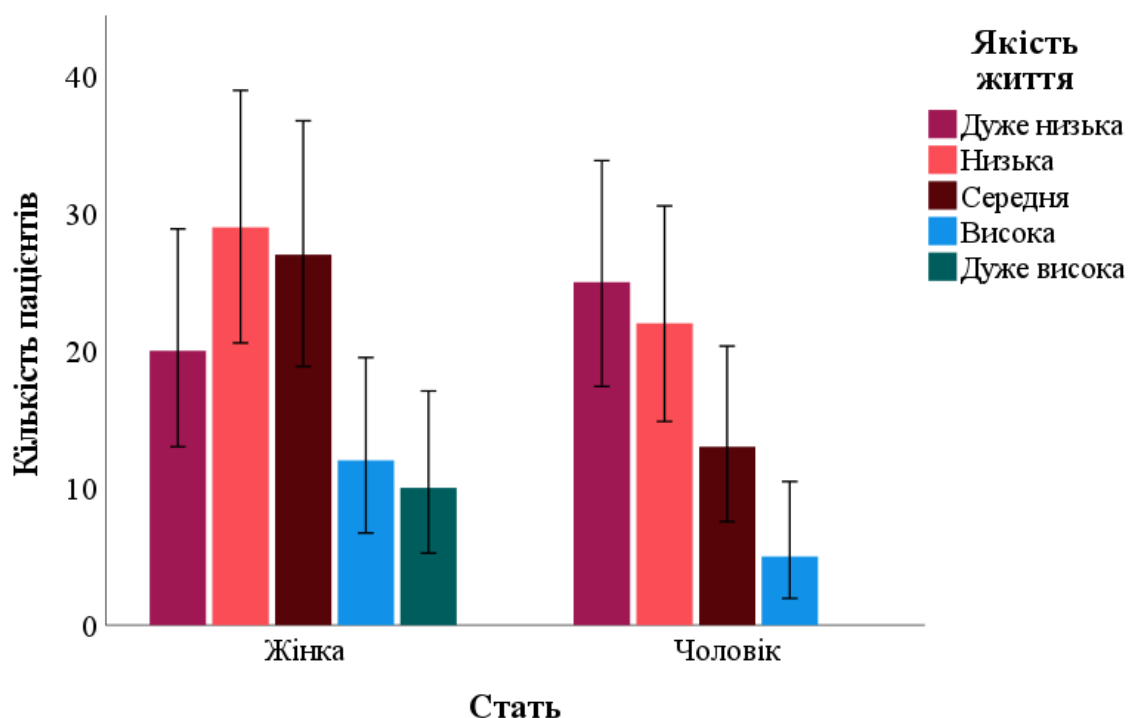


Рисунок 18. Рівень якості життя, залежно від статі.

Не було виявлено різниці в усіх аспектах якості життя, а також у загальному балі CQLS між пацієнтами з різною освітою (див. **Таблиця 40**).

Таблиця 40. Кількісні показники якості життя залежно від рівня освіти.

Компонент якості життя	Освіта		р
	Вища	Середня	
Фізичний стан	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	0.922
Настрій	7 (5.75 – 7)	7 (6 – 8)	0.331
Проведення вільного часу	6 (5.75 – 7)	7 (5.5 – 7.5)	0.361
Любов, сексуальна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7.5)	0.749
Повсякденна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.958
Соціальна активність	6 (5 – 7)	6 (5.5 – 7)	0.966
Фінансове благополуччя	6 (5.75 – 7)	6 (5.5 – 7)	0.804

Умови проживання	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.666
Робота, навчання	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	0.681
Загальна задоволеність життям	6 (6 – 7)	7 (5.5 – 7)	0.827
Загальний бал CQLS	63.5 ± 11.76	64.05 ± 11.61	0.696

Категорійні показники якості життя теж не відрізнялись залежно від статі ($\chi^2=3.41$, $p=0.492$), див. *Рисунок 19*.

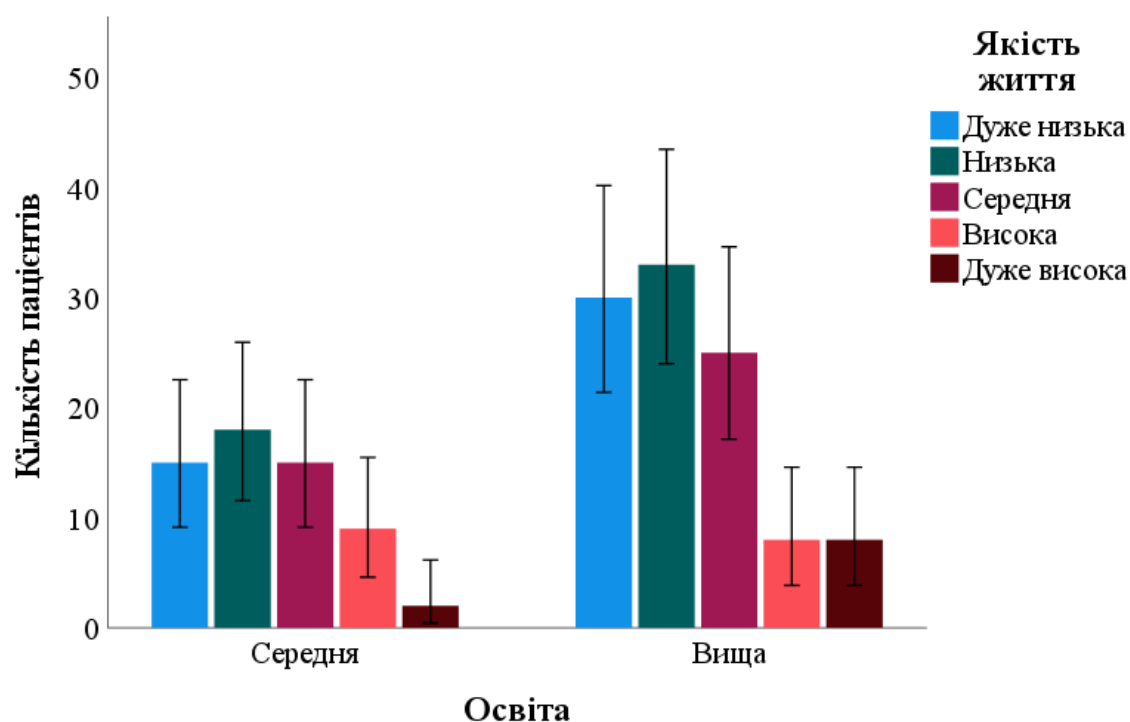


Рисунок 19. Рівень якості життя, залежно від освіти

Так само не було виявлено різниці в усіх аспектах якості життя, а також загальним балом CQLS між пацієнтами залежно від місця проживання (див. *Таблиця 41*).

Таблиця 41. Кількісні показники якості життя залежно від місця проживання.

Компонент якості життя	Місце проживання		p
	Місто	Село	
Фізичний стан	6 (5 - 7)	6 (5 – 7)	0.878
Настрій	7 (6 – 7)	6.5 (5 – 7)	0.423

Проведення вільного часу	7 (6 – 7)	6 (5 – 7.75)	0.750
Любов, сексуальна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.965
Повсякденна активність	6 (5 – 7)	6.5 (5.25 – 7)	0.66
Соціальна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.940
Фінансове благополуччя	6 (6 – 7)	6.5 (5.25 – 7)	0.683
Умови проживання	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.968
Робота, навчання	6 (6 – 7)	6 (5 – 7)	0.950
Загальна задоволеність життям	6 (6 – 7)	6 (6 – 7)	0.879
Загальний бал CQLS	63.68 ± 11.60	63.76 ± 12.13	0.990

32.4% пацієнтів із сільської місцевості мали дуже низьку якість життя, 26.5% – низьку, 23.5% – середню, 11.8% – високу та 5.9% – дуже високу якість життя. 26.4% пацієнтів з міст мали дуже низьку якість життя, 32.6% - низьку якість життя, 24.8% – середню якість життя, 10.1% – високу якість життя, 6.2% – дуже високу. Разом з тим, дані відмінності були статистично незначущими ($\chi^2=0.765$, $p=0.943$, див. **Рисунок 20**).

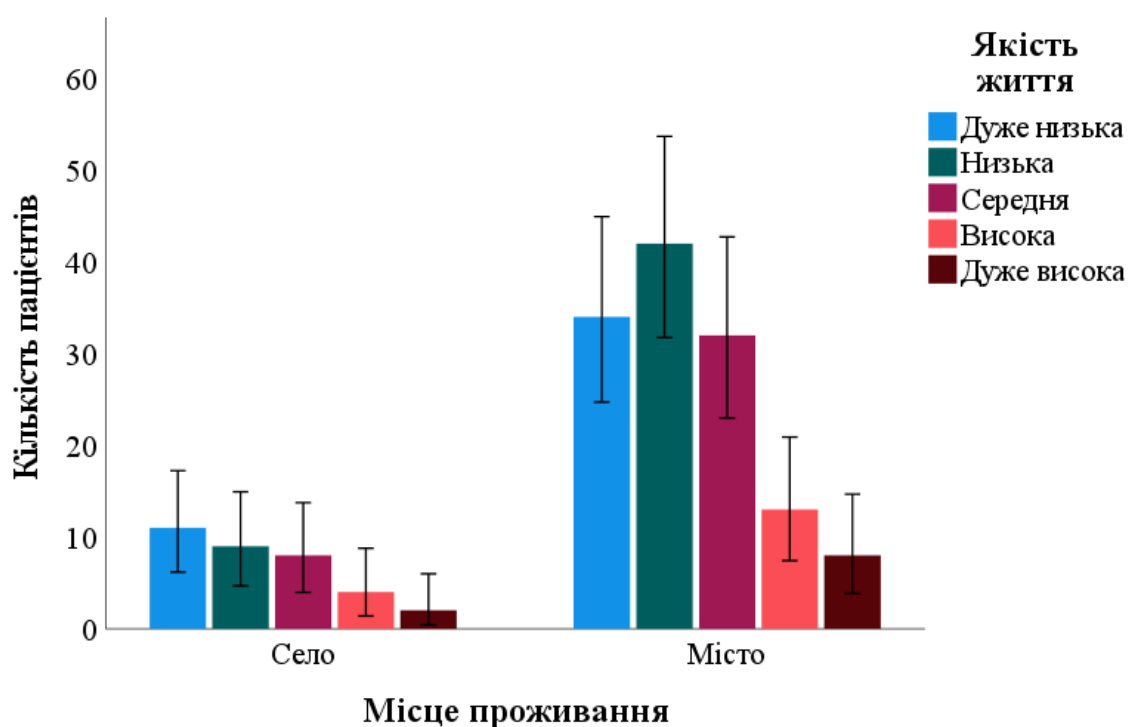


Рисунок 20. Рівень якості життя, залежно від місця проживання.

Не виявлено статистично значущої різниці у кількісних показниках якості життя залежно від сімейного стану (див. *Таблиця 42*).

Таблиця 42. Кількісні показники якості життя залежно від сімейного стану.

Компонент якості життя	Сімейний стан		p
	Неодружений/Незаміжня	В шлюбі	
Фізичний стан	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0.878
Настрій	7 (6 - 7)	6.5 (5 - 7)	0.423
Проведення вільного часу	7 (6 - 7)	6 (5 - 7.75)	0.750
Любов, секс. активність	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0.965
Повсякденна активність	6 (5 - 7)	6.5 (5.25 - 7)	0.66
Соціальна активність	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0.940
Фінансове благополуччя	6 (6 - 7)	6.5 (5.25 - 7)	0.683
Умови проживання	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0.968
Робота, навчання	6 (6 - 7)	6 (5 - 7)	0.950
Заг. задоволеність життям	6 (6 - 7)	6 (6 - 7)	0.879
Загальний бал CQLS	63.68 ± 11.60	63.76 ± 12.13	0.990

24% неодружених/незаміжніх пацієнтів мали дуже низьку якість життя, 33.7% - низьку якість життя, 25% – середню якість життя, 11.5% – високу якість життя та 5.8% – дуже високу якість життя. 33.9% одружених/заміжніх пацієнтів мали дуже низьку якість життя, 27.1% – низьку якість життя, 23.7% – середню якість життя, 8.5% – високу якість життя та 6.8% мали дуже високу якість життя. Статистично значущої різниці у розподілі категорійних ознак якості життя виявлено не було ($\chi^2=2.27$, $p=0.687$), див. **Рисунок 21**.

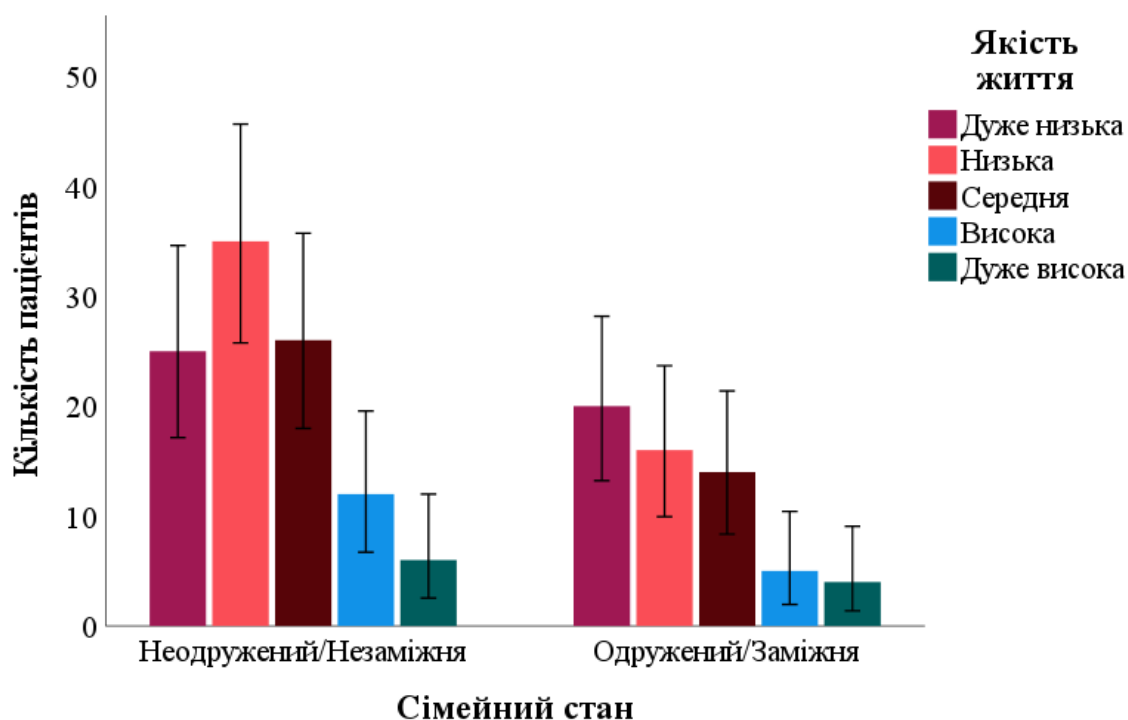


Рисунок 21. Рівень якості життя, залежно від сімейного стану.

Отже, аналіз якості життя та самооцінки осіб із переїданням вказує на те, що популяція характеризується загалом низьким рівнем задоволеності життям. Це свідчить на користь того, що такі пацієнти потребують цілеспрямованих психокорекційних заходів. Гендерні відмінності демонструють, що жінки мають більш позитивну оцінку якості життя порівняно з чоловіками, а соціально-демографічні параметри (освіта, місце проживання, сімейний стан) не виступають визначальними факторами. Це дозволяє зосередитись на оптимізації психоемоційних компонентів, які можуть бути модифіковані шляхом персоналізованих психокорекційних втручань.

4.2. Нозологічні особливості переїдання як фактор впливу на якості життя та самооцінки осіб з переїданням.

Таблиця 43 демонструє, що якість життя значно погіршується із збільшенням ступеня тяжкості розладу нападopodobного переїдання, що підтверджується статистично значущими різницями ($p < 0.001$) у всіх аспектах. Загальний бал CQLS

знижується від 72 при легкому ступені до 49 при дуже тяжкому ступені переїдання, що свідчить про суттєвий взаємозв'язок між інтенсивністю переїдання та суб'єктивною задоволеністю життям.

Таблиця 43. Кількісні показники якості життя за шкалою CQLS залежно від ступеню тяжкості переїдання.

Компонент якості життя	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий	Помірний	Тяжкий	Д. тяжкий	
Фізичний стан	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 6)	5 (4 – 5)	<0.001
Настрій	7 (7 – 8)	7 (6 – 8)	6 (5 – 7)	5 (4.5 – 5)	<0.001
Проведення вільного часу	7 (7 – 8)	7 (6 – 8)	6 (5 – 7)	5 (5 – 5.5)	<0.001
Любов, секс. активність	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	5 (4.5 – 5)	<0.001
Повсякденна активність	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	6 (5 – 6)	5 (4.5 – 5.5)	<0.001
Соціальна активність	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	6 (5 – 7)	5 (4.5 – 5.5)	<0.001
Фінансове благополуччя	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 6.5)	5 (4.5 – 5.5)	<0.001
Умови проживання	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 6)	5 (5 – 5)	<0.001
Робота, навчання	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 6)	5 (4.5 – 5.5)	<0.001
Заг. рівень задоволеності життям	7 (6 – 8)	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	5 (5 – 5)	<0.001
Заг. бал CQLS	72 (65 – 77)	70 (60 – 73)	57 (51 – 64.5)	49 (48 – 51)	<0.001

5.1% пацієнтів з легкою тяжкістю переїдання мали дуже низьку якість життя, 23.1% – низьку якість життя, 38.5% – середню якість життя, 12.8% – високу якість життя, 20.5% – дуже високу якість життя. 14.8% пацієнтів із середньою тяжкістю переїдання мали дуже низьку якість життя, 25.9% – низьку якість життя, 37% – середню якість життя, 18.5% – високу якість життя, 3.7% – дуже висока якість життя. Серед пацієнтів з тяжким переїданням 46% мали дуже низьку якість життя, 42.9% – низьку якість життя, 7.9% – середню якість життя, 3.2% – високу якість життя. Разом з тим, 85.7% пацієнтів з дуже тяжким переїданням мали дуже низьку якість переїдання, 14.3% - низьку. Різниця між пацієнтами з різними ступенями тяжкості переїдання була статистично значуща ($\chi^2=72.10$, $p<0.001$, див. **Рисунок 22**)

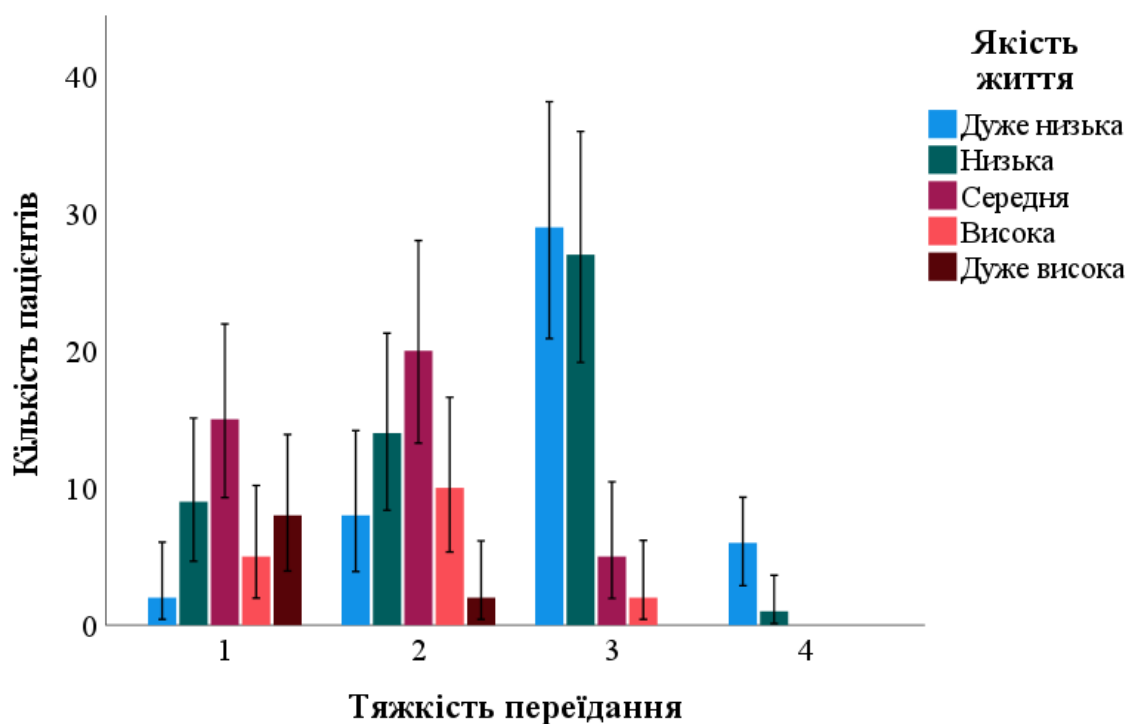


Рисунок 22. Рівень якості життя, залежно від тяжкості переїдання.

Якість життя, виміряна за шкалою CQLS, не демонструє статистично значущих відмінностей серед пацієнтів із емоційним, компульсивним та ситуативним типами переїдання ($p=0.633$). Усі аспекти якості життя, включаючи

фізичний стан, настрої, соціальну та фінансову активність, а також загальний бал, мають подібні медіани незалежно від психосоціального типу, що свідчить про мінімальний вплив типу переїдання як такого на суб'єктивну оцінку якості життя.

Таблиця 44. Кількісні показники якості життя за шкалою CQLS залежно від психосоціального типу переїдання.

