

Психоемоційна вразливість і харчові сценарії: до питання персоналізованого підходу в корекції нападаподібного переїдання

Інна Сінкевич

Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті
№1

Актуальність. У структурі розладів харчової поведінки нападаподібне переїдання (РНП) вирізняється як клінічно значуща форма, що демонструє тісний взаємозв'язок із порушеннями емоційної регуляції, високим рівнем алекситимії та дефіцитами емоційного інтелекту. Особливу увагу привертає його асоціація з хронічним соматичним боєм, який не лише супроводжує РНП, але й формується на тлі спільних механізмів психоемоційної дезрегуляції. При цьому уніфіковані моделі психосоціального патогенезу РНП досі залишаються фрагментарними, що ускладнює створення ефективних програм персоналізованого втручання.

Мета. Визначити психоемоційні та соціальні чинники, асоційовані з тяжкістю проявів нападаподібного переїдання залежно від преморбідного типу харчової поведінки, для подальшої розробки цільових стратегій медико-психологічної корекції.

Методи та матеріали. У дослідженні взяли участь 163 пацієнти з РНП. Застосовувалися шкали BES, HADS, TAS та тест емоційного інтелекту Гола. Преморбідна харчова поведінка класифікувалася як емоційна, компульсивна або ситуативна. Проводився кореляційний та регресійний аналіз для виявлення зв'язків між психосоціальними чинниками та виразністю переїдання.

Результати. Виявлено достовірні зв'язки між емоційним станом, алекситимією, емоційним інтелектом та тяжкістю РНП. Гендерні особливості емоційного реагування та тип харчової поведінки модифікували ці зв'язки. Зокрема, пацієнти з компульсивним переїданням мали найнижчий рівень емоційного інтелекту, а також найвищі показники тривоги й депресії. Якість життя достовірно погіршувалась за умов високого ІМТ, алекситимії, психоемоційної дезадаптації.

Висновки. Преморбідні психосоціальні патерни харчової поведінки є значущими мішенями персоналізованих психотерапевтичних втручань при РНП. Урахування індивідуальних особливостей афективного функціонування та соціального контексту дозволяє ефективніше модифікувати поведінкові шаблони та покращувати якість життя пацієнтів.

Актуальність

Розлади харчової поведінки, зокрема нападаподібне переїдання (РНП), є значущим клінічним і соціальним викликом сучасної психіатрії та медичної психології. РНП є складним феноменом, що поєднує психоемоційні, соціальні та нейробіологічні механізми, які визначають його етіопатогенез та клінічні прояви. У структурі розладів харчової поведінки

само РНП демонструє найвищу поширеність, при цьому характеризується високим ступенем коморбідності з афективними, зокрема депресивними та тривожними розладами, хронічним соматичним болем, що значною мірою ускладнює діагностику і терапевтичну корекцію [1-4]. В наукових дослідженнях засвідчено роль таких чинників, як, алекситимія, низький рівень емоційного інтелекту, у становленні розладів харчової поведінки.

Алекситимія, як нездатність до розпізнавання і вербалізації власних емоцій, знижує можливості емоційного саморегулювання, що, своєю чергою, сприяє формуванню дезадаптивної харчової поведінки [5]. Пацієнти з РНП мають значно вищі показники емоційної дисрегуляції, ніж контрольна популяція, що проявляється схильністю до пригнічення афекту, румінацій, імпульсивної реакції на психоемоційний дистрес [6]. У пацієнтів із РНП виявляється стійке зниження емоційного інтелекту, зокрема в аспектах розпізнавання, усвідомлення та регуляції власних емоцій, що суттєво підвищує ризик емоційно зумовленого переїдання та знижує ефективність самоконтролю у станах емоційного дистресу [7]. Втім, системне вивчення впливу цих чинників з урахуванням преморбідного типу переїдання є недостатньо представленим у літературі.