Компонент якості життя	Психосоціальний тип переїдання		
	Емоційний	Компульсивний	Ситуативний
Фізичний стан	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6 (5.3 – 7)
Настрої	7 (6 – 7)	6 (5 – 7)	7 (6 – 7)
Проведення вільного часу	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	7 (5.3 – 7)
Любов, сексуальна активність	6 (5 – 7)	5.5 (5 – 7)	7 (5.3 – 7)
Повсякденна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)
Соціальна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6.5 (6 – 7)
Фінансове благополуччя	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	7 (6 – 7)
Умови проживання	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	7 (6 – 7)
Робота, навчання	6 (5 – 7)	6 (5.3 – 7)	6 (6 – 7)
Заг. рівень задоволеності життям	6 (6 – 7)	6 (5.3 – 7)	7 (6 – 7)
Загальний бал CQLS	63 (54 – 72)	60.5 (53.5 – 66)	65.5 (57.3 – 73)

Кількісні показники усіх сфер якості життя у пацієнтів з різною кількістю психосоціальних типів переїдання не відрізнялася статистично значущо ($\chi^2=1.13$, $p=0.569$), див. **Таблиця 45**.

Таблиця 45. Кількісні показники якості життя за шкалою CQLS залежно від кількості типів переїдання.

Компонент якості життя	Кількість типів переїдання			p
	Один	Два	Три	
Фізичний стан	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	7 (5.5 – 7)	0.617
Настрої	7 (5.25 – 7)	7 (6 – 7)	6 (6 – 7)	0.900

Провед. вільного часу	6 (6 – 7)	7 (5 – 7)	6 (6 – 6.5)	0.837
Любов, секс. активн.	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	0.655
Повсякденна активн.	7 (5 – 7)	6 (6 – 7)	6 (6 – 6.5)	0.850
Соціальна активність	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	0.623
Фін. благополуччя	6 (5 – 7)	6 (6 – 7)	6 (6 – 7)	0.445
Умови проживання	6 (5 – 7)	6 (5 – 7)	6 (5.5 – 7)	0.424
Робота, навчання	6 (6 – 7)	6 (6 – 7)	6 (5.5 – 7)	0.319
Загальний рівень задоволеності життям	7 (6 – 7)	6 (6 – 7)	6 (6 – 7)	0.162
Загальний бал CQLS	65 (55 – 72.3)	62.5 (53.8 – 71.3)	61 (56 – 72)	0.569

Серед пацієнтів з одним психосоціальним типом переїдання 28.1% мали дуже низьку якість життя, 25.4% – мали низьку якість життя, 28.1% – середню якість життя, 10.5% – високу якість життя, 7.9% – дуже високу якість життя. 26.2% пацієнтів з одночасно двома психосоціальними типами переїдання мали дуже низьку якість життя, 45.2% – низьку якість життя, 16.7% – середню якість життя, 9.5% – високу якість життя, 2.4% – дуже високу якість життя. Подібне співвідношення мали і пацієнти з одночасно трьома психосоціальними типами переїдання, серед яких 28.6% мали дуже низьку якість життя, 42.9% - низьку якість життя, 14.3% – середню якість життя, 14.3% - високу якість життя. Статистично значущої різниці між групами не було виявлено ($\chi^2=8.24$, $p=0.410$), проте спостерігалась тенденція серед пацієнтів з 2 та більше психосоціальними типами переїдання мати низьку якість життя та рідше мати високу якість життя (див. **Рисунок 23**).

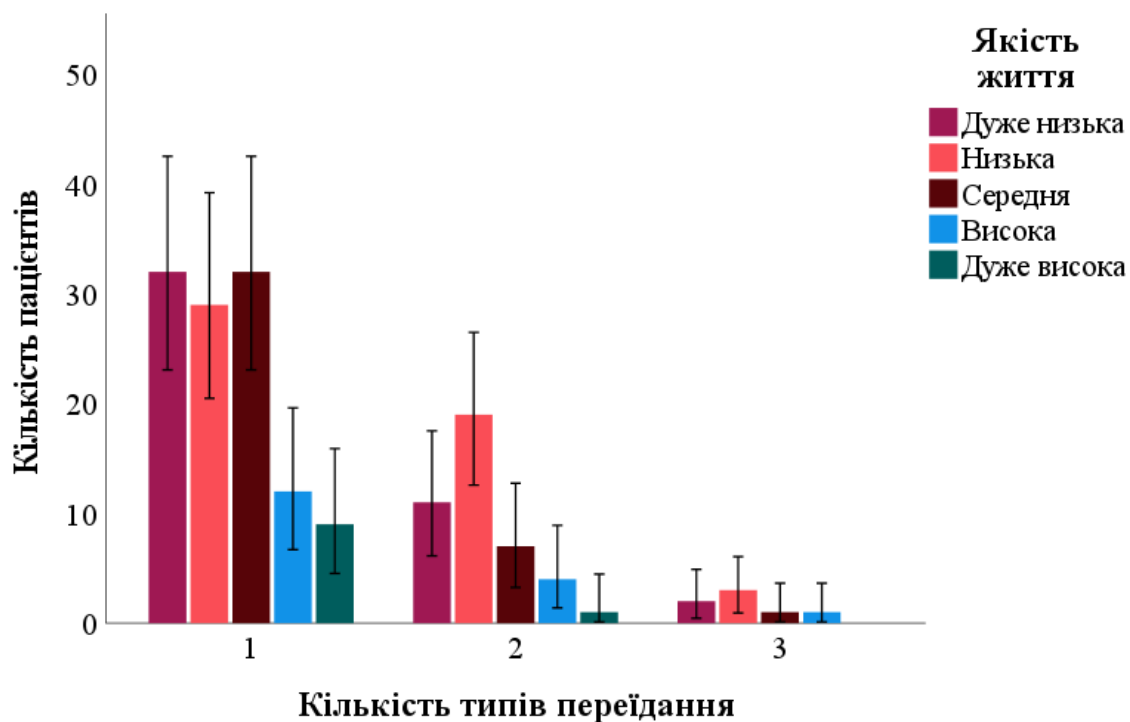


Рисунок 23. Рівень якості життя, залежно від кількості типів переїдання.

Отже, якість життя значно погіршується із збільшенням тяжкості переїдання, що підкреслює критичну роль інтенсивності розладу в суб'єктивному відчутті благополуччя. Водночас, психосоціальний тип та кількість типів переїдання пов'язані з якістю життя безпосередньо.

4.3. Психологічні фактори впливу на якість життя та самооцінки осіб з переїданням.

Було виявлено статистично значущий негативний помірний зв'язок якості життя зі зростом, вагою, ІМТ, рівнем тривожності та депресії, рівнем алекситимії та рівнем переїдання, а також статистично значущий позитивний помірний зв'язок якості життя зі складовими емоційного інтелекту (емоційною обізнаністю, управлінням емоціями, самомотивацією, емпатією, розпізнаванням емоцій інших людей та загальним рівнем емоційного інтелекту) та не виявлено статистично значущого зв'язку із віком, див. **Таблиця 46**).

Таблиця 46. Взаємозв'язок соціально-демографічних та клінічних показників із якістю життя за шкалою CQLS, для всієї вибірки.

Показник	r/ρ	ρ
Вік	0.008	0.920
Зріст (см)	-0.345	<0.001
Вага (кг)	-0.450	<0.001
ІМТ	-0.527	<0.001
HADS-A	-0.475	<0.001
HADS-D	-0.431	<0.001
TAS	-0.255	0.001
BES	-0.668	<0.001
EQ	ρ	ρ
Емоційна обізнаність	0.298	<0.001
Управління емоціями	0.320	<0.001
Самомотивація	0.364	<0.001
Емпатія	0.304	<0.001
Розпізнавання емоцій інших	0.282	<0.001
Загальний бал тесту Гола	0.431	<0.001

Низький індекс маси тіла був характерний для високих і середніх показників якості життя та низьких і середніх показників тяжкості переїдання, а високий ІМТ зустрічався лише у пацієнтів з середньо-високими показниками переїдання, проте міг бути і в пацієнтів з достатньо високою якістю життя (див. **Рисунок 24**).

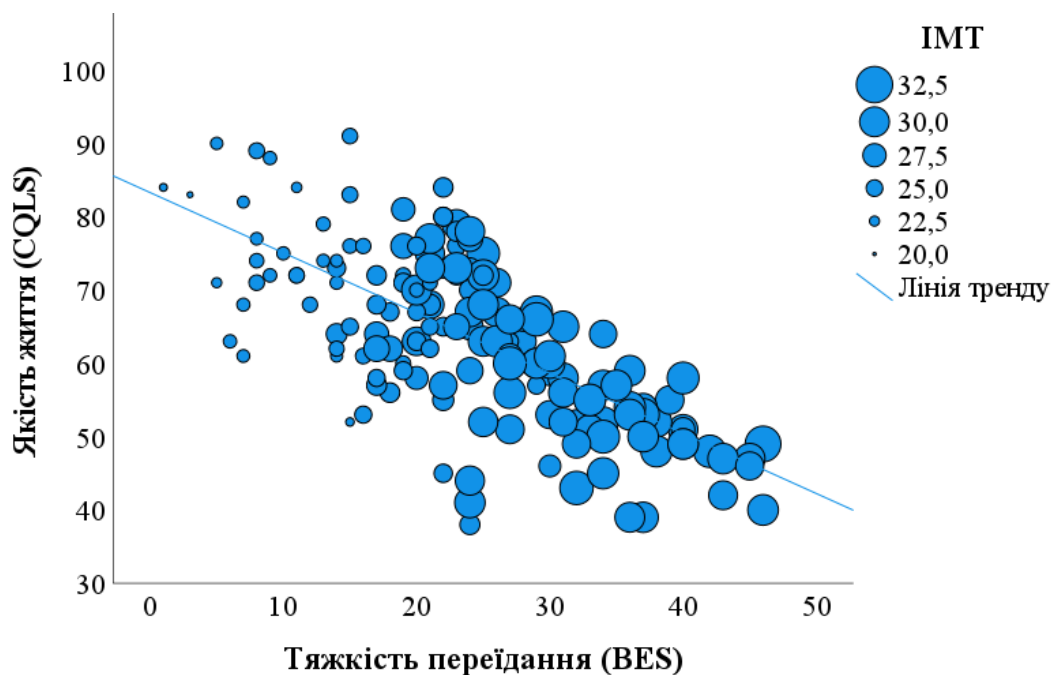


Рисунок 24. Кореляція тяжкості переїдання та якості життя залежно від ІМТ.

Високий ІМТ також частіше зустрічався у пацієнтів з клінічно значущими проявами тривоги та низькою якістю життя, і зовсім не зустрічався у пацієнтів без тривоги, або з помірною тривогою і дуже високою якістю життя (див. **Рисунок 25**).

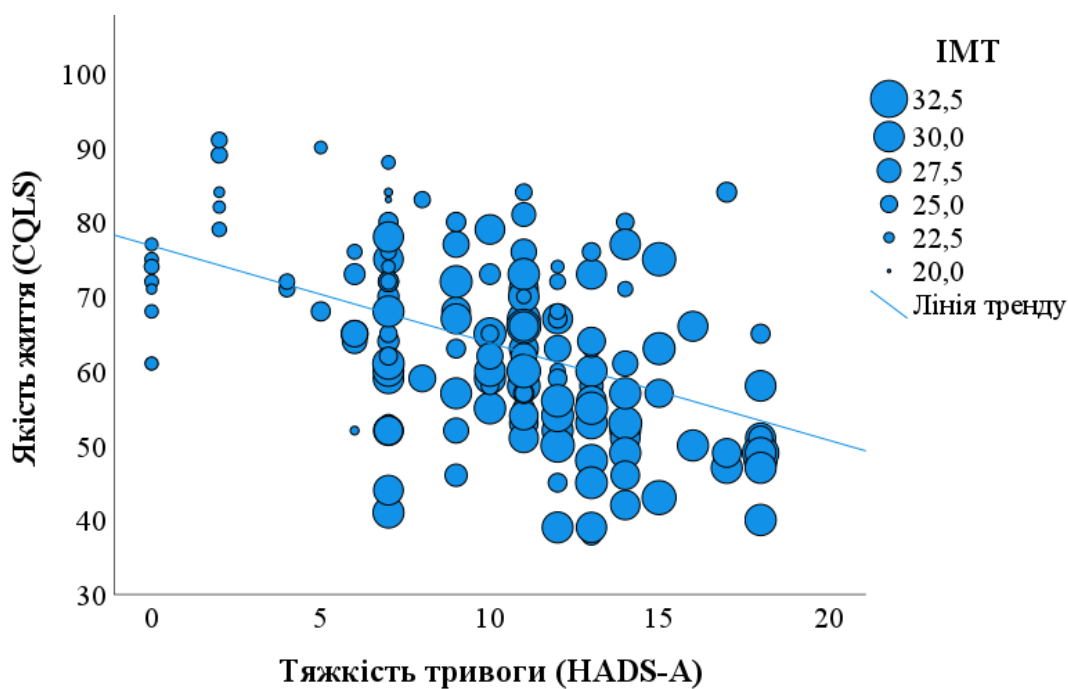


Рисунок 25. Кореляція тяжкості тривоги та якості життя залежно від ІМТ.

Зв'язок між депресією та якістю життя з урахуванням індексу маси тіла виглядав дещо інакше. Так, високий ІМТ однаково зустрічався у пацієнтів з нижчими показниками якості життя та як з низькими показниками депресії, так і з високими, див. **Рисунок 26**.

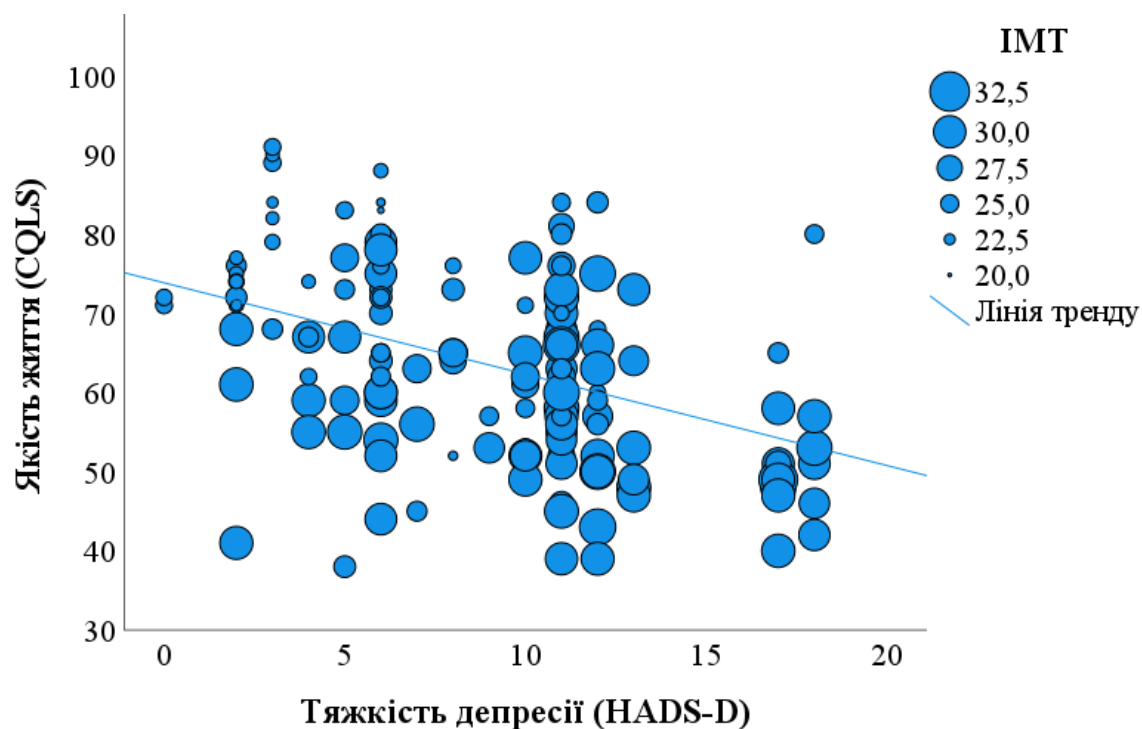


Рисунок 26. Кореляція тяжкості депресії та якості життя залежно від ІМТ.

Так само не було виявлено окремих кластерів залежно від індексу маси тіла при аналізі зв'язку якості життя та тяжкості алекситимії – високий ІМТ однаково зустрічався як при невисоких, так і при високих рівнях алекситимії, при цьому тяжів до нижчих показників якості життя (див. **Рисунок 27**).

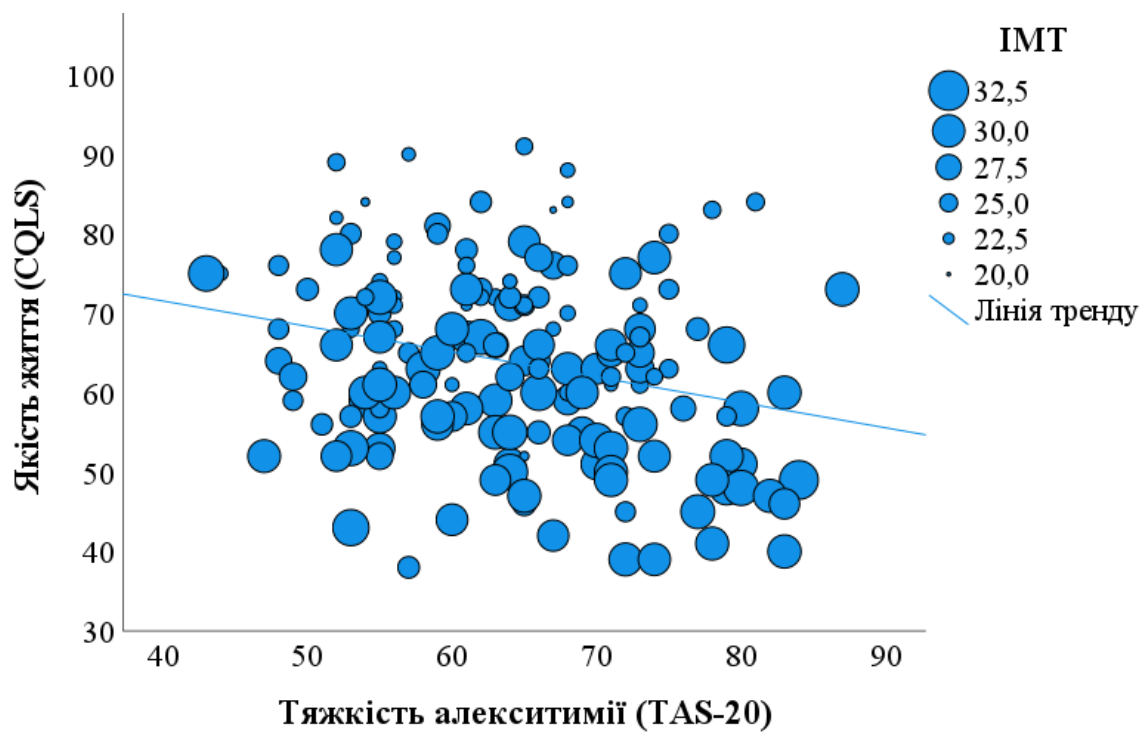


Рисунок 27. Кореляція тяжкості алекситимії та якості життя залежно від ІМТ.

Проте спостерігався чіткий кластер пацієнтів з низькою та середньою якістю життя, низьким емоційним інтелектом та високим індексом маси тіла. Зростання рівня емоційного інтелекту було пов'язано зі зростанням якості життя та зменшенням індексу маси тіла, див. **Рисунок 28**.

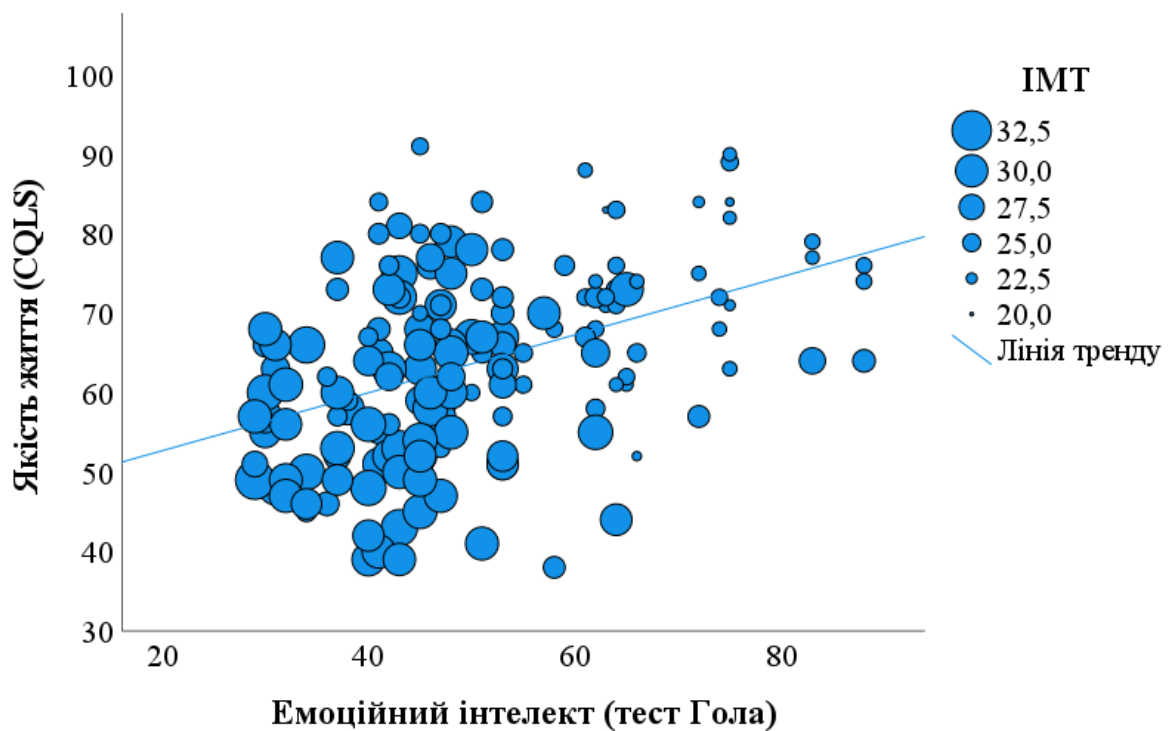


Рисунок 28. Кореляція рівня емоційного інтелекту та якості життя залежно від ІМТ.

Також було виявлено, що сила зв'язку відрізняється залежно від наявних психосоціальних типів переїдання. Так, для пацієнтів з емоційним психосоціальним типом переїдання характерний помірний статистично значущий негативний кореляційний зв'язок зросту, ваги, ІМТ, рівня тривожності та депресії з якістю життя, статистично значущий сильний негативний зв'язок тяжкості переїдання та якості життя, статистично значущий помірний позитивний зв'язок управління емоціями, самомотивації, емпатії та загального рівня емоційного інтелекту, а також слабку позитивну статистично значущу кореляцію емоційної обізнаності та розпізнавання емоцій інших людей із якістю життя.

Схожі кореляційні зв'язки спостерігались і в осіб з ситуативним психосоціальним типом переїдання, проте зв'язок ваги та якості життя був дещо слабшим, в той час як зв'язок тривоги та депресії, а також емоційного інтелекту та рівня алекситимії з якістю життя був сильнішим. Таким чином, емоційна сфера осіб із ситуативним переїданням виявилась сильніше пов'язаною із якістю життя.

Це може пояснюватися тим, що ситуативне переїдання часто пов'язане з реакцією на зовнішні стресори або конкретні обставини, які безпосередньо впливають на якість життя. Натомість емоційне переїдання, яке зазвичай є більш стійкою звичкою, може бути глибше інтегрованим у психологічну структуру особистості, що зменшує його видимий вплив на якість життя порівняно з іншими емоційними факторами. Сильніший зв'язок емоційної сфери із якістю життя у ситуативному переїданні може свідчити про гострий характер впливу ситуаційних емоційних реакцій, які мають більший вплив у короткостроковій перспективі.

При компульсивному типі переїдання було виявлено лише статистично значущий негативний зв'язок тяжкості переїдання із якістю життя, в той час як інші показники виявились непов'язаними. Тяжкість самого переїдання є основним фактором, що впливає на якість життя, оскільки цей тип характеризується автоматизмом і відсутністю усвідомленого емоційного компоненту. Інші показники, такі як тривога, депресія або емоційний інтелект, можуть бути менш значущими, оскільки компульсивне переїдання може бути зумовлене іншими механізмами, а не ситуативними чи емоційними тригерами (див. **Таблиця 47**).

Таблиця 47. Взаємозв'язок соціально-демографічних та клінічних показників із якістю життя за шкалою CQLS, залежно від психосоціального типу переїдання

Показник	Психосоціальний тип переїдання		
	Емоційний	Компульсивний	Ситуативний
	r/p	r/p	r/p
Вік	-0.018	0.034	-0.108
Зріст (см)	-0.459***	-0.381	-0.185
Вага (кг)	-0.545***	-0.356	-0.311**
ІМТ	-0.568***	-0.244	-0.508***
HADS-A	-0.454***	-0.069	-0.539***
HADS-D	-0.403***	0.101	-0.475***
TAS	-0.265**	-0.104	-0.366**

BES	-0.696***	-0.468*	-0.635***
Емоційна обізнаність	0.291**	0.009	0.374**
Управління емоціями	0.320***	-0.216	0.321**
Самотивація	0.347***	0.069	0.339**
Емпатія	0.300**	0.099	0.250*
Розпізнавання емоцій	0.222*	0.122	0.376**
Заг. бал тесту Гола	0.399***	-0.024	0.466***

* – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$

На противагу поділу за психосоціальними типами, поділ на групи залежно від ступеню тяжкості переїдання та подальше порівняння результатів кореляційних тестів різних характеристик пацієнтів із якістю життя по більшості своїй не виявило статистично значущих зв'язків. Так, було виявлено помірну негативну кореляцію рівня тривоги та депресії, рівня алекситимії та тяжкості переїдання при важкому та дуже важкому ступенях нападopodobного переїдання, та статистично значущу негативну помірну кореляцію тяжкості переїдання та якості життя при легкій тяжкості переїдання (див. **Таблиця 48**)

Таблиця 48. Взаємозв'язок соціально-демографічних та клінічних показників із якістю життя за шкалою CQLS, залежно від ступеню тяжкості переїдання.

Показник	Ступінь тяжкості переїдання		
	Легкий	Помірний	Тяжкий та д. тяжкий
	r/p	r/p	r/p
Вік	0.147	-0.223	0.163
Зріст (см)	-0.262	-0.119	0.058
Вага (кг)	-0.280	-0.170	-0.003
ІМТ	-0.280	-0.204	-0.117
HADS-A	-0.174	-0.242	-0.362**
HADS-D	-0.210	-0.023	-0.375**

TAS	-0.015	-0.060	-0.327**
BES	-0.370*	-0.151	-0.592***
Емоційна обізнаність	0.195	0.026	0.172
Управління емоціями	0.047	0.264	0.111
Самомотивація	0.261	0.063	0.145
Емпатія	0.247	-0.111	-0.045
Розпізнавання емоцій	0.063	-0.083	0.067
Загальний бал тесту Гола	0.174	0.024	0.179

* – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$

Наявність кореляцій при поділі на психосоціальні типи і їх відсутність при поділі на ступені тяжкості компульсивного переїдання може бути пояснена тим, що психосоціальні типи враховують якісні аспекти переїдання, зокрема його емоційні, ситуативні або автоматичні тригери, які мають сильніший зв'язок із психологічними характеристиками та якістю життя. Натомість поділ за ступенями тяжкості більше відображає кількісну сторону проблеми (частота, обсяг епізодів), яка може бути менш тісно пов'язана з емоційними чи соціальними показниками. Це означає, що при поділі на ступені втрачається контекстна складова, яка є ключовою для психосоціального аналізу, а кореляції стають менш вираженими через більшу варіабельність у поведінкових та психологічних аспектах у кожній групі тяжкості.

Було побудовано ряд однофакторних лінійних моделей з врахуванням варіативності переїдання між пацієнтами, де в якості фіксованих ефектів було змодельовано потенційні предиктори якості життя. В результаті аналізу цих моделей виявлено статистичну значущість віку, належності до чоловічої статі, сімейний стан, ІМТ, компульсивного переїдання, тривоги та депресії, рівня алекситимії та рівня емоційного інтелекту як предикторів якості життя (див. **Таблиця 49**).

Таблиця 49. Результати однофакторних лінійних моделей зі змішаними ефектами.

	B	S.E.	z	95% ДІ		p
Вік	0.03	0.01	4.37	0.01	0.04	<0.001
Стать [Чоловіча]	-6.56	-1.54	-3.99	-9.78	-3.35	<0.001
Освіта [Середня]	0.55	0.63	0.87	0.39	1.79	0.385
Сім. стан [Заміжній/одружена]	-1.42	0.57	-2.47	-2.54	-0.29	0.014
ІМТ	-2.29	0.28	-8.07	-2.85	-1.74	<0.001
Емоційне переїдання [Так]	-1.88	1.27	-1.47	-4.37	0.62	0.140
Компульсивне переїдання [Так]	-3.80	1.23	-3.09	-6.21	-1.40	0.002
Ситуативне переїдання [Так]	1.28	1.29	0.99	-1.27	3.82	0.325
Кількість типів переїдання	-1.69	1.64	-1.04	-4.91	1.51	0.300
Коморбідні захворювання [Так]	0.66	0.36	1.83	-0.05	1.37	0.067
HADS-D	-1.15	0.19	-6.16	-1.52	-0.79	<0.001
HADS-A	-1.30	0.11	-11.96	-1.52	-1.09	<0.001
TAS	-0.319	0.027	-11.727	-0.373	-0.266	<0.001
Загальний бал (тест Гола)	0.365	0.059	6.200	0.250	0.480	<0.001

На основі аналізу кореляційної матриці, а також ряду однофакторних лінійних моделей було побудовано багатофакторну лінійну регресійну модель зі змішаними ефектами, де в якості фіксованих ефектів виступають всі коваріати та кофактори, які мали статистичну значущість в однофакторних моделях, а також не мали сильну кореляцію (>0.7) між собою. Таким чином, оцінювалась значущість впливу різних соціально-демографічних, психологічних та клінічних характеристик на якість життя з врахуванням одночасного впливу інших факторів.

Таким чином, аналіз психологічних чинників вказує на те, що якість життя у пацієнтів із переїданням значною мірою пов'язана з психоемоційним станом – підвищені рівні тривоги, депресії та алекситимії негативно пов'язані зі суб'єктивною оцінкою, тоді як розвинуті навички емоційної регуляції сприяють її покращенню. Ці інсайди свідчать про інтегрованість фізіологічних (зокрема, ІМТ) і психологічних чинників у формуванні якості життя, що ще раз підтверджує необхідність розробки персоналізованих терапевтичних підходів, спрямованих на оптимізацію емоційного інтелекту та зниження негативних емоційних симптомів.

Висновки до розділу 4

Таким чином, на основі аналізу якості життя було сформульовано наступні висновки:

1. Загальна якість життя осіб із поведінковим патерном переїдання є низькою, що свідчить про необхідність цілеспрямованих психокорекційних заходів для покращення їхнього благополуччя.
2. Висока внутрішня узгодженість шкали CQLS підтверджує її надійність як інструмента вимірювання якості життя в цій популяції.
3. Перемасштабована інтерпретація CQLS дозволяє отримати нормальний розподіл балів, що покращує точність оцінки суб'єктивного рівня якості життя.
4. Гендерні відмінності проявляються у якості життя: жінки демонструють вищі показники, тоді як чоловіки частіше мають низьку якість життя, що може бути пов'язане з вищою симптоматикою переїдання.
5. Соціально-демографічні змінні (освіта, місце проживання, сімейний стан) не є основними предикторами якості життя, що дозволяє зосередитись на впливі клінічних і психоемоційних чинників.
6. Збільшення тяжкості розладу переїдання негативно пов'язане зі всіма аспектами якості життя, підкреслюючи інтегрованість психоемоційних компонентів у формуванні суб'єктивного благополуччя.

7. Сильний негативний зв'язок між психоемоційними показниками (тривога, депресія, алекситимія) та якістю життя, а також позитивний вплив емоційного інтелекту, вказують на важливість емоційної регуляції як мішені при розробці програми психокорекції.
8. Мультиваріативний аналіз демонструє, що основними корелятами якості життя є фізіологічні показники (ІМТ) та психоемоційні характеристики, що створює підґрунтя для розробки індивідуалізованих терапевтичних втручань, якщо вважати ці кореляти потенційними факторами впливу.

Отже, якість життя осіб із поведінковим патерном переїдання є низькою, що вимагає розробки індивідуалізованих психокорекційних втручань, спрямованих на оптимізацію як фізіологічних показників (зокрема, ІМТ), так і психоемоційних характеристик. Це підкреслює інтегрованість негативних емоційних станів та дефіцитів емоційної регуляції у формуванні суб'єктивного благополуччя, а також вказує на необхідність врахування гендерних відмінностей у терапевтичних стратегіях.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>
2. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>
3. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>

РОЗДІЛ 5. МЕТОДИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ОЦІНКА ЇХНЬОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.

5.1. Структура та особливості розроблених методів персоніфікованої психосоціальної корекції.

Персоніфікована психокорекційна програма, що була розроблена на основі поглибленого аналізу клініко-психопатологічних характеристик та преморбідних психосоціальних типів осіб із нападоподібним переїданням (РНП), інтегрувала найновіші досягнення медичної психології, афективної нейронауки та психотерапії. Її теоретичною основою послугувала біопсихосоціальна модель дезадаптації, в межах якої психоемоційна дестабілізація, порушення емоційного інтелекту та неусвідомлені афективні патерни розглядалися як провідні механізми формування харчових девіацій.

Упродовж останніх десятиріч було накопичено достатньо доказів щодо ролі негативного афекту, алекситимії, інтолерантності до дистресу та низької емоційної регуляції як базових чинників формування розладів харчової поведінки. Дані, отримані у нашому дослідженні, також підтвердили: ключовою ланкою дезадаптації є не ізольоване переїдання, а порушення афективного функціонування — передусім у формі латентної «емоційної глухоти», неспроможності до зовнішньої та внутрішньої аферентної ідентифікації (алекситимія), а також феномени уникнення афекту, проекції сорому, порушень контролю імпульсів.

Психокорекційна програма була побудована як гнучка модульна система, в якій інтервенції розподілялися відповідно до преморбідного типу переїдання (емоційний, компульсивний, ситуативний), а також домінуючих мішеней: дистрес-незалежне переїдання, афективна реактивність, дисрегуляція апетиту, вторинна вигода, деперсоналізація потреб, зниження інтероцептивної чутливості тощо.

Програма складалася з 12 основних індивідуальних сесій (тривалістю 75–90 хвилин) з можливістю розширення до 16 сесій за наявності значущих коморбідних порушень. Всі сесії були структуровані у три етапи:

Етап I. Формування усвідомлення (сесії 1–4)

- Формування терапевтичного альянсу, ідентифікація очікувань пацієнта.
- Психосвіта: основи афективного функціонування, типологія переїдання, роль емоцій у формуванні симптомів.
- Навчання емоційного сканування (щоденник афектів), вивчення власних харчових сценаріїв.
- Діагностика алекситимії, тілесної дисоціації, порушень образу тіла.

Етап II. Терапевтична інтеграція (сесії 5–10)

- Когнітивно-поведінкова реструктуризація дисфункціональних харчових переконань.
- Опрацювання тригерів: афективна карта, схема тріади «тривога–їжа–знецінення».
- Розвиток інтероцептивної чутливості (вправи на відстеження ситості, голоду, роздратування).
- Психодраматичні інтервенції (робота зі стільцем, уявна розмова з «їжею як емоцією»).
- Емоційно-фокусована терапія: робота з незавершеними історіями, відновлення емоційного резонансу.
- Інтеграція тілесних практик: гайдована релаксація, візуалізація, тілесні якорі.

Етап III. Закріплення та профілактика рецидиву (сесії 11–12)

- План реагування на рецидив, стратегія «криза–усвідомлення–ресурс».
- Побудова індивідуального профілю резиліентності.
- Акт завершення: метафора подолання (робота через арт-техніку або емоційний лист).

- Повторне оцінювання, інтеграція результатів, рефлексія прогресу.

Стаціонарний етап психокорекції передбачала поєднання індивідуальних і групових сесій (Таблиця 50). Впродовж цього періоду основна увага була зосереджена на формуванні терапевтичного альянсу, зборі клініко-психологічних даних, валідації скарг пацієнтів, психоосвіті, визначенні типу переїдання, а також впровадженні базових технік емоційної саморегуляції та афект-ідентифікації. Паралельне використання індивідуального і групового підходів дозволяло забезпечити гнучке поєднання особистісно-орієнтованої взаємодії з підтримкою через спільну рефлексію й нормалізацію переживань у групі.

Таблиця 50. Загальні характеристики формату проведення психокорекційних сесій.

№	Сесія	День	Тип	Формат лікування
1.	Перша індивідуальна сесія	1	Інд	Стаціонарне
2.	Перша групова сесія	2	Гр	Стаціонарне
3.	Друга індивідуальна сесія	3	Інд	Стаціонарне
4.	Третя індивідуальна сесія	4	Інд	Стаціонарне
5.	Друга групова сесія	5	Гр	Стаціонарне
6.	Четверта індивідуальна сесія	7	Інд	Стаціонарне
7.	П'ята індивідуальна сесія	8	Інд	Стаціонарне
8.	Третя групова сесія	9	Гр	Стаціонарне
9.	Шоста індивідуальна сесія	10	Інд	Стаціонарне
10.	Сьома індивідуальна сесія	11	Інд	Стаціонарне
11.	Перша follow-up	104	FU	Амбулаторне
12.	Друга follow-up	194	FU	Амбулаторне

На 1-й день проводилась перша індивідуальна сесія, під час якої здійснювався початковий клініко-психологічний аналіз, збір анамнезу, заповнення психометричних шкал (TAS-20, HADS, BES), формулювання запиту пацієнта на медико-психологічне втручання.

На 2-й день — перша групова сесія, що мала психоосвітній характер і була присвячена обговоренню теми: «Переїдання як емоційна відповідь: біопсихосоціальна модель», а також знайомству з загальними техніками опанування стресу.

На 3-й і 4-й день (відповідно друга і третя індивідуальні сесії) проводилась персоніфікована корекція, під час якої в зручному для пацієнта темпі проводилась побудова особистої карти його афективних тригерів, а також виявлення й усвідомлення основних патернів переїдання, з подальшим аналізом поведінкових сценаріїв з акцентом на роботі з соромом.

На 5-й день — друга групова сесія, тематика якої охоплювала психоедукацію та в зручному для пацієнтів темпі формування навичок самоспостереження та розпізнавання афекту у тілі. Учасникам було продемонстровано та запропоновано подальше ведення щоденника емоцій і харчування. Також було обговорено техніки вирішення проблем.

На 7–8-й день (четверта і п'ята індивідуальні сесії) в персоніфікованому варіанті впроваджувалися базові техніки самоспівчуття, дихальна регуляція, а також запроваджено перший варіант «особистої стратегії протидії переїданню».

На 9-й день проводилася третя групова сесія, присвячена технікам активації альтернативної харчової поведінки, де учасники ділилися труднощами в ідентифікації емоцій та обговорювали стратегії підтримки здорової харчової поведінки без хворобливих харчових ритуалів.

На 10–11-й день персоніфікованої корекції (шоста і сьома індивідуальні сесії) акцент було зроблено на корекції автоматичних мисленнєвих патернів («думки-пастки»), когнітивній дефузії (поступовому когнітивному від'єднанні

пацієнтів з РНП від їх автоматичних, нав'язливих або шкідливих думок, щоб ті перестали домінувати над поведінкою), тілесному заземленні та роботі зі спокусливими ситуаціями, які вже траплялися в житті пацієнтів.

Після завершення інтенсивного стаціонарного етапу пацієнтам пропонувалось двоетапне амбулаторне спостереження (follow-up) із метою оцінки стабільності результатів, підтримки терапевтичних змін та профілактики рецидиву.

На 104-й день (приблизно через 3 місяці) проводилась перша follow-up сесія, що включала повторне обстеження, аналіз міжсесійного досвіду, обговорення труднощів адаптації.

На 194-й день (через пів року після інтервенції) пацієнти приходили на другу follow-up сесію, на якій підводились підсумки терапії, оцінювався ступінь інтеграції нових стратегій у повсякденне життя.

До особливостей розроблених методів персоніфікованої психосоціальної корекції пацієнтів з РНП варто віднести відмінності підходів до курації за преморбідним психосоціальним типом переїдання.

В процесі аналізу клініко-психологічної структури розладу нападоподібного переїдання було виявлено, що ефективність медико-психологічної корекції істотно залежала від урахування преморбідного типу харчової поведінки. Тип переїдання насправді не є лише поведінковим патерном – він виступає репрезентацією глибинних механізмів емоційної регуляції, стрес-реактивності та адаптивного потенціалу [19, 22, 27, 42, 54]. У зв'язку з цим, психокорекційна програма передбачала не уніфіковану, а саме диференційовану модель втручання, підґрунтям якої була логіка феноменологічної адаптації до специфіки особистості та клінічної картини розладу харчової поведінки.

Емоційний тип переїдання передбачав акцент на реконструкції афективного досвіду. Для осіб з емоційно обумовленим переїданням ключовим виявився неформалізований внутрішній афект, що не мав чіткої когнітивної

репрезентації. Як показали дані психометричного аналізу (високі показники за TAS-20, HADS), ці пацієнти мали труднощі з ідентифікацією, вербалізацією та конструктивною експресією емоцій. Замість афективного реагування саме їжа ще преморбідно використовувалася такими пацієнтами з РНП як емоційна відповідь, що відновлювала короткочасний гомеостаз через «замісне заспокоєння».

У психокорекційній роботі з такими пацієнтами акцент було зроблено на методах афект-ідентифікації (робота з емоційним щоденником, визначенням тілесної реактивності тощо), розвитку емоційного словника, майндфулнес-практиках із фокусом на сканування тіла, техніках самоспівчуття. Психотерапевтична взаємодія з ними була побудована насамперед на на безумовному прийнятті, м'якому контурі терапевтичного альянсу, а також на відновленні їх базової здатності до афективного контакту.

Компульсивний тип переїдання: робота в континуумі - імпульс, ритуал, дія.
У пацієнтів з таким підтипом РНП переїдання ще преморбідно виконувало радше функцію емоційного розрядника, ритуалу самозаспокоєння або фіксованої реакції на психічне перенапруження. Преморбідно ці пацієнти демонструють високу емоційну реактивність, знижений контроль імпульсу, дезадаптивні стратегії копінгу [11, 40], що підтвердили й дані нашого дослідження. Типовим для такої групи пацієнтів є послідовний ланцюг: внутрішнє напруження → компульсивна поведінка → відчуття короткочасного полегшення → сором, провина, аутоагресія.

Для пацієнтів з РНП із компульсивним преморбідним типом переїдання, в якому харчовий акт виконував функцію розрядки внутрішнього напруження, особливо ефективними є методи, запозичені з діалектично-поведінкової терапії (Dialectical Behavior Therapy). До них належать навички дистрес-толерантності (наприклад, метод «пауза – дія», використання сенсорних заземлень), тренування розпізнавання афективного тригера до епізоду переїдання, а також формування «простору паузи» між імпульсом і поведінкою. Саме тому для такої групи пацієнтів нами були задіяні вправи на перенесення імпульсу (заміщення дії), тілесна заземленість (наприклад, тактильна фіксація, дихальна саморегуляція), а

також техніки поведінкового самоспостереження. Така стратегія втручання дозволила нам певним чином модифікувати патерни компульсивного переїдання у цієї категорії пацієнтів з РНП, замінивши їх на послідовну відповідь на тригерні стресорні фактори, що активувала емоційний контроль без залучення їжі як єдиного способу зниження психічного напруження.