Підвищення частоти РНП, його тісний зв'язок із ожирінням, психоемоційним станом та психоемоційною дезадаптацією, з погіршенням якості життя пацієнтів обумовлює необхідність пошуку нових підходів до діагностики, профілактики та терапії цього стану. Особливої уваги набуває дослідження преморбідних поведінкових шаблонів, що передують формуванню РНП, зокрема ситуативного, емоційного та компульсивного типів переїдання. Емоційне переїдання пов'язане з прагненням нейтралізувати негативний афект за допомогою їжі; компульсивне — з неможливістю контролю імпульсу; ситуативне — з поведінковими патернами, що закріплюються в соціально зумовлених контекстах [8]. Комбінація кількох типів преморбідного переїдання у межах одного клінічного випадку ускладнює терапевтичну стратегію, однак водночас відкриває простір для персоналізованого підходу до корекції.

Варто зауважити, що вагому роль у розвитку РНП відіграють і соціальні предиктори; зокрема несприятливе психосоціальне середовище в дитинстві (емоційне нехтування, критичні висловлювання щодо зовнішності, дефіцит підтримки) розглядається як предиктор подальших компульсивних форм харчової поведінки. Досвід психотравми, зокрема в дитячому або підлітковому віці, асоціюється з формуванням дисфункцій прив'язаності, підвищеною тривожністю та нейровегетативною гіперреактивністю, що створює підґрунтя для емоційно-опосередкованого переїдання. Вагова стигматизація, особливо в періоди формування особистісної ідентичності, поглиблює почуття меншовартості, сорому та соціальної ізоляції, які стають тригерами подальшого переїдання [9, 10].

Існуючі моделі патогенезу РНП — когнітивно-поведінкова, афективно-регуляторна, імпульсивно-нейробіологічна — кожна з яких акцентує на певному аспекті розладу, лише частково пояснюють його поліетіологічну природу. У цьому контексті біопсихосоціальна модель є найбільш адаптивною до сучасних уявлень, оскільки інтегрує нейробіологічні дані з клінічно значущими психоемоційними і соціальними змінними [2, 7, 9-11]. Разом із тим, вітчизняні джерела вказують на недостатню розробленість уніфікованих схем психосоціального супроводу осіб із РНП, особливо з урахуванням індивідуально-психологічного профілю [12].

Актуальним постає пошук патопсихологічних маркерів, які можуть слугувати підґрунтям для персоналізованої психокорекції та вторинної профілактики РНП. Комплексний аналіз соціально-демографічних, психоемоційних і поведінкових чинників дозволяє глибше зрозуміти механізми патологічної харчової поведінки та створити основу для цільових медико-психологічних втручань.

Перспективним напрямком клінічної практики виступає розробка персоналізованих програм медико-психологічної корекції з урахуванням преморбідного типу переїдання, емоційної

вразливості, рівня алекситимії та стресостійкості пацієнта. Попередні результати таких програм свідчать про статистично значуще зменшення частоти нападів переїдання, тривожності, депресивних проявів та покращення якості життя [13, 14].

Таким чином, міждисциплінарне осмислення феномену нападopodobного переїдання з урахуванням психоемоційних і соціальних чинників, преморбідної структури харчової поведінки та біопсихосоціального контексту створює підґрунтя для розробки цільових, доказово обґрунтованих стратегій клінічної допомоги.

Матеріали і методи

Дослідження проводилося у форматі відкритого когортного аналізу за участі 163 пацієнтів з клінічно верифікованим розладом нападopodobного переїдання (РНП), що зверталися за психотерапевтичною або психіатричною допомогою в амбулаторні підрозділи психосоматичної служби. Усі учасники надали письмову інформовану згоду відповідно до положень Гельсінської декларації, дослідження було схвалене локальною етичною комісією.

Для оцінки тяжкості розладу використовувалась шкала Binge Eating Scale (BES). Рівень тривожних і депресивних симптомів визначався за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Ступінь алекситимії оцінювався за шкалою Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Оцінка емоційного інтелекту здійснювалась за методикою Г. Холла у модифікації з валідованим українським перекладом.

Пацієнти були розподілені на три основні підгрупи згідно з преморбідним типом харчової поведінки: емоційний, компульсивний та ситуативний. Тип визначався шляхом клінічного інтерв'ювання та аналізу анамнезу згідно з актуальними класифікаціями. Статистичний аналіз проводився із використанням програм Jamovi та SPSS. Було застосовано методи описової статистики, коефіцієнти Спірмена та Пірсона, U-критерій Манна-Вітні, а також одно- і багатофакторні регресійні моделі. Рівень статистичної значущості встановлювався як $p < 0,05$.

Результати

Аналіз психоемоційного стану пацієнтів з розладом нападopodobного переїдання (РНП) виявив ознаки афективних розладів, а саме високий рівень тривоги та депресії у загальній вибірці, з вираженими статевими відмінностями. Зокрема, чоловіки мали достовірно вищі показники за шкалами HADS-A ($p=0,001$) та HADS-D ($p=0,003$), демонструючи переважання клінічно значущої тривоги (63,1%) і депресії (56,9%) порівняно з жінками (відповідно 48,0% і 40,8%).

Було встановлено позитивну кореляцію помірної сили між тяжкістю переїдання (BES) та показниками тривоги ($\rho=0,647$; $p<0,001$) й депресії ($\rho=0,583$; $p<0,001$). Гендерна диференціація цього зв'язку засвідчила його вищу виразність у жінок ($\rho=0,705$ для тривоги; $\rho=0,670$ для депресії), що вказує на більшу афективну вразливість жіночої когорти ($p<0,05$).

При аналізі типів преморбідної харчової поведінки виявлено, що зв'язок між тривогою і тяжкістю переїдання є стабільним серед пацієнтів усіх груп (емоційний тип — $\rho=0,640$; ситуативний — $\rho=0,594$; компульсивний — $\rho=0,409$) (рис. 1).

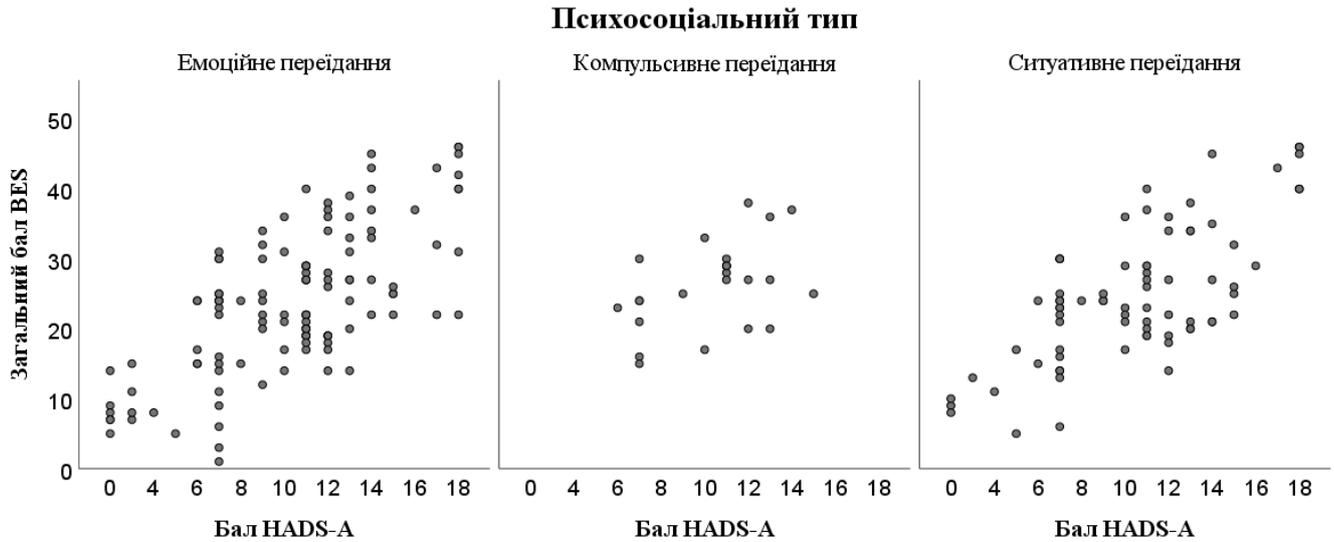


Рисунок 1. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із тривогою (HADS-A) залежно від переважаючого преморбідного психосоціального типу переїдання.