Особливої уваги та методичності при виконанні потребували техніки формування «простору паузи» між імпульсом та реалізацією поведінки, а також переформатування образу власного тіла з «об'єкта контролю» на суб'єкта дбайливого спостереження за ним. Поведінкове спостереження, щоденники тригерів та вправи з тілесної інтеграції (м'язове розслаблення, дихання з фіксацією на точці напруження) були ключовими в роботі з цими пацієнтами.

Ситуативний тип переїдання вимагав реалізації стратегії поведінкової автономізації. Переїдання в цих випадках РНП мало вторинно соціальне походження: їжа була інструментом пристосування до контексту, компенсацією незручності, або способом уникнення незгоди чи збереження іміджу «зручної» особи. Часто такі пацієнти не усвідомлювали втрати контролю над процесом харчування: вони зазвичай пояснювали переїдання певними обставинами. В анамнезі таких пацієнтів ми звертали увагу на акцент на зовнішньому схваленні, конфліктогенних міжособистісних відносинах, а також на їх почасти пасивну позицію в ситуаціях вибору.

Психокорекційна робота з такими пацієнтами фокусувалася на розвитку навичок їх асертивності, роботі з межами (вербальними, поведінковими, тілесними тощо), а також на реструктуруванні хибних переконань на кшталт «я повинна догоджати». Нами використовувались декілька окремих психокорекційних технік: техніка ролей, ситуаційні репетиції, карта «непогоджених реакцій», рефреймінг ідентичності тощо. Практики усвідомленого харчування у пацієнтів з РНП з преморбідним ситуативним типом переїдання поступово стають для них інструментом повернення суб'єктивного контролю.

Мультифокусна корекція при змішаному типі переїдання. Пацієнти з РНП зі змішаними проявами або нестабільним типом переїдання, а таких в нашому дослідженні було 1/3 від загальної кількості обстежених осіб, потребували ширшого спектру інтервенцій. Вони демонстрували одночасно ознаки афективної неусталеності, імпульсивності та поведінкової залежності. Психокорекція в цьому випадку мала будуватися на ретельному картуванні особистісної структури, гнучкому чергуванні акцентів, а також на поєднанні когнітивних, афективних і поведінкових модулів втручання. Особливо важливою для таких пацієнтів є роль психоосвіти, що методично допомагає їм сформувати внутрішню модель розладу як патерну, який можливо змінити за допомогою структурованої терапевтичної взаємодії.

Отже, типологізація переїдання дозволяє не лише більш точно формулювати діагноз РНП з урахуванням преморбідних психосоціальних особливостей харчової поведінки, але й моделювати ефективну на цій основі ефективну психокорекцію. Індивідуалізація втручання залежно від типу порушення харчової поведінки підвищує комплаєнтність пацієнтів з РНП, забезпечує їм емоційно безпечне середовище для змін та сприяє поступовому формуванню нових стратегій адаптації. В свою чергу, диференційований підхід до психотерапевтичної взаємодії виступає основою сучасної персоніфікованої допомоги в медичній психології.

Як показано в наступних підрозділах дисертаційного дослідження, ефективність програми була оцінена за змінами психометричних показників до та після втручання, а також за допомогою напівструктурованих інтерв'ю. У 78,4% пацієнтів основної групи спостерігалось зниження рівня компульсивності за BES, в 65% – покращення EQ, в 82% – зменшення афективного дистресу за HADS. Додатково, через 3 місяці після завершення програми 69% учасників зберегли стабільні результати без рецидиву переїдання.

Ми вважаємо, що на основі результатів апробації запропонована програма може бути масштабована для застосування у групових форматах, а також у

телемедичній формі з частковим використанням цифрових інструментів саморегуляції. Перспективною, на нашу думку, є інтеграція окремих модулів у структуру реабілітаційних програм для пацієнтів з метаболічним синдромом, хронічним боєм та постстресовими порушеннями.

Таким чином, запропонована програма персоніфікованої психосоціальної корекції демонструє високу ефективність у подоланні ключових механізмів дезадаптації при РНП, а її гнучка структура дозволяє адаптувати її під індивідуальні потреби пацієнта, підвищуючи рівень терапевтичного альянсу та довготривалих результатів.

5.2. Оцінка ефективності розроблених методів персоніфікованої психосоціальної корекції.

Дорандомізаційний етап (T0). Між групою дослідження та групою порівняння не було виявлено статистично значущих відмінностей у соціально-демографічних та клінічних характеристиках на дорандомізаційному етапі (T0), що дозволяє говорити про їхню однорідність (див. **Таблиця 51**).

Таблиця 51. Соціально-демографічні та клінічні характеристики обох груп на етапі T0.

Показник	Група дослідження (n=84)	Група порівняння (n=79)	p
Сімейний стан			
Одружений	28 (33.33 %)	31 (39.24 %)	0.433
Неодружений	56 (66.67 %)	48 (60.76 %)	
Освіта			
Середня	32 (38.10 %)	27 (34.18 %)	0.603
Вища	52 (61.90 %)	52 (65.82 %)	
Місце проживання			
Місто	67 (79.76 %)	62 (78.48 %)	0.841

Сільська місцевість	17 (20.24 %)	17 (21.52 %)	
Стать			
Жінка	50 (59.52 %)	48 (60.76 %)	0.872
Чоловік	34 (40.48 %)	31 (39.24 %)	
Вік	36 (23 – 44.3)	37 (26 – 42)	0.815
Зріст	170.7 ± 7.28	172.3 ± 10.14	0.261
Вага	80.3 (70.1 – 92.6)	86.4 (68.6 – 96.7)	0.347
ІМТ	27.8 (25.2 – 30.1)	28.4 (25.1 – 30.1)	0.827
Норма	18 (21.43 %)	19 (24.05 %)	0.923
Передожиріння	42 (50.00 %)	38 (48.10 %)	
Ожиріння І ст.	24 (28.57 %)	22 (27.85 %)	
Ступінь тяжкості переїдання			
Легкий	18 (21.43 %)	21 (26.58 %)	0.529
Помірний	26 (30.95 %)	28 (35.44 %)	
Тяжкий	37 (44.05 %)	26 (32.91 %)	
Дуже тяжкий	3 (3.57 %)	4 (5.06 %)	
Супутні соматичні захв.			
Присутні	31 (36.90 %)	36 (45.57 %)	0.529
Немає даних	53 (63.10 %)	43 (54.43 %)	

Це свідчить про те, що базові характеристики, такі як вік, стать, рівень освіти, сімейний статус та клінічні особливості, були розподілені між групами практично рівномірно.

Так само, не було виявлено різниці в психоемоційних особливостях переїдання до початку розладу (див. **Таблиця 52**).

Таблиця 52. Особливості психоемоційного типу переїдання, залежно від групи.

Показник	Група дослідження	Група порівняння	p
	(n=84)	(n=79)	

Тип непатологічного переїдання до виникнення розладу			
Емоційний	62 (73.8 %)	57 (72.2 %)	0.812
Компульсивний	9 (10.7 %)	15 (19.0 %)	0.136
Ситуативний	40 (47.6 %)	36 (45.6 %)	0.793
Кількість типів переїдання у одного пацієнта з РНП			
Один	59 (70.2 %)	55 (69.6 %)	0.437
Два	23 (27.4 %)	19 (24.1 %)	
Емоційно-компульсивний	3 (3.6 %)	5 (6.3 %)	0.493
Емоційно-ситуативний	20 (23.8 %)	14 (17.7 %)	
Три	2 (2.4 %)	5 (6.3 %)	

Так само, на дорандомізаційному етапі (T0) не було виявлено статистично значущої різниці між групою дослідження та групою порівняння й у психометричних показниках, що може свідчити про однорідність їх патопсихологічних профілів до початку втручання (див. **Таблиця 53**).

Таблиця 53. Психометричні показники обох груп на етапі T0.

Показник	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
BES	24.45 ± 9.74	23.24 ± 9.70	0.796	0.427
Легкий	19 (22.62 %)	23 (29.11 %)	0.976	0.614
Середній	33 (39.29 %)	27 (34.18 %)		
Тяжкий	32 (38.10 %)	29 (36.71 %)		
HADS-A	11 (7 – 13)	10 (7 – 12)	3751.0	0.148
Відсутня або мінімальна	26 (30.95 %)	27 (34.18 %)	1.73	0.421
Субклінічна	9 (10.71 %)	13 (16.46 %)		
Клінічно виражена	49 (58.33 %)	39 (49.37 %)		
HADS-D	10.5 (6 – 12)	9 (5 – 11)	3730.5	0.167
Відсутня або мінімальна	32 (38.10 %)	36 (45.57 %)	14.93	0.383

Субклінічна	10 (11.90 %)	8 (10.13 %)		
Клінічно виражена	42 (50.00 %)	35 (44.30 %)		
TAS	64.38 ± 9.10	64.70 ± 9.62	-0.215	0.830
Відсутність алекситимії	5 (5.95 %)	5 (6.33 %)	0.084	0.959
Ймовірна алекситимія	24 (28.57 %)	21 (26.58 %)		
Наявність алекситимії	55 (65.48 %)	53 (67.09 %)		
Тест Гола	47 (41 – 59.5)	47 (42 – 62)	3185.5	0.661
Низький рівень	17 (20.24 %)	13 (16.46 %)	0.474	0.789
Середній рівень	59 (70.24 %)	57 (72.15 %)		
Високий рівень	8 (9.52 %)	9 (11.39 %)		
Загальний бал CQLS	63.36 ± 11.40	64.06 ± 12.02	-0.385	0.701
Дуже низький	24 (28.6 %)	21 (26.6 %)	0.923	0.921
Низький	26 (31.0 %)	25 (31.6 %)		
Середній	22 (26.2 %)	18 (22.8 %)		
Високий	8 (9.5 %)	9 (11.4 %)		
Дуже високий	4 (4.8 %)	6 (7.6 %)		

Така однорідність забезпечує належну внутрішню валідність дослідження, адже зменшує можливість того, що початкові відмінності могли вплинути на результати подальших вимірювань або вплив інтервенцій. Відсутність статистично значущих розбіжностей між групами також свідчить про успішність застосування методу простої рандомізації, що є важливим аспектом для подальшого порівняльного аналізу ефектів досліджуваних змін, оскільки будь-які спостережувані відмінності після втручання можна з більшою впевненістю пов'язати з впливом самого втручання, а не з первинними характеристиками учасників.

Етап завершення стаціонарного лікування та виписки (Т1). По завершенню стаціонарного лікування було виявлено статистично значущі

відмінності між двома групами у ступені тяжкості переїдання, оціненому за BES, проте не виявлено різниці у змінах симптомів РХП (див. **Таблиця 54**).

Таблиця 54. Показники тяжкості переїдання обох груп на етапі Т1.

Показник	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
BES	12.16 ± 5.08	16.56 ± 7.21	4.47	<0.001
Легкий або відсутній	68 (81 %)	48 (60.8 %)	14.20	<0.001
Середній	13 (15.5 %)	23 (29.1 %)		
Тяжкий	0 (0 %)	8 (10.1 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		
CHEDS	46.22 ± 17.79	49.68 ± 16.58	-1.27	0.205
РХП наявний	14 (17.3 %)	16 (20.3 %)	0.231	0.630
РХП відсутній	67 (82.7 %)	63 (79.7 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		

Враховуючи те, що на момент завершення стаціонарного лікування в обох групах більшість пацієнтів не мали достатньої кількості симптомів для того, щоб говорити про РХП в цілому, то можна говорити, що загалом стаціонарне лікування виявилось ефективним щодо симптомів розладів харчової поведінки, в тому числі можливих коморбідностей до розладу нападоподібного переїдання. Разом з тим, кращі показники щодо ступеню тяжкості нападоподібного переїдання у групи дослідження дозволяють говорити про можливу ефективність персоналізованої психокорекції у зменшенні проявів саме розладу нападоподібного переїдання.

Проте відсутність значущих змін у симптомах РХП може вказувати на те, що окремі аспекти розладів харчової поведінки залишилися менш чутливими до використаних методик лікування або потребують додаткової уваги.

Також було виявлено зміни ступеню тривоги та депресії, оцінених за шкалою HADS. Так, в обох групах спостерігалось зменшення ступеню тяжкості

обох станів, причому показники групи дослідження статистично значущо відрізнялися від показників групи порівняння (див. **Таблиця 55**).

Таблиця 55. Показники тяжкості тривоги та депресії обох груп на етапі Т1.

Показник психоемоційного стану	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Тривога (HADS-A)	6 (4 – 7)	8 (5 – 9)	2276.5	0.002
Відсутня або мінімальна	64 (76.2 %)	37 (46.8 %)	18.41	<0.001
Субклінічна	14 (16.7 %)	30 (38.0 %)		
Клінічно виражена	3 (3.6 %)	12 (15.2 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		
Депресія (HADS-D)	6 (3 – 7)	7 (4 – 9)	2549.0	0.026
Відсутня або мінімальна	70 (83.3 %)	40 (50.6 %)	23.99	<0.001
Субклінічна	8 (9.5 %)	31 (39.2 %)		
Клінічно виражена	3 (3.6 %)	8 (10.1 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		

Таким чином, персоніфікована програма психокорекції може мати переваги над стандартним лікуванням у зменшенні тривожно-депресивних станів.

Також було виявлено незначну, проте статистично значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння у кількісній оцінці рівня алекситимії, оціненої за допомогою TAS, проте не виявлено значущої різниці у оцінці розподілу пацієнтів обох груп за категорійною ознакою (див. **Таблиця 56**)

Таблиця 56. Показники рівня алекситимії обох груп на етапі Т1.

Показник алекситимії	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
TAS	60.67 ± 9.31	64.29 ± 9.55	2.43	0.016
Відсутність алекситимії	17 (20.2 %)	8 (10.1 %)	6.83	0.078
Ймовірна алекситимія	23 (27.4 %)	22 (27.8 %)		

Наявність алекситимії	41 (48.8 %)	49 (62 %)
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)

Цей результат свідчить про те, що, незважаючи на незначну різницю у середніх балах алекситимії, визначених за допомогою шкали TAS, розподіл пацієнтів за категоріями наявності та відсутності алекситимії залишається подібним в обох групах. Це може свідчити про те, що розроблена програма психокорекції та стандартні методи лікування мають подібну ефективність у зменшенні рівня алекситимії.

Було виявлено, що по завершенню стаціонарного лікування кількісні та якісні показники рівню емоційного інтелекту були статистично значущо вищими в групі дослідження, ніж в групі порівняння, що може свідчити на користь персоніфікованої програми психокорекції над стандартними методами лікування (див. **Таблиця 57**).

Таблиця 57. Показники емоційного інтелекту обох груп на етапі Т1.

Показник EQ	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Тест Гола	56 (47.5 – 70)	46 (38 – 59)	4304.0	<0.001
Низький рівень	8 (9.5 %)	21 (26.6 %)	10.69	0.005
Середній рівень	52 (61.9 %)	49 (62.0 %)		
Високий рівень	21 (25.0 %)	9 (11.4 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		

Різниця спостерігалась і в суб'єктивній оцінці рівня якості життя по завершенню стаціонарного лікування. Так, група дослідження мало значно вищі кількісні та якісні показники, ніж група порівняння (див. **Таблиця 58**).

Таблиця 58. Показники якості життя обох груп на етапі T1.

Показник якості життя	Група		$t/U/\chi^2$	p
	дослідження	порівняння		
Загальний бал CQLS	91 (78.5 – 100)	76 (64 – 98)	4712.0	<0.001
Дуже низький	1 (1.2 %)	9 (11.4 %)	24.11	<0.001
Низький	4 (4.8 %)	12 (15.2 %)		
Середній	10 (11.9 %)	18 (22.8 %)		
Високий	9 (10.7 %)	13 (16.5 %)		
Дуже високий	57 (67.9 %)	27 (34.2 %)		
Невідомо	3 (3.6 %)	0 (0 %)		

Таким чином, в обох групах спостерігалось покращення усіх психометричних показників, що може свідчити про те, що і персоніфікована психологічна корекція, і стандартне лікування мають позитивний вплив на психічне здоров'я осіб з розладом нападopodobного переїдання, проте персоніфікована психологічна корекція має дещо вищий позитивний ефект. Це підтверджується як кількісними, так і якісними змінами у психометричних даних. Покращення показників свідчить про те, що обидва застосовувані терапевтичні підходи сприяють зниженню рівня депресії, тривоги та алекситимії, а також покращують загальну якість життя пацієнтів. Водночас, більш виражений позитивний ефект у групі, що отримувала персоніфіковану психологічну корекцію, свідчить про важливість індивідуального підходу, який враховує специфічні потреби кожного пацієнта та психосоціальний тип переїдання.

Перша follow-up зустріч (T2). Через три місяці після виписки зі стаціонару пацієнтів було запрошено на першу follow-up зустріч (T2), під час якої було проведено психодіагностичне оцінювання за допомогою BES, HADS, TAS, CQLS та тесту Гола. Цей етап дослідження дозволив отримати комплексну інформацію про подальшу динаміку психоемоційного стану пацієнтів після первинного лікування.

Так, через три місяці зберігалась статистично значуща різниця між групою дослідження та групою порівняння у кількісній та якісній вираженості тяжкості переїдання, оцінених за допомогою BES (див. **Таблиця 59**).

Таблиця 59. Вираженість симптомів переїдання в обох групах на етапі T2.

	Група		$t/U/\chi^2$	p
	дослідження	порівняння		
BES	11.63 ± 5.16	15.73 ± 7.23	-4.06	0.008
Легкий	67 (79.8 %)	46 (58.2 %)	14.33	0.002
Середній	12 (14.3 %)	21 (26.6 %)		
Тяжкий	0 (0 %)	8 (10.1%)		
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)		

Так само зберігалась і статистично значуща різниця в рівнях вираженості тривоги та депресії між групою дослідження та групою порівняння, оцінено кількісно та якісно за допомогою HADS (див. **Таблиця 60**).

Таблиця 60. Вираженість тривоги та депресії в обох групах на етапі T2.

	Група		$t/U/\chi^2$	p
	дослідження	порівняння		
Тривога (HADS-A)	5 (3 – 7)	7 (4 – 9)	2125.0	0.002
Відсутня або мінімальна	65 (77.4 %)	41 (51.9 %)	14.43	0.002
Субклінічна	12 (14.3 %)	25 (31.6 %)		
Клінічно виражена	2 (2.4 %)	9 (11.4 %)		
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)		
Депресія (HADS-D)	5 (3 – 6)	7 (3 – 8)	2378.0	0.034
Відсутня або мінімальна	70 (83.3 %)	46 (58.2 %)	15.98	0.001
Субклінічна	8 (9.5 %)	22 (27.8 %)		
Клінічно виражена	1 (1.2 %)	7 (8.9 %)		
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)		

Отримані результати свідчать про стійкість терапевтичного ефекту персоніфікованої програми психокорекції, що дозволяє зробити висновок про її вищу ефективність у зниженні рівнів тривоги та депресії порівняно зі стандартними методами лікування.

Різниця у вираженості алекситимії була незначущою й через 90 днів після виписки, більше того, розподіл кількісних та якісних показників став дуже подібним в обох груп (див. **Таблиця 61**).

Таблиця 61. Вираженість алекситимії в обох групах на етапі T2.

	Група		t/U/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Алекситимія (TAS)	59.37 $\pm$ 8.83	61.84 $\pm$ 9.99	-1.63	0.296
Відсутність	14 (16.7 %)	13 (16.5 %)	0.295	0.961
Ймовірна	30 (35.7 %)	26 (32.9 %)		
Наявна	35 (41.7 %)	36 (45.6 %)		
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)		

Отримані результати свідчать, що як персоніфікована, так і стандартна програма лікування не забезпечили статистично значущих змін у рівні алекситимії, виміряній за допомогою TAS. Стабільність цього показника може свідчити про стійкість алекситимічних особливостей у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання, що може відображати її як генетичну, так і біологічну природу, менш піддатливу до змін під впливом загальних терапевтичних заходів.

На противагу, зберігалась статистично значуща різниця у рівень емоційного інтелекту (див. **Таблиця 62**).

Таблиця 62. Рівень емоційного інтелекту в обох групах на етапі T2.

Показник EQ	Група		$t/U/\chi^2$	p
	дослідження	порівняння		
Тест Гола	54 (46 – 67)	43 (35 – 56)	4037.0	<0.001
Низький рівень	10 (11.9 %)	28 (35.4 %)	15.59	0.001
Середній рівень	51 (60.7 %)	41 (51.9 %)		
Високий рівень	18 (21.4 %)	6 (7.6 %)		
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)		

Пацієнти з групи дослідження демонстрували середньо-високі показники емоційного інтелекту, що свідчить про їх здатність ефективно розпізнавати, аналізувати та регулювати власні емоційні стани. У свою чергу, учасники групи порівняння характеризувалися середньо-низькими рівнями цього показника, що може свідчити про менш розвинені механізми емоційної саморегуляції.

Спостерігалось певне падіння кількісних показників якості життя в обох групах, що може бути проявом регресії до середнього. Незважаючи на це, статистично значуща різниця між групою дослідження та групою порівняння зберігалася. Більшість учасників групи дослідження, понад 50 %, категорійно оцінили свою якість життя як дуже високу. У той же час, розподіл суб'єктивних категорійних оцінок у групі порівняння був більш рівномірним (див. **Таблиця 63**).

Таблиця 63. Суб'єктивна оцінка якості життя в обох групах на етапі T2.