Щодо депресії, то статистично значущі кореляції були притаманні емоційному ($\rho=0,570$) і ситуативному типам ($\rho=0,584$), тоді як у підгрупі з компульсивним переїданням зв'язок був незначущим ($\rho=0,340$; $p=0,104$) (рис. 2).

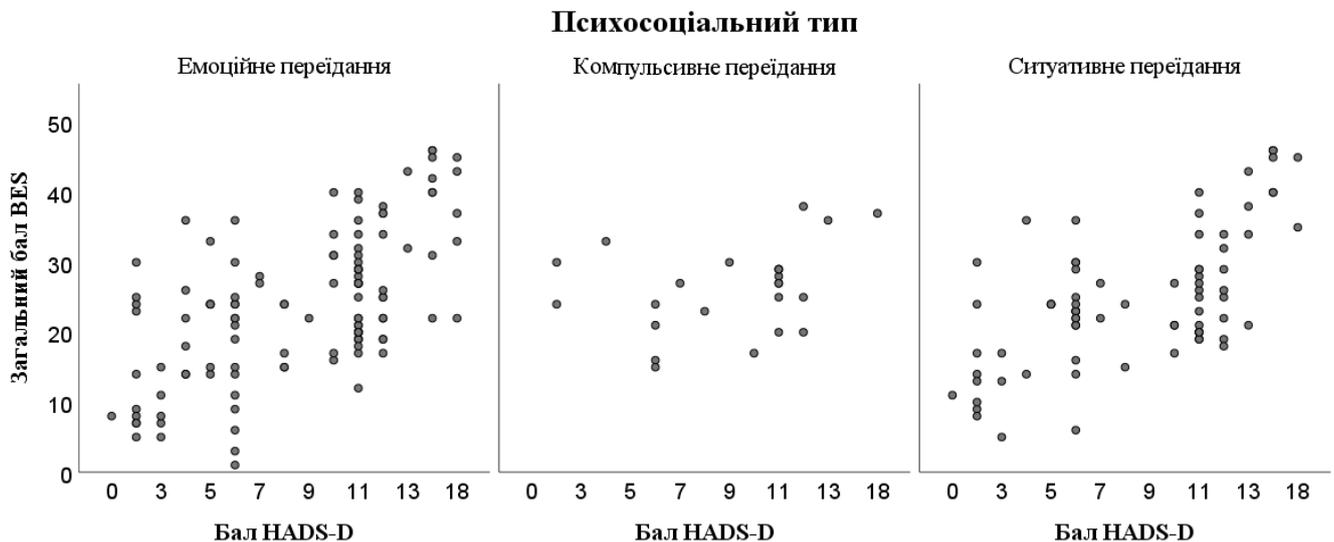


Рисунок 2. Кореляція тяжкості переїдання (BES) із депресією (HADS-D) залежно від переважаючого преморбідного психосоціального типу переїдання.

Тяжкість компульсивного переїдання виявилась найбільш пов'язаною з інтенсивністю тривоги та депресії: від дуже низьких показників HADS при легкому ступені до максимальних при

дуже тяжкому (HADS-A: 7 → 18; HADS-D: 4 → 17; $p < 0,001$).

Рівень алекситимії в середньому становив $64,5 \pm 9,3$, причому 69% пацієнтів мали клінічно виражену або ймовірну алекситимію. Встановлено позитивну кореляцію алекситимії з тяжкістю переїдання ($\rho = 0,324$; $p < 0,001$), яка, однак, була істотно значущою лише в жінок ($\rho = 0,245$; $p = 0,015$), але не в чоловіків ($\rho = 0,186$; $p = 0,137$).

Додатково було виявлено, що значна частина пацієнтів (понад 40%) повідомляли про наявність стійкого соматичного болю неясної етіології, переважно в ділянках шлунково-кишкового тракту, голови та опорно-рухового апарату. Цей біль мав хронічний характер, не був пов'язаний з об'єктивними соматичними порушеннями, проте достовірно корелював з високими показниками тривожності ($\rho = 0,521$; $p < 0,01$), алекситимії ($\rho = 0,436$; $p < 0,05$) та зниженим рівнем емоційного інтелекту ($\rho = -0,482$; $p < 0,05$).

Найвищий рівень алекситимії (TAS: $77,4 \pm 6,2$; $p < 0,001$) спостерігався у пацієнтів з дуже тяжким компульсивним переїданням, де 100% учасників мали клінічно виражену алекситимію (рис. 3)

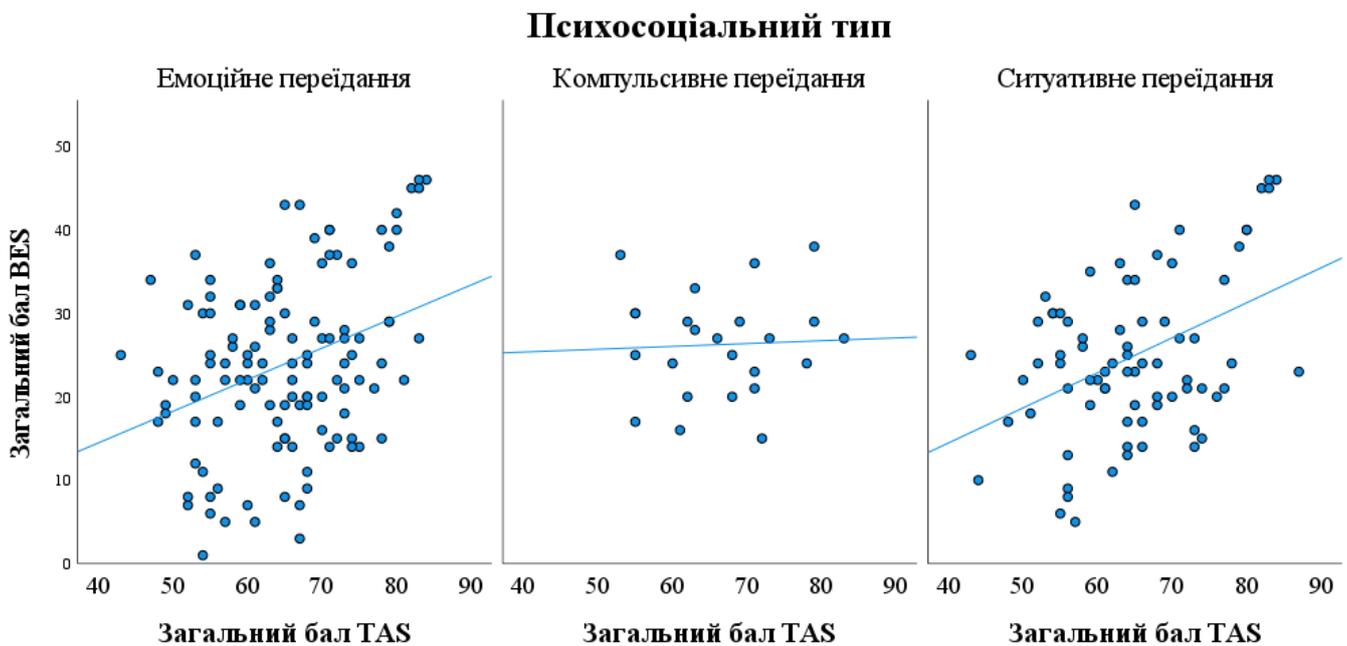


Рисунок 3. Кореляція тяжкості переїдання (BES) та алекситимії (TAS) залежно від психосоціального типу переїдання.

Емоційний інтелект, згідно з тестом Гола, виявився достовірно вищим у жінок за більшістю шкал: емоційна обізнаність ($p = 0,002$), самомотивація ($p < 0,001$), емпатія ($p < 0,001$), розпізнавання емоцій інших ($p < 0,001$). Загальний рівень EQ був нижчим у чоловіків ($p < 0,001$). Наявність високого рівня емоційного інтелекту реєструвалася лише серед жінок (17,4%), у чоловіків — жодного випадку.

Тяжкість переїдання статистично значущо негативно корелювала з усіма компонентами емоційного інтелекту, з найвищими коефіцієнтами для емпатії ($\rho = -0,611$) та загального балу EQ ($\rho = -0,692$; $p < 0,001$). При цьому зв'язок був сильнішим у жінок за всіма шкалами ($p < 0,05$).