Показник якості життя	Група		$t/U/\chi^2$	p
	дослідження	порівняння		
Загальний бал CQLS	86 (75 – 96)	75 (62 – 84)	4109.5	<0.001
Дуже низький	5 (6.0 %)	7 (8.9 %)	14.26	0.014
Низький	6 (7.1 %)	16 (20.3 %)		
Середній	9 (10.7 %)	16 (20.3 %)		
Високий	12 (14.3 %)	12 (15.2 %)		

Дуже високий	47 (56.0 %)	24 (30.4 %)
Невідомо	5 (6.0 %)	4 (5.1 %)

Показники якості життя в групі дослідження було надзвичайно високими, що можна інтерпретувати як позитивний ефект персоніфікованої програми психокорекції. Разом з тим, високі показники в групі дослідження можуть бути обумовлені не лише ефективністю персоніфікованої програми психокорекції, але й низкою інших факторів. По-перше, можливий вплив ефекту плацебо, адже засліплення учасників не відбувалось. По-друге, не виключено вплив ефекту Готорна, коли підвищена увага та індивідуальна підтримка з боку дослідницької команди можуть стимулювати учасників до позитивнішої самооцінки якості життя незалежно від об'єктивних змін. По-третє, суб'єктивна самооцінка могла бути викривлена через соціальну бажаність відповідей з огляду на очікування результатів персоніфікованої психокорекції.

Таким чином, в обох групах на етапі T1 спостерігалась регресія до середнього, що цілком очікувано через 90 днів після виписки та інтенсивної взаємодії з дослідником. Цей ефект може бути обумовлений адаптаційними процесами, що відбуваються у пацієнтів у період переходу від стаціонарного до амбулаторного лікування, а також впливом часу на стабілізацію первинних результатів. Разом з тим, зберігалася статистично значуща різниця між групою дослідження та групою порівняння, що свідчить на користь застосування персоніфікованої психокорекції. Незважаючи на загальну тенденцію до регресії, індивідуалізований підхід дозволив досягти більш стійкого позитивного ефекту, що підтверджується як кількісними, так і якісними показниками.

Друга follow-up зустріч (T3). Друга follow-up зустріч (T3) відбулася приблизно через 90 днів після першої зустрічі та через 120 днів після виписки зі стаціонару. Аналіз отриманих даних показав, що для усіх шкал спостерігалась подальша регресія до середнього, що свідчить про тенденцію до стабілізації

результатів. Проте суттєвих відмінностей між показниками на етапах Т2 та Т3 виявлено не було.

Зберігалася статистично значуща різниця у тяжкості переїдання, оціненій за допомогою BES. При цьому переважна більшість пацієнтів у групі дослідження (75 %) демонстрували нижчий рівень симптоматики, тоді як лише 52 % учасників групи порівняння потрапляли до категорії з менш вираженою симптоматикою (див. **Таблиця 64**).

Таблиця 64. Вираженість симптомів переїдання в обох групах на етапі Т3.

	Група		t/W/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
BES	11.21 ± 5.21	15.11 ± 7.50	-3.56	0.004
Легкий	63 (75.0 %)	41 (51.9 %)	13.24	0.004
Середній	9 (10.7 %)	19 (24.1 %)		
Тяжкий	0 (0 %)	5 (6.3 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		

Отримані дані свідчать про стабільну перевагу персоніфікованої психокорекції, яка забезпечує більш ефективне зниження рівня переїдання, порівняно зі стандартними методами лікування.

Подібні результати спостерігалися і щодо рівнів тривоги та депресії. При цьому, незважаючи на те, що точкова оцінка свідчить про клінічно значущі відмінності між групами, статистично значущої різниці за рівнем вираженості депресії на етапі Т3 не було виявлено (див. **Таблиця 65**).

Таблиця 65. Вираженість тривожності та депресивності в обох групах на етапі Т3.

Показник емоційного стану	Група		t/W/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Тривога (HADS-A)	5 (3 – 6.75)	7 (4 – 8)	1708.0	0.006

Відсутня або мінімальна	64 (76.2 %)	44 (55.4 %)	10.96	0.012
Субклінічна	7 (8.3 %)	13 (16.5 %)		
Клінічно виражена	1 (1.2 %)	8 (10.1 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		
Депресія (HADS-D)	4 (2 – 5.75)	6 (2 – 8)	1929.5	0.075
Відсутня або мінімальна	66 (78.6 %)	45 (57.0 %)	11.65	0.009
Субклінічна	5 (6.0 %)	15 (19.0 %)		
Клінічно виражена	1 (1.2 %)	5 (6.3 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		

На нашу думку, це може бути обумовлено тим, що значна кількість учасників, які вибули з дослідження, зробили це після етапу Т2. Така втрата учасників, ймовірно, вплинула на розподіл даних та призвела до суттєвого перетину міжквартильних розмахів, що, у свою чергу, зменшило статистичну потужність аналізу для виявлення різниці між групами. Крім того, можливий вплив природних адаптаційних процесів та змін в інтенсивності терапевтичного впливу у довгостроковій перспективі також може пояснювати зменшення вираженості відмінностей. Отже, відсутність статистично значущої різниці між групами за рівнем депресії на етапі Т3 свідчить не стільки про неефективність персоніфікованої психокорекції, скільки про методологічні особливості дослідження та вплив втрат вибірки, які слід враховувати при подальшій інтерпретації результатів.

Таблиця 66 демонструє, що на етапі Т3 рівень алекситимії, як виміряно за шкалою TAS, не відрізняється статистично значущо між групою дослідження та групою порівняння.

Таблиця 66. Вираженість алекситимії в обох групах на етапі Т3.

Група		$t/W/\chi^2$	p
дослідження	порівняння		

Алекситимія (TAS)	59.21 ± 9.49	61.69 ± 10.64	-1.44	0.228
Відсутність	14 (16.7 %)	13 (16.5 %)	0.662	0.882
Ймовірна	23 (27.4 %)	18 (22.8 %)		
Наявна	35 (41.7 %)	34 (43.0 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		

Середні значення TAS, а також розподіл пацієнтів за категоріями є дуже подібними у обох групах, що вже спостерігалось на етапі Т2. Це свідчить про те, що алекситимічні особливості у пацієнтів залишаються стабільними протягом тривалого часу незалежно від застосованої терапевтичної стратегії, що може вказувати на їх стійкість та меншу піддатливість до змін під впливом лікування.

Через 180 днів після виписки зі стаціонару учасники, які отримали персоніфіковану психокорекцію, демонструють вищий рівень емоційного інтелекту порівняно з контрольною групою. Це може свідчити про довгостроковий позитивний вплив індивідуалізованої терапії на здатність розпізнавати, аналізувати та регулювати емоції, що сприяє адаптації та ефективному подоланню стресових ситуацій. (див. **Таблиця 67**).

Таблиця 67. Емоційний інтелект в обох групах на етапі Т3.

Показник EQ	Група		t/W/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Тест Гола	53 (41 – 64.5)	42 (32.5 – 54)	3134.0	<0.001
Низький рівень	12 (14.3 %)	27 (34.2 %)	14.39	0.002
Середній рівень	46 (54.8 %)	35 (44.3 %)		
Високий рівень	14 (16.7 %)	3 (3.8 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		

Також через 180 днів суб'єктивна оцінка якості життя залишається значно вищою у групі дослідження порівняно з контрольною, що підтверджує сталість

відмінностей, виявлених на етапі T2. Пацієнти, що отримали персоніфіковану психокорекцію, демонструють значно кращі показники за загальним балом CQLS та частіше класифікують свою якість життя як дуже високу, що свідчить про стійкість цих результатів (див. **Таблиця 68**).

Таблиця 68. Суб'єктивна оцінка якості життя в обох групах на етапі T3.

Показник якості життя	Група		t/W/ χ^2	p
	дослідження	порівняння		
Загальний бал CQLS	87 (76.3 – 96)	76 (63 – 84)	3415.0	<0.001
Дуже низький	1 (1.2 %)	8 (10.1 %)	18.05	0.003
Низький	7 (8.3 %)	11 (13.9 %)		
Середній	9 (10.7 %)	13 (16.5 %)		
Високий	9 (10.7 %)	13 (16.5 %)		
Дуже високий	46 (54.8 %)	20 (25.3 %)		
Невідомо	12 (14.3 %)	14 (17.7 %)		

Окрім попарних порівнянь на кожній часовій точці, було використано дисперсійний аналіз повторних вимірювань, щоб оцінити, чи є різниця між двома групами у лінійному тренді тяжкості переїдання за BES протягом часу.

Отримані результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу BES свідчать про значущий вплив як групового фактору ($p=0.039$), так і часу ($p<0.001$) на зміну симптоматики переїдання. Крім того, значуща взаємодія "група*час" ($p<0.001$) вказує на те, що динаміка змін балу BES протягом періоду спостереження відрізняється між дослідницькою та контрольною групами. Ці дані підтверджують, що персоніфікована психокорекція могла впливати на траєкторію змін симптомів (див. **Таблиця 69**).

Таблиця 69. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу BES.

	SS	ESS	F	p	HF ϵ	p(>F[HF])
Інтерсепт	144140	27054.4	719.2514	<0.001		
Група	863	27054.4	4.3077	0.039		
Час	10485	1944.2	728.0461	<0.001	0.368	<0.001
Група * Час	848	1944.2	58.9159	<0.001	0.367	<0.001

Візуальна оцінка виявила, що найбільші зміни в обох групах з'явилися на етапі T1, тобто по завершенню стаціонарного лікування, й надалі змінювались несуттєво. Група дослідження протягом всього часу показувала в середньому кращі результати, ніж група порівняння, що говорить про ефективність персоніфікованої психокорекції та про сталість її ефекту протягом тривалого часу. При цьому, з моменту T1 до T3 в обох групах спостерігався, хоч і незначний, проте лінійний тренд в сторону подальшого зменшення середнього балу BES, що може свідчити про те, що ефект проведеного лікування не лише зберігався, а й протягом півроку поступово збільшувався. Відсутність перетину довірчих інтервалів також свідчив на користь значущості різниці в ефекті між групою дослідження та групою порівняння (див. **Рисунок 29**).

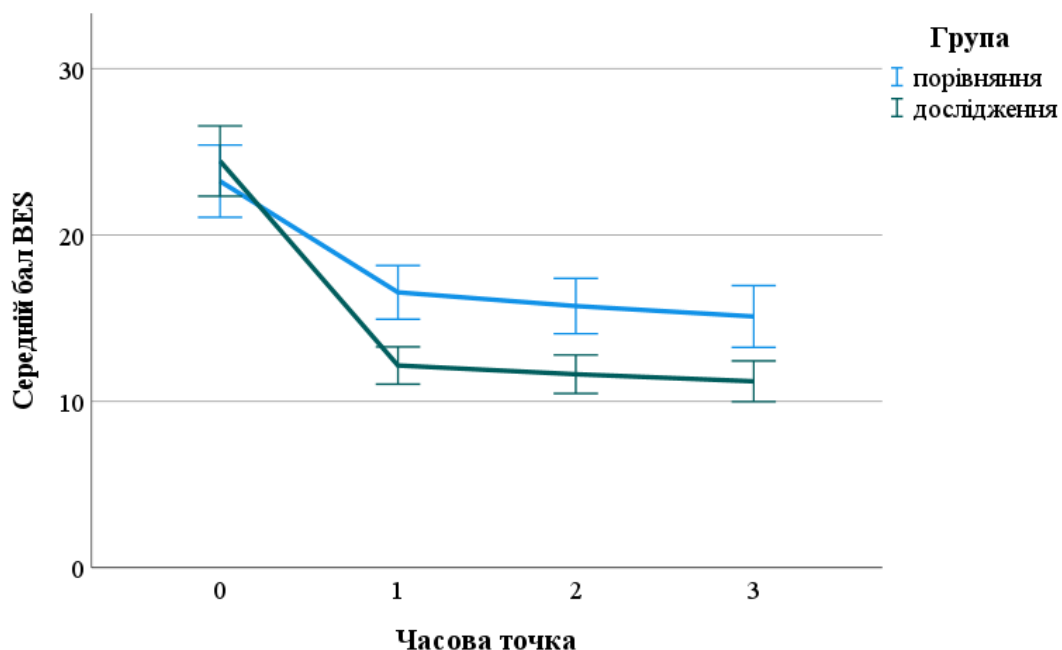


Рисунок 29. Динаміка тяжкості переїдання протягом участі в дослідженні (вуса – 95% ДІ).

Також було побудовано лінійні регресійні моделі зі змішаними ефектами для аналізу різниці в зміні BES протягом часу між групою дослідження та групою контролю з урахуванням дисперсії в межах одного пацієнта. До моделі також додавалися різні коваріати й кофактори. Моделі з випадковими нахилами не сходились, тому було обрано моделювання лише з випадковим інтерсептом. Моделі порівнювались за критерієм Акаїке. Також кількість коваріат та кофакторів балансувалась, щоб уникнути перенавчання. Фінальна модель включала в себе групу, час та їх взаємодію, психосоціальні типи переїдання, вік, ІМТ, та стать. Ці ж незалежні змінні були в подальшому використані з усіма психометричними залежними змінними.

Результати регресійного аналізу свідчать, що час спричиняє значне зниження балу BES в обох групах, проте ефект часу різниться між групами, що вказує на різні траєкторії динаміки симптомів у дослідницькій та контрольній групах. Так, в групі порівняння показники з часом значуще збільшувались порівняно з групою дослідження. Це свідчить про більший ефект

персоніфікованої психокорекції з плином часу. Водночас, підвищений ІМТ та жіноча стать асоціюються з тяжчим переїданням, що підкреслює роль клінічних характеристик пацієнтів. Значущою виявилась також ситуаційна компонента, наявність якої зменшувала тяжкість переїдання, тоді як наявність компульсивного та емоційного типів переїдання не вплинула на результати. Отже, модель демонструє комплексний вплив як часових, так і індивідуальних чинників на прояви розладу нападоподібного переїдання (див. **Таблиця 70**).

Таблиця 70. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом BES як залежною змінною.

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	-45.79	3.53	-12.96	<0.001	-52.73	-38.85
Група [порівняння]	0.21	0.70	0.30	0.763	-1.16	1.58
Час	-4.17	0.27	-15.61	<0.001	-4.70	-3.65
Група [порівняння] * Час	1.52	0.39	3.95	<0.001	0.77	2.28
Комп.переїдання [Hi]	0.87	0.64	1.36	0.174	-0.38	2.11
Емоц.переїдання [Hi]	-0.62	0.54	-1.16	0.246	-1.68	0.43
Сит.переїдання [Hi]	1.67	0.49	3.43	0.001	0.71	2.63
Вік	-0.01	0.02	-0.51	0.608	-0.05	0.03
ІМТ	2.35	0.11	21.60	<0.001	2.13	2.56
Стать [Жіноча]	1.91	0.60	3.15	0.002	0.72	3.10

Результати дисперсійного аналізу тривожності свідчать, що основний вплив на рівень тривоги зумовлюється часовими змінами, що підтверджується високою статистичною значущістю фактора часу ($p < 0.001$). Базова різниця між групами не є визначальною, проте значуща взаємодія "група*час" вказує на різні траєкторії розвитку тривожності протягом спостереження (див. **Таблиця 71**).

Таблиця 71. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу HADS-A.

	SS	ESS	F	p	HF ε	p(>F[HF])
Інтерсепт	26295.7	5791.0	613.0027	<0.001		
Група	100.7	5791.0	2.3474	0.128		
Час	1756.8	294.5	805.2387	<0.001	0.442	<0.001
Група * Час	161.6	294.5	74.0585	<0.001	0.442	<0.001

За результатами візуальної оцінки, найбільш виразні зміни у тривозі відзначались на етапі T1, тобто після завершення стаціонарного лікування, і зберігалися протягом наступних трьох місяців. Група дослідження постійно демонструвала кращі показники порівняно з контрольною, що свідчить про ефективність персоніфікованої психокорекції. Крім того, між T1 та T2 в обох групах спостерігався невеликий, але стабільний спад середнього балу HADS-A, що може вказувати на поступове посилення терапевтичного ефекту протягом трьох місяців. Надалі ефект в обох групах стабілізувався (див. **Рисунок 30**).

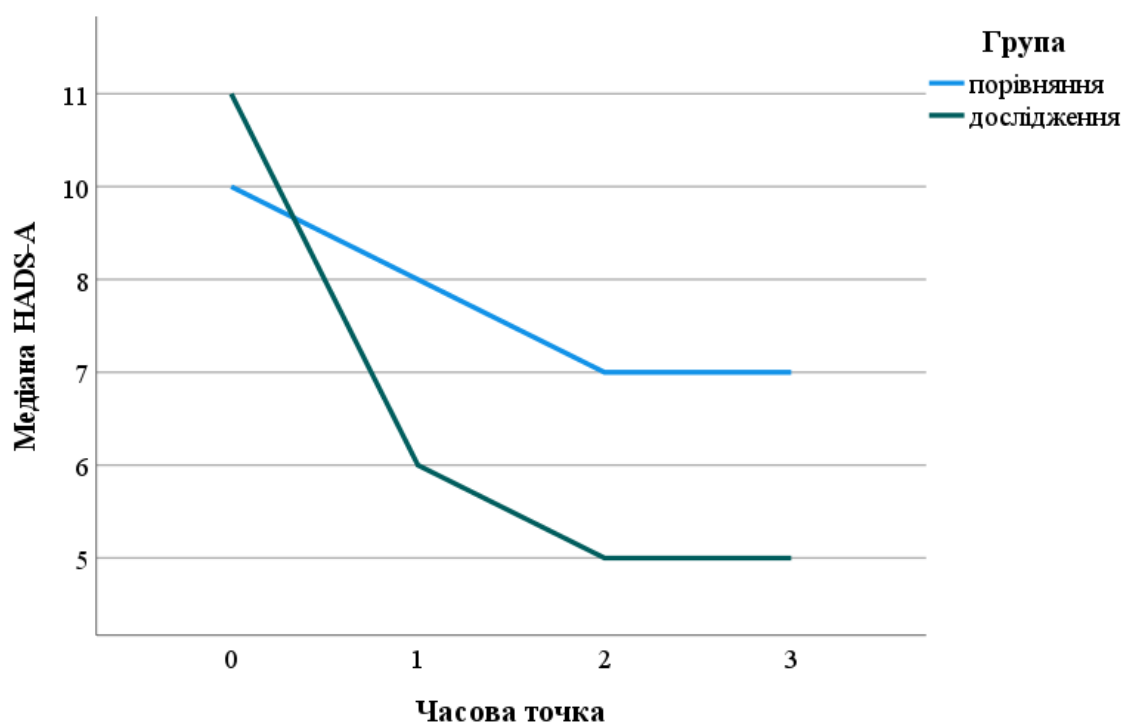


Рисунок 30. Динаміка тривожності протягом участі в дослідженні.

При регресійному аналізі динаміки тривожних симптомів було встановлено, що з плином часу показник тривожності знижується, однак взаємодія групи та часу вказує на різні траєкторії змін між дослідницькою та контрольною групами. Наявність компульсивного переїдання асоціюється з підвищенням рівня тривоги, тоді як відсутність емоційного переїдання сприяє її зниженню. Водночас підвищений ІМТ та жіноча стать так само демонструють прямий вплив на бал HADS-A, що вказує на їх потенційну роль у формуванні тривожності. Ці результати розкривають комплексний вплив як часових, так і індивідуальних клінічних чинників на симптоматику тривожності (див. **Таблиця 72**).

Таблиця 72. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом HADS-A як залежною змінною.

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	-16.28	1.93	-8.45	<0.001	-20.07	-12.50
Група [порівняння]	-0.24	0.38	-0.62	0.536	-0.99	0.51
Час	-1.83	0.15	-12.57	<0.001	-2.12	-1.55
Група [порівняння] * Час	0.70	0.21	3.34	0.001	0.29	1.12
Комп.переїдання [Ні]	1.22	0.35	3.52	<0.001	0.54	1.90
Емоц.переїдання [Ні]	-0.59	0.29	-2.02	0.043	-1.17	-0.02
Сит.переїдання [Ні]	0.13	0.27	0.49	0.622	-0.39	0.65
Вік	-0.02	0.01	-1.54	0.123	-0.04	0.00
ІМТ	0.89	0.06	14.94	<0.001	0.77	1.00
Стать [Жіноча]	1.29	0.33	3.91	<0.001	0.64	1.94

Результати дисперсійного аналізу депресії свідчать, що основним чинником у зміні рівня депресивних симптомів є час, що демонструє значне зниження балів HADS-D з плином спостереження ($p < 0.001$). Крім того, статистично значуща взаємодія «група*час» ($p < 0.001$) вказує на різний темп змін у дослідницькій та

контрольною групах, тоді як окремих ефект групової приналежності не є значущим ($p=0.389$). Значення HF є підтверджують стабільність часових ефектів. Таким чином, групові відмінності проявляються через різну швидкість покращення симптоматики (див. **Таблиця 73**).

Таблиця 73. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу HADS-D.

	SS	ESS	F	p	HF ϵ	p(>F[HF])
Інтерсепт	20305.4	6279.6	436.5335	<0.001		
Група	35.5	6279.6	0.7632	0.389		
Час	1415.7	291.3	656.0280	<0.001	0.443	<0.001
Група * Час	120.3	291.3	55.7455	<0.001	0.443	<0.001

Динаміка депресивних симптомів відрізнялася від тенденцій, що спостерігались у показниках тривожності. Найбільші покращення в депресивності були зафіксовані на етапі T1 (безпосередньо після стаціонарного лікування) та стабільно підтримувались протягом наступних трьох місяців. У групі дослідження результати постійно перевищували результати групи порівняння, що підтверджує ефективність персоніфікованої психокорекції. Крім того, у групі дослідження між T1 та T3 відзначався постійний спад середнього значення HADS-D, що свідчить про посилення терапевтичного ефекту, тоді як у групі порівняння між T1 та T2 спостерігався плато, а подальше зниження відбулося лише між T2 та T3 (див. **Рисунок 31**).