При емоційному типі переїдання спостерігалась найсильніша негативна кореляція між EQ та BES ($\rho = -0,721$; $p < 0,001$), у ситуативному — помірна ($\rho = -0,659$), у компульсивному — слабка і незначуща ($\rho = -0,379$; $p = 0,068$) (рис. 4).

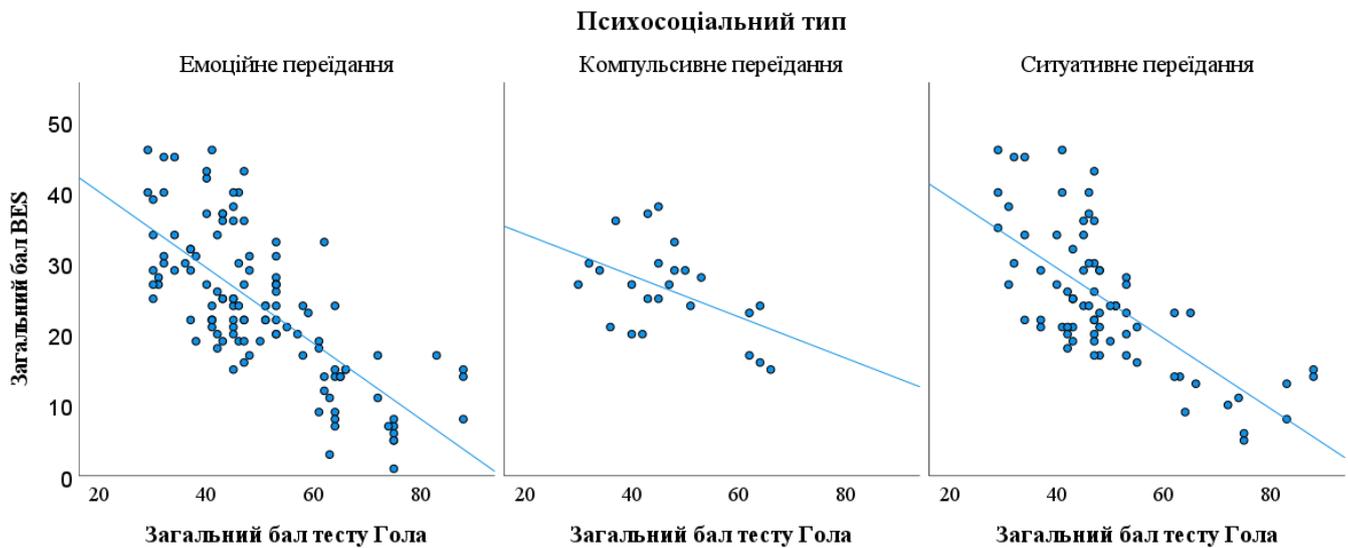


Рисунок 4. Кореляція тяжкості переїдання (BES) та загального балу тесту Гола залежно від психосоціального типу переїдання.

Обговорення

Отримані результати підтвердили гіпотезу про мультифакторну природу нападopodobного переїдання (РНП), в основі якого лежать складні взаємозв'язки між афективною сферою, преморбідними поведінковими патернами та соціально-психологічними характеристиками особистості. Висока поширеність тривожних і депресивних симптомів, в тому числі соматизованих, виявлена у досліджуваній когорті, корелює з даними зарубіжних авторів щодо емоційної детермінованості харчової поведінки у пацієнтів з РНП.

Гендерні відмінності в інтенсивності емоційної симптоматики й кореляціях з тяжкістю переїдання свідчать про різні механізми афективної дезрегуляції. Жінки частіше демонструють афективну вразливість і недостатню емоційну саморегуляцію, тоді як у чоловіків домінує алекситимічний профіль, що може сприяти формуванню більш автоматизованих форм переїдання.

Виявлені зв'язки між алекситимією, емоційним інтелектом та тяжкістю переїдання підкреслюють необхідність впровадження програм емоційно-когнітивного тренінгу, спрямованого на покращення афективної обізнаності та емоційної саморегуляції у цієї групи пацієнтів.

Важливо зазначити, що хронічний соматичний біль, який не мав органічного підґрунтя, виявився значущим клінічним супутником РНП. Його зв'язок з тривожністю, алекситимією та емоційною дезрегуляцією дозволяє розглядати біль не лише як тілесний симптом, а як компонент складної психосоматичної реакції на хронічний емоційний стрес. Це вимагає більшої уваги до тілесних скарг пацієнтів з розладами харчової поведінки, особливо в тих випадках, коли медична діагностика не дає чіткої соматичної відповіді.

Таким чином, персоніфікований підхід, що враховує як тип преморбідної харчової поведінки, так і афективні та соціальні характеристики пацієнта, дозволяє підвищити ефективність психокорекційних заходів та покращити прогноз у пацієнтів з РНП.

Висновки

РНП має тісні взаємозв'язки з психоемоційним станом, зокрема проявами афективної патології (тривога, депресія), больовими проявами, алекситимією та низьким рівнем емоційного інтелекту, що підтверджує його психосоматичну природу та вимагає комплексної психодіагностики. Виявлені гендерні відмінності у прояві емоційного дистресу, афективній вразливості та психоемоційних кореляціях обумовлюють доцільність гендерно чутливих інтервенцій.

Тип преморбідного переїдання модифікує клінічні прояви РНП: емоційне та ситуативне переїдання мають тісніший зв'язок із афективним фоном і рівнем емоційного інтелекту, тоді як компульсивне — з автоматизмом поведінкової відповіді та алекситимією. Індекс маси тіла, показники тривоги та депресії, алекситимія і зниження емоційного інтелекту є статистично значущими предикторами тяжкості РНП та рівня якості життя пацієнтів.

Враховання преморбідних психосоціальних патернів харчової поведінки має ключове значення для розробки персоналізованих програм психотерапії, що поєднують модулі розвитку емоційного інтелекту, роботи з алекситимією, корекції афективних розладів та психосоматичних проявів, зокрема хронічного болю.

Посилання

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013.
2. Leehr EJ, Schag K, Teufel M, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity—A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;115:214-226. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
3. Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A. I., Keck, P. E., & McElroy, S. L. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 13-26. DOI: 10.1007/s40519-016-0313-5
4. Sim, L., Fahrenkamp, A., Geske, J. R., Lebow, J., Thilges, H., Peterson, C. B., ... & Harbeck-Weber, C. (2024). Screening for eating disorders in adolescents with chronic pain: the Eating Attitudes Test-16-Chronic Pain. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01014-y>
5. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin SE. Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *J Eat Disord*. 2013;1:21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
6. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:111-122. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.05.010
7. Romero-Mesa, J., Pelaez-Fernandez, M. A., & Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1287-1301. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7>
8. Сінкевич І, Хаустова О. Особливості преморбідних поведінкових патернів переїдання у пацієнтів з розладом нападopodobного переїдання як мішені персоналізованого втручання. *PMGP [інтернет]*. 30, Червень 2024;9(2). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/470>
9. Barakat, S., McLean, S.A., Bryant, E. et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 11, 8 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
10. Dakanalis, A., Clerici, M., Caslini, M., Favagrossa, L., Prunas, A., Volpato, C., ... & Zanetti, M. A. (2014). Internalization of sociocultural standards of beauty and disordered eating



- behaviours: the role of body surveillance, shame and social anxiety. *Journal of Psychopathology*, 20, 33-37. <https://www.researchgate.net/publication/257757777>
11. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr Diab Rep.* 2018;18(6):35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x
 12. Огоренко, В.В. , Шорніков, А.В. , Крючихін, Т.А. (2024) Харчова поведінка і образ тіла підлітків під час воєнного стану. *Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія», Серія «Педагогіка», Серія «Медицина»)*, 9 (43). pp. 844-851. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-9(43)-844-851
 13. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509-528. DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
 14. Кокашинський, В.О. (2024) Лікування та реабілітація хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки. ["eprint_fieldopt_thesis_type_engd" not defined] thesis, Дніпровський державний медичний університет. URI:<http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8932>