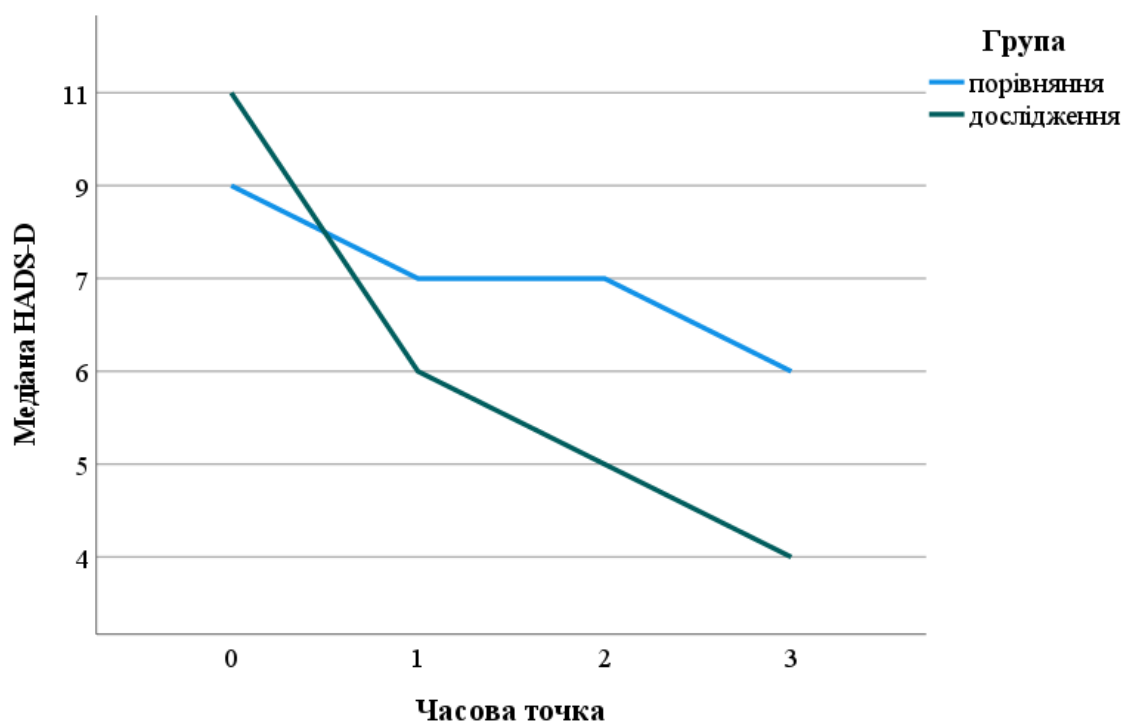


Рисунок 31. Динаміка депресивності протягом участі в дослідженні.

Також було проаналізовано, як кофактори впливають на рівень депресивних симптомів, виміряних за HADS-D. Значний негативний вплив часу ($p < 0.001$) свідчить про зниження депресивності з плином часу, проте взаємодія групи і часу ($p < 0.05$) демонструє, що динаміка змін відрізняється між дослідницькою та контрольною групами. Так як і при моделюванні тривоги, наявність компульсивного та відсутність ситуативного переїдання була пов'язана з підвищенням балу HADS-D, окрім того, старший вік асоціювався з його зниженням. Позитивний вплив ІМТ і жіночої статі вказує на їх внесок у збільшення депресивних симптомів (див. **Таблиця 74**).

Таблиця 74. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом HADS-D як залежною змінною

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	-15.95	2.08	-7.66	<0.001	-20.04	-11.86
Група [порівняння]	-0.19	0.41	-0.46	0.644	-1.00	0.62

Час	-1.58	0.16	-10.06	<0.001	-1.89	-1.27
Група [порівняння] * Час	0.51	0.23	2.23	0.026	0.06	0.95
Комп.переїдання [Hi]	0.87	0.37	2.32	0.021	0.13	1.60
Емоц.переїдання [Hi]	-0.46	0.32	-1.45	0.149	-1.08	0.16
Сит.переїдання [Hi]	0.71	0.29	2.47	0.014	0.14	1.27
Вік	-0.04	0.01	-3.38	0.001	-0.06	-0.02
ІМТ	0.85	0.06	13.23	<0.001	0.72	0.97
Стать [Жіноча]	1.77	0.36	4.97	<0.001	1.07	2.47

Результати дисперсійного аналізу свідчать про суттєву зміну рівня алекситимії з плином часу ($p < 0.001$), що підтверджує важливість часових факторів у зміні балу TAS. Ефект групи виявився незначущим ($p = 0.245$), що свідчить про подібність початкових характеристик, проте значуща взаємодія «група*час» ($p < 0.001$) вказує на різну динаміку змін у дослідницькій та контрольній групах. Значення $HF \varepsilon = 0.616$ підтверджує стабільність часових ефектів. Таким чином, терапевтичне втручання вплинуло на траєкторію змін рівня алекситимії протягом часу (див. **Таблиця 75**).

Таблиця 75. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу TAS.

	SS	ESS	F	p	HF ε	p(>F[HF])
Інтерсепт	2108269	48957	5813.6443	<0.001		
Група	494	48957	1.3623	0.245		
Час	1199	1773	91.3476	<0.001	0.616	<0.001
Група * Час	327	1773	24.9416	<0.001	0.616	<0.001

На момент T0 обидві групи мали схожі показники, проте з переходом до T1 (після втручання) відбувається помітне зниження балу TAS, особливо у групі дослідження. Надалі, до T2 і T3, у дослідницькій групі спостерігалася більш виражена тенденція до зменшення рівня алекситимії, тоді як у порівняльній групі темп змін був повільнішим. Довірчі інтервали частково перекривалися, однак

загальна відмінність між групами залишалася. Це свідчить про різну динаміку в зниженні балу TAS, де дослідницька група демонструє нижчі показники після втручання, що узгоджується з кращим прогресом у подоланні алекситимії (див. **Рисунок 32**).

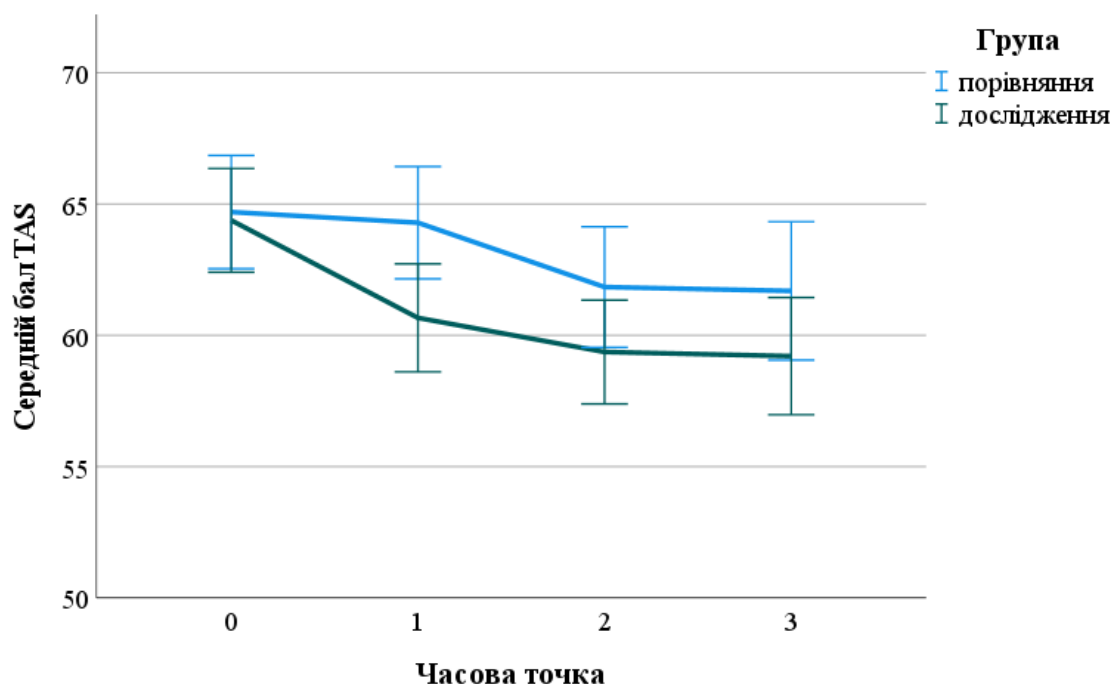


Рисунок 32. Динаміка рівня алекситимії протягом участі в дослідженні (вуса – 95% ДІ).

При лінійному регресійному аналізі із змішаними ефектами виявлено, що з часом рівень алекситимії знижується ($p < 0.001$), причому динаміка змін практично однакова у обох групах (взаємодія група*час – незначуща). Серед пацієнтів вищі показники TAS пов'язані зі збільшенням ІМТ та старшим віком, проте не зі статтю. Вплив типів переїдання є мінімальним, хоча відсутність емоційного переїдання демонструє тенденцію ($p = 0.060$) до нижчих значень TAS. Отже, крім часової динаміки, індивідуальні клінічні характеристики також визначали рівень алекситимії, а групової різниці в динаміці не було виявлено (див. **Таблиця 76**).

Таблиця 76. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом TAS як залежною змінною.

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	43.86	6.27	7.00	<0.001	31.55	56.16
Група [порівняння]	1.36	1.24	1.10	0.273	-1.07	3.80
Час	-1.74	0.47	-3.67	<0.001	-2.67	-0.81
Група [порівняння] * Час	0.56	0.68	0.82	0.415	-0.78	1.90
Комп.переїдання [Ні]	-0.78	1.13	-0.69	0.492	-2.99	1.44
Емоц.переїдання [Ні]	-1.79	0.95	-1.88	0.060	-3.66	0.08
Сит.переїдання [Ні]	-0.26	0.86	-0.30	0.767	-1.95	1.44
Вік	0.09	0.03	2.74	0.006	0.03	0.15
ІМТ	0.64	0.19	3.32	0.001	0.26	1.02
Стать [Жіноча]	0.29	1.07	0.27	0.789	-1.82	2.39

Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань свідчать про статистично значущий вплив як групової приналежності ($p=0.02$), так і часу ($p<0.001$) на загальний бал тесту Гола. Зміни емоційного інтелекту відбуваються по-різному у групі дослідження та групі порівняння ($p<0.001$) упродовж усього періоду спостереження (див. **Таблиця 77**).

Таблиця 77. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань загального балу тесту Гола.

	SS	ESS	F	p	HF ϵ	$p(>F[HF])$
Інтерсепт	1435280	114531	1691.7898	<0.001		
Група	5537	114531	6.5263	0.02		
Час	2506	3162	106.9856	<0.001	0.629	<0.001
Група * Час	2893	3162	123.5004	<0.001	0.629	<0.001

Візуальний аналіз виявив, що у групі дослідження спостерігалось помітне підвищення показників між початковим вимірюванням (T0) та першим етапом (T1), після ефект дещо знизився, але залишався на вищому рівні порівняно з групою порівняння. У групі порівняння, навпаки, після підйому на T1 відбулося більш різке падіння показників до T2 і T3. Візуальна різниця між лініями свідчить про те, що дослідницька група зберігає вищі оцінки емоційного інтелекту протягом усього періоду спостереження, тоді як у контрольній групі динаміка є менш стабільною (див. **Рисунок 33**).

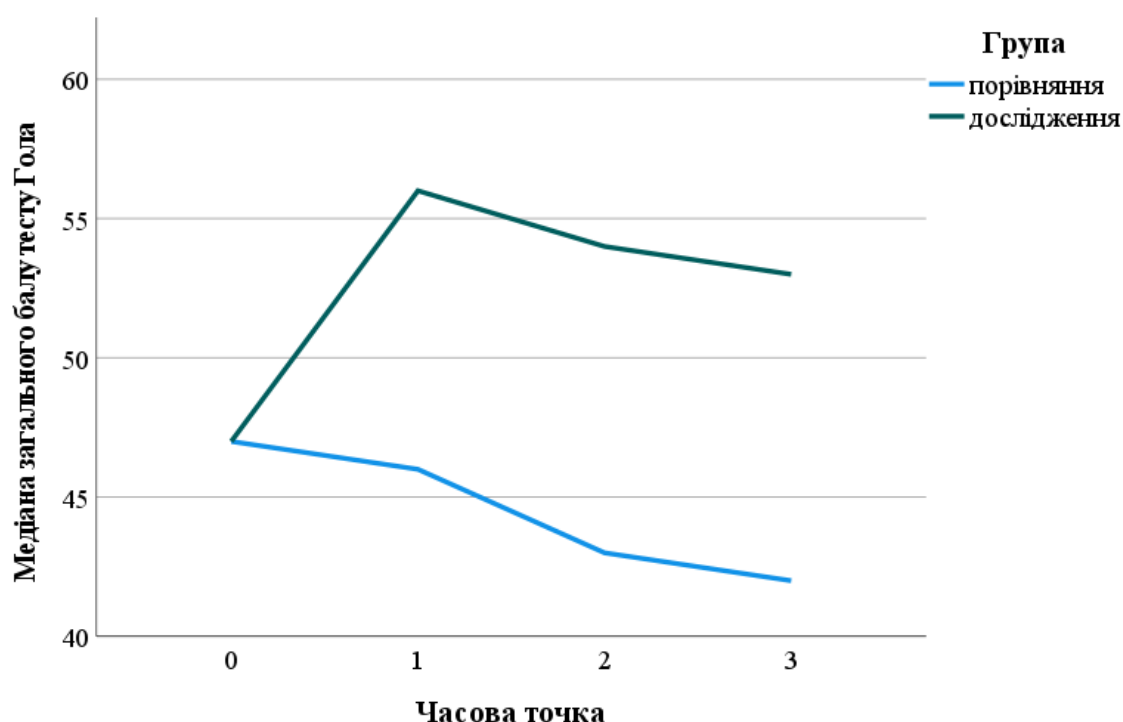


Рисунок 33. Динаміка рівня емоційного інтелекту протягом участі в дослідженні.

Лінійний регресійний аналіз зі змішаними ефектами рівня емоційного інтелекту (див. **Таблиця 78**) показує, що окремі ефекти групи та часу не є значущими, але їхня взаємодія демонструє різну динаміку балу тесту Гола між дослідницькою та контрольною групами.

Таблиця 78. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом тесту Гола як залежною змінною.

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	150.86	7.71	19.58	<0.001	135.73	165.99
Група [порівняння]	-1.32	1.52	-0.86	0.388	-4.31	1.68
Час	0.88	0.58	1.50	0.133	-0.27	2.02
Група [порівняння] * Час	-3.16	0.84	-3.76	<0.001	-4.81	-1.51
Комп.переїдання [Hi]	-0.65	1.39	-0.47	0.637	-3.38	2.07
Емоц.переїдання [Hi]	-2.70	1.17	-2.31	0.021	-5.00	-0.40
Сит.переїдання [Hi]	-0.69	1.06	-0.65	0.514	-2.78	1.39
Вік	0.03	0.04	0.87	0.387	-0.04	0.11
ІМТ	-3.50	0.24	-14.75	<0.001	-3.96	-3.03
Стать [Жіноча]	-2.10	1.32	-1.59	0.112	-4.69	0.49

Окрім того, зниження рівня емоційного інтелекту у контрольній групі супроводжувалося негативним впливом підвищеного ІМТ, а відсутність емоційного переїдання асоціюється з кращими показниками емоційного інтелекту. Інші фактори, такі як компульсивне та ситуативне переїдання, вік і стать, не показали суттєвого впливу на результати.

Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань CQLS свідчать, що показник CQLS суттєво змінювався під впливом часу (<0.001). Крім того, взаємодія «Група * Час» (p<0.001) вказує на те, що динаміка якості життя відрізнялася між дослідницькою та контрольною групами. Після коригування на можливе порушення сферичності, значущість ефектів часу та групи збереглися (див. **Таблиця 79**).

Таблиця 79. Результати дисперсійного аналізу повторних вимірювань балу CQLS.

	SS	ESS	F	p	HF ε	p(>F[HF])
Інтерсепт	3190357	85011	5066.380	<0.001		
Група	8815	85011	13.999	<0.001		

Час	30141	4049	1004.913	<0.001	0.698	<0.001
Група * Час	3837	4049	127.933	<0.001	0.698	<0.001

Візуальний аналіз виявив, що учасники дослідницької групи демонструють помітний стрибок від початкового вимірювання до T1, після чого значення стабілізуються, лишаючись на високому рівні. У групі порівняння також відбувалося зростання, проте воно менш виражене, і середній бал лишався нижчим. Різниця між групами лишалася очевидною на всіх подальших етапах. Різниця між T1, T2, та T3 є значно меншою порівняно з різницею T1-T3 та T0, що підтверджує сферичність вищеописаної моделі та ненадійність нескоригованих значень групи. Таким чином, між групами спостерігалась однорідність на етапі T0, попри формальні значення ANOVA, але в подальшому ця різниця ставала статистично значущою.

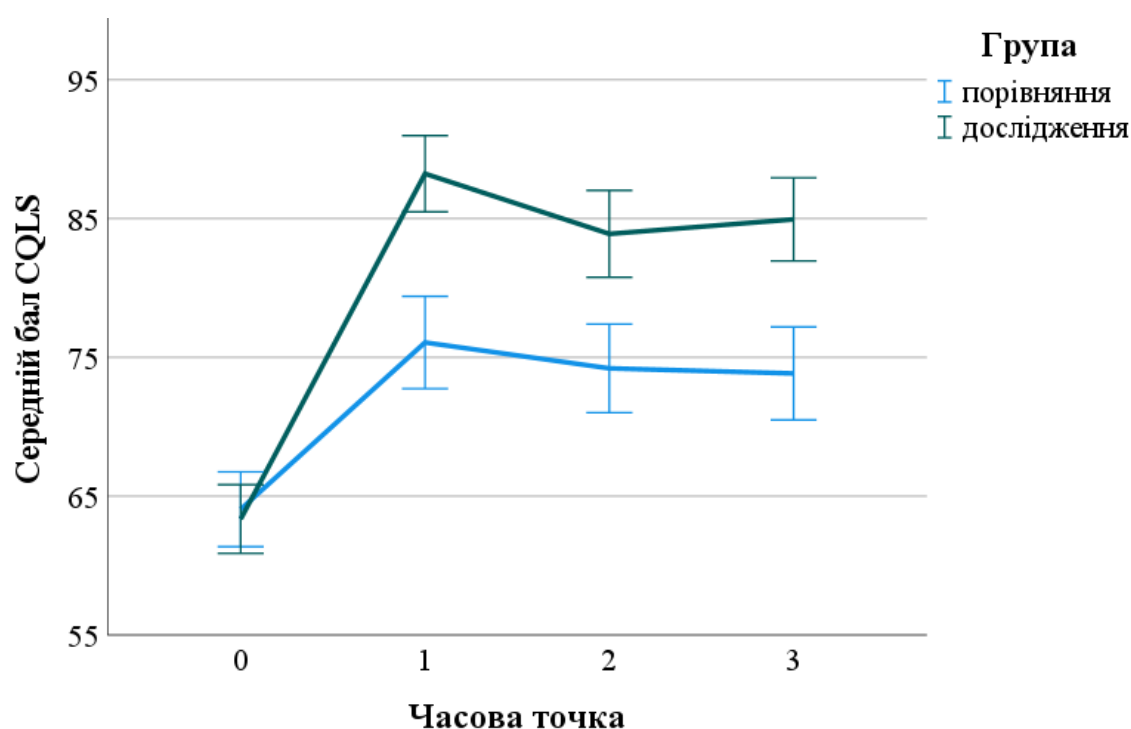


Рисунок 34. Динаміка суб'єктивної оцінки якості життя протягом участі в дослідженні.

Також було проведено лінійний регресійний аналіз зі змішаними ефектами із балом CQLS як залежною змінною. Отримані результати свідчать, що суб'єктивна оцінка якості життя, виміряна за CQLS, збільшується з часом ($p < 0.001$), проте негативна взаємодія група*час (коефіцієнт -3.35 , $p < 0.001$) свідчить про менш виражене зростання у групі порівняння. Підвищений ІМТ і жіноча стать асоціювалися із зниженням якості життя. Інші фактори, зокрема типи переїдання та вік, не показали значущого впливу (див. **Таблиця 80**).

Таблиця 80. Результати лінійного регресійного аналізу зі змішаними ефектами із балом CQLS як залежною змінною.

	Коеф.	S.E.	t	p	Межі 95% ДІ	
					Нижня	Верхня
Інтерсепт	156.99	8.35	18.79	<0.001	140.58	173.39
Група [порівняння]	-2.55	1.65	-1.54	0.124	-5.79	0.70
Час	6.31	0.63	9.98	<0.001	5.07	7.55
Група [порівняння] * Час	-3.35	0.91	-3.67	<0.001	-5.14	-1.56
Комп.переїдання [Hi]	-0.15	1.50	-0.10	0.921	-3.10	2.80
Емоц.переїдання [Hi]	2.06	1.27	1.63	0.104	-0.43	4.55
Сит.переїдання [Hi]	-1.46	1.15	-1.27	0.205	-3.73	0.80
Вік	0.01	0.04	0.20	0.844	-0.08	0.09
ІМТ	-3.04	0.26	-11.83	<0.001	-3.55	-2.54
Стать [Жіноча]	-4.31	1.43	-3.01	0.003	-7.12	-1.50

Ці результати свідчать про те, що ефекти, досягнуті під час стаціонарного лікування, загалом зберігались протягом первинного follow-up, а подальші зміни можуть бути пояснені як природною адаптацією пацієнтів до умов після виписки, так і впливом статистичного явища регресії до середнього. Відсутність суттєвих змін між T2 та T3 вказує на досягнення певного рівня стабільності психометричних показників, що може бути важливим як доказ ефективності проведеної інтервенції, так і вказівкою на потребу у розробці додаткових стратегій

для подальшого підтримання та розвитку позитивних змін у психоемоційному стані пацієнтів.

Усього достроково припинили участь в дослідженні 26 (15.95 %) пацієнтів, що відповідало нашій оцінці при плануванні дослідження. Статистично значущої різниці між групою дослідження та групою порівняння не було виявлено (див. **Таблиця 81**).

Таблиця 81. Дострокове припинення пацієнтами участі в дослідженні.

	Дострокове припинення участі в дослідженні		p
	N	%	
Вся вибірка	26	15.95%	0.549
Група дослідження	12	14.3 %	
Група порівняння	14	17.7 %	

Ці дані свідчать про те, що рівень відтоку учасників знаходився в межах очікуваних значень, що позитивно впливає на надійність отриманих результатів. Відсутність статистично значущих розбіжностей між групами вказує на те, що фактори, пов'язані з достроковим припиненням участі, були розподілені досить рівномірно між досліджуваними вибірками, що дозволяє робити більш обґрунтовані висновки стосовно ефекту застосованих терапевтичних підходів.

Порівняння кривих виживаності виявило, що більшість пацієнтів, що достроково припинили участь в дослідженні, зробили це у проміжок між 100 та 120 днем з дня свого залучення, тобто в період біля першої follow-up зустрічі (див. **Рисунок 35**).

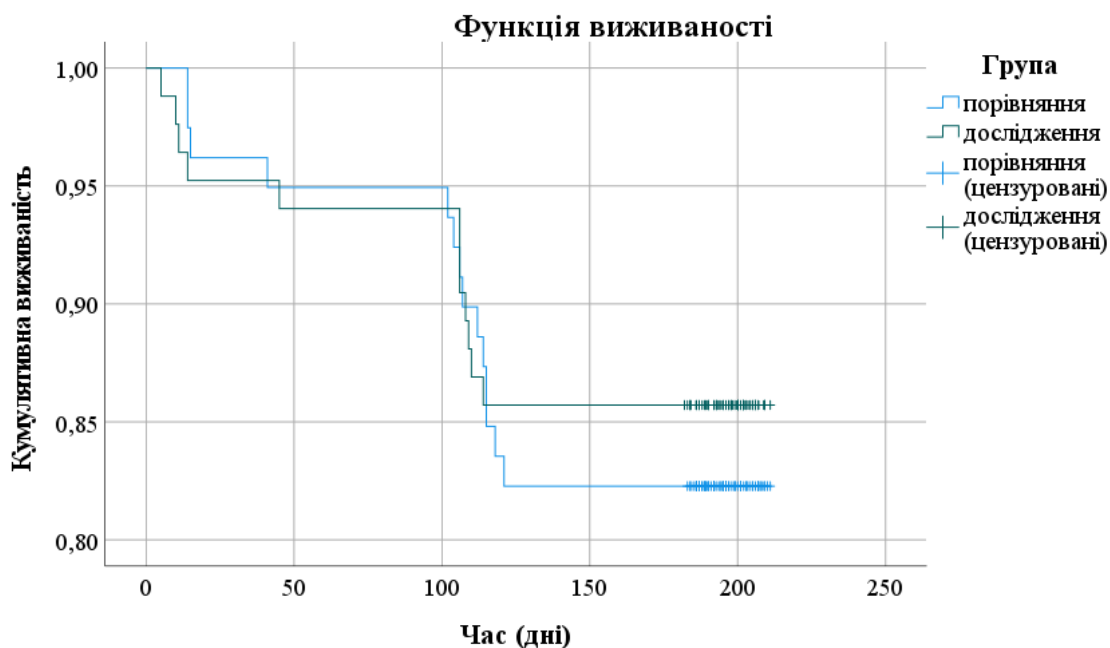


Рисунок 35. Криві виживаності оцінювача Каплана-Мейєра для обох груп.

Виявлення факту, що критичним періодом для припинення учасниками участі був саме цей проміжок, може свідчити про певні виклики або незадоволення, пов'язані з організаційними аспектами або очікуваннями від першої follow-up зустрічі. Це відкриває можливість для подальшого дослідження причин, що впливають на мотивацію пацієнтів залишатися у дослідженні, а також дозволяє розглянути варіанти покращення процесу супроводу під час цього етапу.

В групі дослідження частина учасників достроково припинила участь в дослідженні дещо, ніж в групі порівняння, проте в групі порівняння частина учасників продовжила вибувати після того, як достроково вийшов останній пацієнт групи дослідження. Проте, ці відмінності не були статистично значущими ($\chi^2=0.281$, $p=0.596$).

Хоча спостерігалися деякі тенденції щодо різниці у часі відтоку між групами, відсутність статистичної значущості дозволяє вважати, що ці варіації могли бути зумовлені випадковими коливаннями або незначними змінами в організації процесу спостереження. Подібний результат свідчить про те, що

застосовані методи набору та супроводу учасників були достатньо стабільними, що мінімізувало вплив можливих зовнішніх факторів на результати дослідження.

Загальний відсоток учасників, що пройшли весь шлях участі в дослідженні і пройшли всі заплановані процеси, був вищим за 84%, що вкладається в заплановану кількість таких, що достроково вибули (див. **Таблиця 82**).

Таблиця 82. Кількість подій (дропаутів) та цензурованих спостережень.

Група	N пацієнтів	N подій	Цензуровані	
			N	%
Дослідження	84	12	72	85,7%
Порівняння	79	14	65	82,3%
Загалом	163	26	137	84,0%

Середня виживаність (в нашому дослідженні це кількість днів до завершення участі в дослідженні) становила 189.9 днів, що відповідає повній тривалості участі в дослідженні (див. **Таблиця 83**).

Таблиця 83. Середня виживаність пацієнтів, розрахована за допомогою оцінювача Каплана-Мейєра.

Група	Середня виживаність		95% ДІ	
	Оцінка	S.E.	Нижня межа	Верхня межа
Дослідження	190,81	5,69	179,74	202,07
Порівняння	188,77	5,74	177,53	200,02
Загалом	189,87	4,05	181,94	197,79

Висока середня виживаність свідчить про ефективність організаційних заходів і методів мотивації, які були впроваджені для підтримки залучення учасників протягом дослідження. Це також підкреслює, що запропоновані стратегії супроводу та моніторингу були адекватними, що сприяло збереженню пацієнтів у дослідженні до його завершення. Досягнення повної тривалості участі дозволило мінімізувати вплив можливого відтоку пацієнтів на результати

дослідження, забезпечивши таким чином стабільність вибірки та більш обґрунтовані висновки щодо ефективності застосованих методик.

Отримані нами результати узгоджуються з попередніми дослідженнями [138, 139], де індивідуалізований підхід доводив свою ефективність у зниженні психоемоційного навантаження, що сприяє поліпшенню загального якості життя пацієнтів. Таким чином, впровадження персоніфікованих психокорекційних програм може стати вагомим кроком у розвитку сучасних методик лікування нападоподібного переїдання.

Висновки до розділу 5.

Таким чином, на основі комплексного аналізу результати можна сформулювати наступні висновки:

1. Розроблена програма диференційованої психосоціальної корекції базується на персоналізації втручань з урахуванням преморбідних патернів переїдання, що дозволяє адаптувати терапію до специфічних потреб кожного пацієнта.
2. Використання комбінації індивідуальних та групових сесій, що включають психоедукацію, техніки опанування стресу та персоніфіковану корекцію, сприяє більш комплексному підходу до лікування.
3. Методологія дозволила систематично відстежувати зміни в психоемоційних показниках, таких як тривога, депресія, рівень алекситимії, емоційний інтелект і якість життя.
4. Застосування диференційованої програми психокорекції демонструє потенціал для досягнення стійкого позитивного терапевтичного ефекту порівняно зі стандартними методами лікування.
5. Комплексний персоналізований підхід, що інтегрує як індивідуальні, так і групові втручання, може бути впроваджений в клінічну практику для вдосконалення терапевтичних методик та підвищення ефективності лікування нападоподібного переїдання.

Підсумовуючи, розроблена диференційована програма психосоціальної корекції, що базується на персоналізованому підході до лікування, демонструє значний потенціал для покращення психоемоційного стану та якості життя пацієнтів з переїданням.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>
2. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>
3. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>
4. Сінкевич, І. (2025). Ефективність персоналізованої психокорекційної програми для зменшення дезадаптації осіб із нападоподібним переїданням. Психосоматична медицина та загальна практика, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.592>

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні було проведено комплексний аналіз нападоподібного переїдання з урахуванням його преморбідних психосоціальних типів, а також розроблено й апробовано новітній підхід до психосоціальної корекції дезадаптації осіб з переїданням різного типу.

1. Виявлено, що різні психосоціальні типи (емоційний, компульсивний, ситуативний) можуть по-різному впливати на формування та перебіг нападоподібного переїдання, створюючи додаткові бар'єри в адаптації й утруднюючи лікування.
2. Обґрунтовано, що негативний емоційний стан і дезадаптивне регулювання емоцій є суттєвими чинниками у становленні переїдання. Невчасне виявлення емоційних дисфункцій підвищує ризик прогресування розладу шляхом посилення дезадаптації та погіршення якості життя особи.
3. Доведено, що психоемоційні особливості (тривога, депресія, алекситимія) тісно пов'язані з якістю життя та її суб'єктивними оцінками в осіб із нападоподібним переїданням різного типу. Встановлено, що вищі показники емоційного інтелекту і краща здатність регулювати власні емоції пов'язані з позитивними змінами у психосоціальному статусі пацієнтів та їхньою життєздатністю.
4. На підставі отриманих результатів розроблено персоніфіковану психосоціальну корекцію, що враховує преморбідний психосоціальний тип переїдання, а також визначає мішенями впливу психоемоційний стан та поведінкові патерни, пов'язані з переїданням. Методика зорієнтована на вдосконалення емоційної регуляції та корекцію дезадаптивних переконань стосовно харчування. Ефективність персоніфікованої психосоціальної корекції перевірена шляхом порівняння двох груп пацієнтів (основної й порівняння), що підтвердило переваги індивідуалізованого підходу.
5. Виявлено більш сталий і виражений позитивний ефект у групі, де застосовували персоніфіковану психокорекцію. При цьому було показано

не лише зменшення симптоматики переїдання й покращення загального психічного стану, а й підвищення якості життя та тривалу стабілізацію результатів упродовж піврічного періоду спостереження.

6. Продемонстровано, що клінічна значущість розробленої програми полягає не тільки в короткостроковому зменшенні епізодів переїдання, а й у підвищенні рівня самоусвідомлення, розширенні адаптивних стратегій поведінки та тривалій профілактиці рецидивів. Це відкриває перспективи для більш системного використання програми не лише в стаціонарному, а й в амбулаторному режимі.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що нападоподібне переїдання формує складний комплекс медико-психологічних проблем, які найкраще коригуються за умови персоніфікованого підходу з урахуванням преморбідних типів харчової поведінки й емоційних чинників. Отримані дані можуть бути застосовані для вдосконалення лікувальних і реабілітаційних програм у закладах з охорони психічного здоров'я, а також для мультидисциплінарної роботи у профілактиці й прогнозуванні розладів харчової поведінки. Перспективним напрямом подальших досліджень є перевірка триваліших результатів психокорекції та пошук способів її адаптації для коморбідних розладів харчової поведінки, тяжко-стигматизованих випадків, що дозволить поліпшити ефективність комплексного лікування й тривалу ремісію в осіб із нападоподібним переїданням.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендується на початковому етапі обстеження осіб із нападоподібним переїданням проводити повномасштабну психодіагностику новітніми валідованими інструментами з обов'язковим урахуванням трьох психосоціальних типів переїдання (емоційного, компульсивного, ситуативного), а також оцінювати рівень емоційного інтелекту та особливості емоційної регуляції для належного визначення цілей психокорекції.
2. Доцільно включати в стандартні протоколи лікування та психокорекції методики, спрямовані на опрацювання негативних емоцій, розвиток навичок емпатії й самомотивації та підвищення усвідомленості в харчовій поведінці, оскільки саме розвинений емоційний інтелект асоціюється з ефективним контролем переїдання і кращою якістю життя.
3. При розробленні програми психокорекції бажано виділяти окремі блоки, зорієнтовані на зменшення тривожно-депресивної симптоматики та корекцію алекситимії; вони сприятимуть стабільнішому результату в післястаціонарний період і запобігатимуть поверненню до патологічних патернів харчування.
4. Впроваджувати психоедукаційні заходи, що пояснюють зв'язок між емоційними зривами, дистресом і нападоподібним переїданням: це дає змогу розвінчати стигму щодо розладів харчової поведінки і мотивує пацієнтів до більш активної співпраці з медико-психологічними фахівцями.
5. Практикуючим лікарям-психологам рекомендовано використовувати персоніфіковану психосоціальну корекцію, яка охоплює техніки керованої релаксації, майндфулнес-інструменти та когнітивно-поведінкові практики. Особливу увагу слід приділяти етапу після виписки (follow-up), плануючи регулярні зустрічі з пацієнтом для профілактики рецидивів.
6. Під час стаціонарного лікування лікарям-психологам бажано налагоджувати командну роботу між психотерапевтами, ендокринологами та дієтологами, забезпечуючи комплексний підхід до діагностики та лікування із

урахуванням індексу маси тіла, соматичних ускладнень та емоційних розладів.

7. Для оцінки довготривалої ефективності лікування варто застосовувати повторні вимірювання з інтервалами в кілька місяців (напр., через 3 та 6 місяців), відстежуючи як динаміку самого розладу переїдання (за шкалою BES), так і зміни рівня тривожності, депресії й алекситимії. Це дозволить оптимізувати програму за індивідуальними результатами та посилити стабільність ремісії.

Пропоновані рекомендації можуть бути використані лікарями-психологами та іншими фахівцями системи охорони психічного здоров'я, які залучені до амбулаторної та стаціонарної допомоги осіб із розладами харчової поведінки. Основні положення дисертації можуть бути впроваджені в клінічну практику мультидисциплінарних команд, освітні програми для студентів і лікарів-інтернів за спеціальністю 225 «Медична психологія», особливо з дисциплін «Психокорекція та психотерапія розладів харчової поведінки», «Сучасні психотерапевтичні технології», «Психологічне консультування та психокорекція», виробничу практику з медичної психології студентів за спеціальністю 225 «Медична психологія», а також використані під час розроблення нових психокорекційних та психотерапевтичних протоколів у медико-психологічній сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., et al. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
3. Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., et al. (2022). Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers*. 17; 8 (1): 16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y
4. Stice, E., Marti, C. N., Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J. Abnormal Psychol.* 122, 445–457. doi: 10.1037/a0030679
5. Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2017). Conceptualising binge eating: a review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, 34(3), 168-198.
6. Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., & Baños, R. M. (2019). The binge eating scale: Structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and body mass index. *Frontiers in Psychology*, 10, 530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00530>
7. Allison KC, Lundgren JD, Wadden TA. Albert J. Stunkard: His Research on Obesity and Its Psychological Impact. *Current Obesity Reports*. 2016 Mar;5(1):140-144. DOI: 10.1007/s13679-016-0199-6
8. Brytek-Matera A, Touyz S, Hay P. Comparative utility of the DSM-5 and ICD-11 diagnostic classifications of eating disorders of recurrent binge eating in an Australian community-based sample. *European Eating Disorders Review*. 2024 May;32(3):524-31.
9. Quadflieg N, Voderholzer U, Meule A, Fichter MM. Comparing ICD-11 and DSM-5 eating disorder diagnoses with the Munich eating and feeding disorder

- questionnaire (ED-Quest). *International Journal of Eating Disorders*. 2023 Sep;56(9):1826-31.
10. Pike KM, Claudino DA, Claudino AM. The Classification of Feeding or Eating Disorders in the ICD-11. In *Eating Disorders: An International Comprehensive View* 2024 Apr 23 (pp. 1-21). Cham: Springer International Publishing.
 11. Géssica D., Garcia D., Alcalá P (2018). Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2567.3040>
 12. Vainik, U., García-García, I., & Dagher, A. (2019). Uncontrolled eating: a unifying heritable trait linked with obesity, overeating, personality and the brain. *European Journal of Neuroscience*, 50(3), 2430-2445. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ejn.14352>
 13. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biol. Psychiatry* 73, 904–914. doi: 10.1016/J.BIOPSYCH.2012.11.020
 14. Erskine, Holly E.; Whiteford, Harvey A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 1–. doi:10.1097/YCO.0000000000000449
 15. Keski-Rahkonen, A. (2021) Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. doi: 10.1097/YCO.0000000000000750
 16. Romano E., Haynes A., Robinson E. (2018). Weight Perception, Weight Stigma Concerns, and Overeating <https://doi.org/10.1002/oby.22224>
 17. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020 Jan;50(1):24-29. doi: 10.1111/imj.14691. PMID: 31943622; PMCID: PMC7003934
 18. Anversa R.G. Muthmainah M. Sketriene D. (2021). A review of sex differences in the mechanisms and drivers of overeating. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100941>

19. Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A., Richard, A., Voderholzer, U., Naab, S., & Blechert, J. (2021). Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 773–784. doi:10.1002/eat.23477
20. Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., and Machado, P. P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the North of Portugal. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 22, 185–190. doi: 10.1002/erv.2283
21. Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., and Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J. Adolesc. Health* 31, 166–175. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3
22. Юр'єва, Л. М., Огоренко, В. В., Шорніков, А. В., та ін. Зв'язок компульсивного переїдання тривоги та депресії у студентів медиків під час військового конфлікту. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022. Vol. 7, No. 2. С. 68–73.
23. Sarah E., Sarah A. (2018). Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418381>
24. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., and Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 47, 610–619. doi: 10.1002/eat.22316
25. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:17-30 <https://doi.org/10.2147/AHMT.S148050>
26. Kolar, David R.; Rodriguez, Dania L. Mejía; Chams, Moises Mebarak; Hoek, Hans W. (November 2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry.* 29 (6): 363–371. doi:10.1097/YCO.0000000000000279

27. Goldschmidt, A. B., Loth, K. A., MacLehose, R. F., Pisetsky, E. M., Berge, J. M., and Neumark-Sztainer, D. (2015). Overeating with and without loss of control: associations with weight status, weight-related characteristics, and psychosocial health. *Int. J. Eat. Disord.* 48, 1150–1157. doi: 10.1002/eat.22465
28. Сінкевич І.С. Розлад надмірного харчування: сучасні знання та психологічні аспекти. *PMGP* [Internet]. 2023 Jun. 30;7(2). <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/354>
29. Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J. Psychiatr. Res.* 43, 1125–1132. doi: 10.1016/J.JPSYCHIRES.2009.04.003
30. Touyz, S., Lacey, H. & Hay, P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat. Disord.* 8, 19 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
31. Frayn, M., Fojtu, C. & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Curr. Psychol.* 40, 6249–6258 <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
32. Асанова А., Хаустова О., Чабан О. та співавт. Психічні порушення у госпітальних пацієнтів в гострій фазі COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Vol. 6 No. 2 (2021). DOI: 10.26766/pmgp.v6i2.304
33. Yu Y, Miller R, Groth SW. A literature review of dopamine in binge eating. *Journal of Eating Disorders*. 2022 Jan 28;10(1):11.
34. Baenas, I., Miranda-Olivos, R., Solé-Morata, N., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2023). Neuroendocrinological factors in binge eating disorder: A narrative review. *Psychoneuroendocrinology*, 150, 106030.
35. Escandón-Nagel, N., Però, M., Grau, A., et al. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 52-59.
36. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva MDC, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*. 2016;107:639-44. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.011>

37. Ljubicic M, Matek Saric M, Klarin I, Rumbak I, et al. Emotions and food consumption: emotional eating behavior in a european population. *Foods*. 2023;12(4):872. <https://doi.org/10.3390/foods12040872>
38. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, et al.. The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*. 2023;15(5):1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>
39. Chawner, L. R., & Filippetti, M. L. (2024). A developmental model of emotional eating. *Developmental Review*, 72, 101133.
40. Meyer C, Taranis L, Goodwin H, Haycraft E. Compulsive exercise and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19(3):174-89. <https://doi.org/10.1002/erv.1122>
41. Klatzkin RR, Nolan LJ, Kissileff HR. Self-reported emotional eaters consume more food under stress if they experience heightened stress reactivity and emotional relief from stress upon eating. *Physiol Behav*. 2022;243:113638. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113638>
42. Różycka, J., Nowacki, A., Łukowska, M., et al. (2025). Psychological differences in food addiction and binge eating in a general Polish population. *Scientific Reports*, 15(1), 3919.
43. Mohajan, D. (2023). Binge-Eating: A Life-Threatening Eating Disorder. MPRA Paper No. 118420, <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/118420/>
44. Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24(2), 187-194.
45. Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448.
46. Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43(4), 647-660.
47. Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American psychologist*, 40(2), 193.

48. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
49. Fairchild, H., & Cooper, M. (2010). A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: preliminary development and validation. *Eating behaviors*, 11(4), 239-246.
50. Brownell, K. D., & Walsh, B. T. (Eds.). (2017). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Publications.
51. Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*.
52. Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 6, 123-150.
53. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jul;57(7):659-65. doi: 10.1001/archpsyc.57.7.659. PMID: 10891036.
54. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
55. Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., et al. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122.
56. Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., & Stewart, T.M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28, 711–738.
57. Busse, D., & Yim, I. S. (2013). Maladaptive/maladjustment. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_32.
58. Васильєва, О. В. (2020). Специфіка психологічної дезадаптації іноземних студентів англomовної форми навчання. *Медицина сьогодні і завтра*, 89(4), 59-65.

59. Шарун, А. І. (2022). Комплексна корекція стресасоційованих розладів у студентів закладів вищої освіти з психотравмуючими подіями в анамнезі. *Український медичний часопис*, (1-2), 54-57.
60. Огоренко В., Шустерман Т., Ліхолетов Є. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022;7(2):e0702370-e070237064 (S1), S406-S406.
61. Хаустова О.О. Психосоматичні маски тривоги. *Український медичний часопис*. 2019. № 4(1). С. 53-60. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.132.160744.
62. Маркова М.В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків: Мадрид, 2019. 492 с.
63. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища : монографія / Максимова Н. Ю., Грись А. М., Манілов І.Ф. [та ін.] ; за ред. Н. Ю. Максимової. – К.: Педагогічна думка, 2015. – 254 с.
64. Бугайова, Н. М. (2012). Адаптивний потенціал людини та стресова резистентність: синергетичний контекст. *Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології*, (24, ч. 5), 33-41.
65. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія: підручник / [авт. кол.: Пілягіна Г.Я., Хаустова О.О., Чабан О.С., Аймедов В.К., Асеева В.О., Венгер О.П., Дзеружинська Н.О., Зубатюк О.В., Мішиєв В.Д., Омелянович В.Ю. та ін.]; за ред. Г.Я. Пілягіної – Вінниця : Нова Книга, 2020 – 288 с.
66. Пророк, Н., Царенко, Л., & Бойко, С. (2021). Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. 2021. *Грааль науки*,(9). *Grail Of Science*, 374-475.
67. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С. Д. Максименка. Том І. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 512 с.

68. Скрипніков, А. М., Герасименко, Л. О., Ісаков, Р. І., та ін. (2020). Роль інформаційної дезадаптації при obsесивно-компульсивному розладі у жінок. Вісник проблем біології і медицини. Вип. 3 (157).– С. 146–149.
69. Absaliyeva L.M. Disorders and disfunctions of an individual's eating behavior. Problems of Modern Psychology: Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine. edited by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 25. – Kamianets-Podilsky: Aksioma, 2014. – P. 19-33.
70. Чабан О.С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги?/ Чабан О.С., Хаустова О.О.// Український Медичний часопис . – 2022. – № 4(150). – С.121-125. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297
71. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія: підручник / [авт. кол.: Пілягіна Г.Я., Хаустова О.О., Чабан О.С., Аймедов В.К., Асеева В.О., Венгер О.П., Дзеружинська Н.О., Зубатюк О.В., Мішиєв В.Д., Омелянович В.Ю. та ін.]; за ред. Г.Я. Пілягіної – Вінниця : Нова Книга, 2020 – 496 с.
72. Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. Psychiatry research, 197(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
73. Огоренко ВВ, Шорніков АВ, Крючихін ТА. Харчова поведінка і образ тіла підлітків під час воєнного стану. Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія», Серія «Педагогіка», Серія «Медицина»). 2024;9(43):844-51.
74. Pennesi JL, Wade TD. A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? Clin Psychol Rev. 2016 Feb;43:175-92. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.004.
75. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Український вісник

- психоневрології= Ukrainian Bulletin of psychoneurology. 2024;32(1 (118)):56-9.
76. Приліпка К, Герасименко Л, Іщейкіна Ю. Харчові звички як складові якості життя та стану здоров'я у студентів медиків в умовах воєнного часу (огляд літератури). Перспективи та інновації науки. 2024 Nov 29(11 (45)).
77. Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., (2015). Understanding the link between body image and binge eating: A model comparison approach. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 81–89.
78. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord*. 2013 Jul;46(5):462-9. doi: 10.1002/eat.22103. PMID: 23658093.
79. Kenny, T. E., Singleton, C., & Carter, J. C. (2019). An examination of emotion-related facets of impulsivity in binge eating disorder. *Eating behaviors*, 32, 74-77. doi:10.1016/j.eatbeh.2018.12.006
80. Огоренко В. В., Юр'єва Л. М., Шорніков А. В., та ін. Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час війни. *Вісник морської медицини*. 2022 (3):54-60.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7317913>
81. Абсаямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. – Харків: Вид-во «Стильна типографія», 2019. 393 с.
82. Iceta S et al. (2021). Cognitive function in binge eating disorder and food addiction: A systematic review and three-level meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 111, 110400, doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110400
83. Lozano-Madrid M et al. (2020). Impulsivity, Emotional Dysregulation and Executive Function Deficits Could Be Associated with Alcohol and Drug Abuse in Eating Disorders. *J Clin Med* 9, doi: 10.3390/jcm9061936
84. Grant JE & Chamberlain SR (2020). Neurocognitive findings in young adults with binge eating disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 24, 71–76, doi: 10.1080/13651501.2019.1687724

85. Oliva R, Morys F, Horstmann A, Castiello U & Begliomini C (2020). Characterizing impulsivity and resting-state functional connectivity in normal-weight binge eaters. *Int J Eat Disord* 53, 478–488, doi: 10.1002/eat.23212
86. Mestre-Bach G, Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S (2020). Decision-Making in Gambling Disorder, Problematic Pornography Use, and Binge-Eating Disorder: Similarities and Differences. *Curr Behav Neurosci Rep* 7, 97–108, doi: 10.1007/s40473-020-00212-7
87. Tang J, Chrzanowski-Smith OJ, Hutchinson G, Kee F (2019). Relationship between monetary delay discounting and obesity: a systematic review and meta-regression. *Int J Obes (Lond)* 43, 1135–1146, doi: 10.1038/s41366-018-0265-0
88. Steward T et al. (2017). Delay Discounting of Reward and Impulsivity in Eating Disorders: From Anorexia Nervosa to Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev* 25, 601–606, doi: 10.1002/erv.2543
89. Kowalewska E, Bzowska M, Engel J, Lew-Starowicz M. Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2024 Aug 13;24(1):556.
90. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія : посібник / [О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко та ін.] ; за ред. О. Є. Абагурова та Л. М. Юр'євої. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2023. – 268 с.
91. Torres, Sandra; Sales, Calia M. D.; Guerra, Marina Prista; et al. (2020). Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Frontiers in Psychology*, 11(), 343–. doi:10.3389/fpsyg.2020.00343
92. Clemmensen, C., Petersen, M.B. & Sørensen, T.I.A. Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic?. *Nat Rev Endocrinol* 16, 469–470 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0387-z>
93. Yuan Gao.,Hua Ao.,Xiaoyong Hu and other (2021). Social media exposure during COVID-19 lockdowns could lead to emotional overeating via anxiety: The moderating role of neuroticism. <https://doi.org/10.1111/aphw.12291>

94. Ayres, J.S. A metabolic handbook for the COVID-19 pandemic. *Nat Metab* 2, 572–585 (2020). <https://doi.org/10.1038/s42255-020-0237-2>
95. Wang SD, Devjani S, Chillakanti M, Dunton GF, Mason TB. The COMET study: Examining the effects of COVID-19-related perceived stress on Los Angeles Mothers' dysregulated eating behaviors, child feeding practices, and body mass index. *Appetite*. 2021 Aug 1;163:105209. doi: 10.1016/j.appet.2021.105209.
96. Freizinger, M., Jhe, G.B., Dahlberg, S.E. et al. Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *J Eat Disord* 10, 125 (2022). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00650-6>
97. Bonfanti, R. C., Sideli, L., Teti, A., et al. (2023). The Impact of the First and Second Wave of the COVID-19 Pandemic on Eating Symptoms and Dysfunctional Eating Behaviours in the General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 15(16), 3607. <https://doi.org/10.3390/nu15163607>
98. Caldiroli, A., La Tegola, D., Manzo, F., et al. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *Nutrients*, 15(17), 3777. <https://doi.org/10.3390/nu15173777>
99. Ratković, D., Knežević, V., Dickov, A., Fedrigolli, E., & Čomić, M. (2023). Comparison of binge-eating disorder and food addiction. *Journal of International Medical Research*, 51(4), 03000605231171016.
100. Bąk-Sosnowska M. (2017) Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatr Pol*; 51: 247–259. PMID: 28581535 DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/62824.
101. Petry, N. M., Zajac, K., & Ginley, M. K. (2018). Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be?. *Annual review of clinical psychology*, 14(1), 399-423. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120.
102. Hutson, P. H., Balodis, I. M., & Potenza, M. N. (2018). Binge-eating disorder: clinical and therapeutic advances. *Pharmacology & therapeutics*, 182, 15-27. doi: 10.1016/j.pharmthera.2017.08.002.

103. Di Luzio, M., Bellantoni, D., Bellantoni, A. L., et al. (2024). Similarities and differences between eating disorders and obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1407872. doi: 10.3389/fpsy.2024.1407872.
104. Convertino AD, Blashill AJ. (2022) Psychiatric comorbidity of eating disorders in children between the ages of 9 and 10. *J Child Psychol Psychiatry*. 63:519–26. doi: 10.1111/jcpp.13484
105. Drakes, D. H., Fawcett, E. J., Rose, J. P., et al. (2021). Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: an epidemiological meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 176-191.
106. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022). Mental health aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 13, 953203.
107. Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2022). Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 55(3), 295-312.
108. Sanzone, M. (2018). Eating disorders: Evidence-based integrated biopsychosocial treatment of anorexia nervosa, bulimia and binge eating disorder. In M. Muse (Ed.), *Cognitive behavioral psychopharmacology: The clinical practice of evidence-based biopsychosocial integration* (pp. 217–242). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119152606.ch10>
109. Amianto, F., Ottone, L., Daga, G.A., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15, 70. DOI 10.1186/s12888-015-0445-6
110. Klein, D. A., Sylvester, J. E., & Schvey, N. A. (2021). Eating disorders in primary care: diagnosis and management. *American family physician*, 103(1), 22-32. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0101/p22.pdf>
111. Pruessner, L., Timm, C., Barnow, S., Rubel, J. A., Lalk, C., & Hartmann, S. (2024). Effectiveness of a web-based cognitive behavioral self-help intervention

- for binge eating disorder: a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 7(5), e2411127-e2411127. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.11127
112. Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., et al. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321–336. <https://doi.org/10.1002/eat.20372>
113. Brownley, K.A., Berkman, N.D., Sedway, J.A., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. (2007). Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337–348. <https://doi.org/10.1002/eat.20370>
114. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., et al. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409-420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
115. Бурцева, О. (2021). Психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням. Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут».
116. Романець, Н. О. (2024). Вплив тривожності на харчову поведінку студентів (Кваліфікаційна робота для здобуття ступеню Магістра, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
117. Рудич, М., & Літвінова, О. (2022). Проблема психологічної допомоги особистості з розладами харчової поведінки. У *Інновації в науці: нові підходи та актуальні дослідження*.
118. Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
119. Yuryeva, L., Ogorenko, V., Shornikov, A., & Kokashynskyi, V. (2022). Validation of the ukrainian version of Binge Eating Scale. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*, (Volume 30, issue 2 (111)), 68–73. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-v30-is2-2022-11>
120. Norman G. R., Sloan J. A., Wyrwich K. W. Interpretation of Changes in Health-related Quality of Life. *Medical Care*. 2003. Vol. 41, no. 5. P. 582–592. URL:

<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000062554.74615.4c> (date of access: 24.10.2024).

121. Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
122. Boxley, L., Flaherty, J., Spencer, R., Drag, L., Pangilinan, P., & Bieliauskas, L. (2016). Reliability and factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a polytrauma clinic. *Journal Of Rehabilitation Research And Development*, 53(6), 873-880. doi: 10.1682/jrrd.2015.05.0088
123. Агаєв, Н., Кокун, О., & Пішко, І. (2016). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. НДЦ ГП ЗСУ.
124. Assonov D. (2021). Two-Step Resilience-Oriented Intervention for Veterans with Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical neuropsychiatry*, 18 (5), 247–259. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210503>
125. Vranceanu, A., Bannon, S., Mace, R., Lester, E., Meyers, E., & Gates, M. та ін. (2020). Feasibility and Efficacy of a Resiliency Intervention for the Prevention of Chronic Emotional Distress Among Survivor-Caregiver Dyads Admitted to the Neuroscience Intensive Care Unit. *JAMA Network Open*, 3 (10), e2020807. <https://doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2020.20807>
126. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
127. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
128. Василець В.В. та ін. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний

- спондиліт. *Rheumatology*, 91(1). <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556>
129. Hall, N. (2007). *Positive Psychology and Emotional Intelligence*. Positive Psychology News Daily, NY (Editor S.M.)
 130. Doroshkevych, D., & Ilyash, O. (2020). The Investigation of Emotional Intelligence Level in Non-Government Organization with the Use of Hall's Test. *The Journal of International Scientific Researches*, 5(Ek), 6–14. c
 131. Бурцева, О. (2021). Психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням (Кваліфікаційна робота для здобуття ступеню Магістра, Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут»).
 132. Chaban, Khaustova, & Bezsheyko. (2016). New quality of life scale in Ukraine: reliability and validity. *Indian Journal Of Social Psychiatry*, 4, 473.
 133. Spangler, D. L. (2010). The Change in Eating Disorder Symptoms scale: Scale development and psychometric properties. *Eating Behaviors*, 11(3), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.12.003>
 134. Hwang, A. D., & Spangler, D. L. (2016). Classifying symptom change in eating disorders: clinical significance metrics for the Change in Eating Disorder Symptoms Scale. *Eating Behaviors*, 21, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.003>
 135. Björk, A., Dahlgren, J., Gronowitz, E., et al. (2020). High prevalence of neurodevelopmental problems in adolescents eligible for bariatric surgery for severe obesity. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.15702>
 136. Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., et al. (2020). Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self-Help Intervention for Eating Disorders in College Women. *JAMA Network Open*, 3(8), e2015633. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15633>
 137. Diedenhofen, B., & Musch, J. (2015). cocor: A Comprehensive Solution for the Statistical Comparison of Correlations. *PLOS ONE*, 10(4), Стаття e0121945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121945>

138. Schramm, E., Elsaesser, M., Jenkner, C., et al. (2024). Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 23(2), 257–266. <https://doi.org/10.1002/wps.21204>
139. Khaustova, O. O., Markova, M. V., Driuchenko, M. O., & Burdeinyi, A. O. (2022). Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. *General psychiatry*, 35(5), e100881. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881>

Результати тесту Шапіро-Вілка

Таблиця 84. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу для всієї вибірки (n=163).

Показник	W	p
Вік	0.945	<0.001
BES	0.990	0.325
Зріст	0.992	0.475
Вага	0.958	<0.001
IMT	0.916	<0.001
HADS-A	0.957	<0.001
HADS-D	0.941	<0.001
Тест Гола:		
Емоційна обізнаність	0.953	<0.001
Управління своїми емоціями	0.906	<0.001
Самомотивація	0.954	<0.001
Емпатія	0.934	<0.001
Розпізнавання емоцій	0.930	<0.001
Загальний бал	0.945	<0.001
CQLS	0.992	0.495
TAS	0.988	0.201

Таблиця 85. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від статі

Показник	Чоловіки		Жінки	
	W	p	W	p

Вік	0.938	0.003	0.944	<0.001
BES	0.934	0.002	0.974	0.050
Зріст	0.991	0.919	0.985	0.329
Вага	0.980	0.360	0.959	0.004
IMT	0.876	<0.001	0.941	<0.001
HADS-A	0.955	0.019	0.946	0.001
HADS-D	0.943	0.005	0.932	<0.001
Тест Гола:				
Емоційна обізнаність	0.936	0.002	0.949	0.001
Управління своїми емоціями	0.938	0.003	0.905	<0.001
Самомотивація	0.958	0.028	0.940	<0.001
Емпатія	0.946	0.007	0.929	<0.001
Розпізнавання емоцій	0.896	<0.001	0.928	<0.001
Загальний бал	0.948	0.008	0.961	0.005
CQLS	0.979	0.345	0.992	0.804
TAS	0.982	0.487	0.980	0.136

Таблиця 86. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від групи, T0

Показник	Група дослідження		Група порівняння	
	W	p	W	p
Вік	0.934	<0.001	0.941	0.001
BES	0.988	0.643	0.986	0.564
Зріст	0.986	0.471	0.988	0.646
Вага	0.949	0.002	0.944	0.002
IMT	0.910	<0.001	0.918	<0.001
HADS-A	0.956	0.006	0.955	0.008

HADS-D	0.944	0.001	0.932	<0.001
Тест Гола:				
Емоційна обізнаність	0.960	0.010	0.933	<0.001
Управління своїми емоціями	0.917	<0.001	0.888	<0.001
Самомотивація	0.967	0.030	0.929	<0.001
Емпатія	0.948	0.002	0.903	<0.001
Розпізнавання емоцій	0.922	<0.001	0.932	<0.001
Загальний бал	0.948	0.002	0.941	0.001
CQLS	0.988	0.626	0.988	0.671
TAS	0.984	0.405	0.988	0.663

Таблиця 87. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від тяжкості розладу харчування

Показник	Легкий		Помірний		Тяжкий		Д. тяжкий	
	W	p	W	p	W	p	W	p
Вік	0.959	0.168	0.919	0.001	0.946	0.008	0.934	0.588
BES	0.955	0.123	0.873	<0.001	0.977	0.270	0.767	0.019
Зріст	0.855	<0.001	0.984	0.690	0.992	0.961	0.904	0.354
Вага	0.828	<0.001	0.943	0.013	0.969	0.107	0.979	0.957
ІМТ	0.936	0.028	0.887	<0.001	0.824	<0.001	0.938	0.624
HADS-A	0.917	0.007	0.952	0.032	0.964	0.062	0.651	0.001
HADS-D	0.894	0.002	0.913	0.001	0.919	0.001	0.569	<0.001
Емоційна обізнаність	0.883	0.001	0.943	0.013	0.949	0.010	0.916	0.436
Управління своїми емоціями	0.919	0.008	0.911	0.001	0.929	0.001	0.775	0.023
Самомотивація	0.900	0.002	0.955	0.040	0.950	0.012	0.791	0.034

Емпатія	0.881	0.001	0.949	0.022	0.929	0.001	0.664	0.001
Управління емоціями інших людей	0.884	0.001	0.950	0.026	0.883	<0.001	0.805	0.045
Загальний бал тесту Гола	0.947	0.067	0.914	0.001	0.956	0.025	0.875	0.203
CQLS	0.974	0.480	0.955	0.041	0.984	0.567	0.941	0.645
TAS	0.976	0.545	0.978	0.402	0.980	0.410	0.887	0.257

Таблиця 88. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від групи, T1

Показник	Група дослідження		Група порівняння	
	W	p	W	p
BES	0.982	0.326	0.981	0.308
HADS-A	0.973	0.079	0.959	0.012
HADS-D	0.956	0.007	0.942	0.001
Тест Гола:				
Загальний бал	0.960	0.013	0.945	0.002
CQLS	0.066	0.200	0.964	0.024
TAS	0.984	0.421	0.986	0.514
CHEDS	0.992	0.880	0.994	0.973

Таблиця 89. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від групи, T2

Показник	Група дослідження		Група порівняння	
	W	p	W	p

BES	0.981	0.301	0.982	0.381
HADS-A	0.975	0.120	0.958	0.014
HADS-D	0.965	0.030	0.949	0.005
Тест Гола	0.976	0.153	0.948	0.004
CQLS	0.959	0.031	0.912	0.112
TAS	0.985	0.479	0.981	0.314

Таблиця 90. Показники тесту Шапіро-Вілка на нормальність розподілу, залежно від групи, ТЗ

Показник	Група дослідження		Група порівняння	
	W	p	W	p
BES	0.978	0.250	0.985	0.596
HADS-A	0.974	0.137	0.959	0.031
HADS-D	0.959	0.031	0.927	<0.001
Тест Гола	0.982	0.378	0.958	0.027
CQLS	0.917	<0.001	0.977	0.263
TAS	0.990	0.867	0.981	0.421

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Sinkevych, I. (2022). Психологічна дезадаптація осіб з переїданням . Психосоматична медицина та загальна практика, 6(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.353>
2. Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>
3. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>
4. Сінкевич, І. (2025). Ефективність персоналізованої психокорекційної програми для зменшення дезадаптації осіб із нападоподібним переїданням. Психосоматична медицина та загальна практика, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.592>
5. Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>

Відомості про апробацію результатів дослідження.

Положення дисертаційної роботи Сінькевич Інною Сергіївною оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

- «Психогенне переїдання в умовах стресу під час війни». Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Розлади харчової поведінки: психогенне переїдання під час військового конфлікту». III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Переїдання як провідний розлад харчової поведінки в умовах перманентного стресу » Науково-практична конференція «Травми війни. Мультимодальний підхід в стаціонарному лікуванні» (21-22 червня 2024 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
Київської клінічної лікарні на
залізничному транспорті № 1
Філії «Центру Охорони Здоров'я»
Акціонерного товариства
«Українська залізниця»
І.Ф. Пилипенко

« 14 » жовтня 2025 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Назва пропозицій для впровадження: Програма диференційованої психосоціальної корекції для осіб із нападоподібним переїданням.

2. Ким запропоновано, адреса виконавця: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13.

3. Джерела інформації: статті у фахових виданнях:

Sinkevych, I. (2022). Психологічна дезадаптація осіб з переїданням . Психосоматична медицина та загальна практика, 6(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.353>

Сінкевич, І. (2024). Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападоподібного переїдання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.544>

Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2024). Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападоподібного переїдання як мішені персоналізованого втручання. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i2.470>

Сінкевич, І. (2025). Ефективність персоналізованої психокорекційної програми для зменшення дезадаптації осіб із нападоподібним переїданням. Психосоматична медицина та загальна практика, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.592>

Сінкевич, І., & Хаустова, О. (2025). Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Здоров'я чоловіка, (1), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2025.326357>

4. Установа, що проводить впровадження: Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 1 Філії «Центру Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця».

5. Строки впровадження: у період 03.10.2022 року по 10.02.2025 року.

6. Ефективність впровадження: підвищення результативності психосоціальної корекції у пацієнтів із нападopodobним переїданням шляхом застосування диференційованого підходу до медико-психологічної підтримки.

7. Зауваження та пропозиції: відсутні.

Доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри медичної
психології, психосоматичної
медицини та психотерапії
університету імені О.О. Богомольця



О.О. Хаустова

Генеральний директор
Київської клінічної лікарні на
залізничному транспорті № 1
Філії «Центру Охорони Здоров'я»
Акціонерного товариства
«Українська залізниця»



І.Ф. Пилипенко