

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ВІНІСЛАВСЬКА НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ
КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ
ОСОБИСТОСТІ

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
МУДРИК АЛЛА БОГДАНІВНА
кандидат психологічних наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри загальної та
клінічної психології

від _____ 2024р

Завідувач кафедри

проф. Журавльова О. В. _____

ЛУЦЬК 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Адиктивна поведінка особистості: ознаки,види, симптоми	11
1.2. Види порушень харчової поведінки	16
1.3. Психологічні особливості прояву компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості	23
Висновки до розділу І	29
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження	30
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	44
Висновки до розділу ІІ	58
ВИСНОВКИ	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ.....	65

АНОТАЦІЯ

Вініславська Наталія Вікторівна.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2023 р.

Магістерська робота присвячена вивченню компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості, дослідженню психологічних чинників, що сприяють його розвитку в сучасних умовах.

У теоретичній частині дослідження розглядаються основні концепції компульсивного переїдання, аналізуються психологічні, соціальні та біологічні фактори, що сприяють розвитку цього розладу. Особлива увага приділена впливу стресових факторів, механізмам емоційної регуляції та негативному впливу складної соціально-економічної ситуації в Україні на психічне здоров'я населення.

Емпіричне дослідження базується на даних, зібраних через анкетування та психологічне тестування, зокрема за допомогою методик, що включають: Особистісний опитувальник акцентуації характеру Леонгарда-Шмішека, методика діагностики якостей і станів особистості (модифікована форма) опитувальника ЕРІ, тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale) з метою здійснення аналізу досягнутих результатів.

Одержані результати дають можливість виокремити головні фактори, які обумовлюють виникнення та розвиток компульсивного переїдання. Також результати дослідження дозволяють програмувати ефективні психокорекційні стратегії та можливості профілактики, спрямовані на подолання розладу. Висновки магістерської роботи можуть бути корисними для фахівців-

психологів, психотерапевтів та лікарів у роботі з людьми, які мають проблеми з харчуванням.

Дослідження дозволило визначити ключові елементи, які впливають на формування компульсивного переїдання, що відкриває перспективи для розробки ефективних психологічних і терапевтичних підходів до профілактики та корекції цього розладу.

Ключові слова: адикція, адиктивна поведінка, біохімічні адикції, розлади харчової поведінки, компульсивне переїдання.

ANNOTATION

Nataliya Viktorivna Vinislavska.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE MANIFESTATION OF COMPULSIVE OVEREATING AS A BIOCHEMICAL ADDICTION OF PERSONALITY – Manuscript.

Graduation qualification work for the degree of «Master» in the specialty 053 Psychology. Educational and professional program Clinical psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2023.

The master's thesis is devoted to the study of compulsive overeating as a biochemical addiction of the individual, to the study of psychological factors contributing to its development in modern conditions.

The theoretical part of the study examines the main concepts of compulsive overeating, analyzes the psychological, social and biological factors contributing to the development of this disorder. Special attention is paid to the impact of stress factors, mechanisms of emotional regulation and the negative impact of the complex socio-economic situation in Ukraine on the mental health of the population.

Empirical research is based on data collected through questionnaires and psychological testing, particularly through techniques including: Leonhard-Smishek Personality Accentuation Questionnaire, method of diagnosing personality qualities and states (modified form) of the EPI questionnaire, test of eating behavior preferences (EAT-26), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Binge Eating Scale with in order to analyze the achieved results.

The obtained results make it possible to single out the main factors that determine the occurrence and development of compulsive overeating. Also, the results of the study make it possible to program effective psychocorrective strategies and prevention opportunities aimed at overcoming the disorder. The conclusions of the master's work can be useful for psychologists, psychotherapists and doctors in working with people who have problems with eating.

The study made it possible to determine the key elements that influence the formation of compulsive overeating, which opens perspectives for the development of

effective psychological and therapeutic approaches to the prevention and correction of this disorder.

Key words: addiction, addictive behavior, biochemical addictions, eating disorders, compulsive overeating.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тема компульсивного переїдання є актуальною через постійне зростання кількості людей з надлишковою вагою по всьому світу. В свою чергу зайва вага загрожує захворюваннями серцево-судинної системи, діабетом 2-го типу, порушеннями дихальних систем, підвищеним ризиком онкології, репродуктивними порушеннями, психологічними труднощами та скороченням тривалості життя. Це є глобальною проблемою, оскільки доступ до їжі стає все простішим для більшості людей. Люди, які шукають допомоги у фахівців, частіше страждають від булімії та анорексії. За даними ВОЗ, близько 30% населення світу має надлишкову вагу або страждає від ожиріння. Прогнози показують, що до 2025 року ці цифри можуть зрости до 40% серед чоловіків та 50% серед жінок. Оскільки компульсивне переїдання часто призводить до набору зайвої ваги, це може відображати проблему у частини цих людей. Розлад переїдання визнаний як психічний розлад згідно з DSM-5 та ICD-11. Він поширеніший, ніж нервова анорексія чи булімія, і характеризується епізодами переїдання без компенсаторних дій, таких як блювота чи надмірні фізичні навантаження, щоб контролювати вагу. Ці епізоди супроводжуються відчуттям втрати контролю, тривогою, депресією або почуттям провини, що вказує на психологічні та емоційні труднощі, які ускладнюють саморегуляцію. Декілька факторів може впливати на харчову поведінку, спонукаючи людей споживати їжу понад міру. Для багатьох людей їжа стає засобом управління негативними емоціями. Тому переїдання можна розглядати як неадаптивний спосіб подолання стресу.

Цей феномен активно вивчається вченими як в Україні (Асанова А., Хаустова О., Чабан О., 2021), так і за кордоном (Escrivá-Martínez et al., 2019; Kenny et al., 2019). Однак він залишається недостатньо дослідженим і потребує подальших досліджень.

Об'єктом дослідження є феномен залежної поведінки особистості.

Предметом дослідження — психологічні особливості прояву компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості.

Мета полягає в теоретичному аналізі поняття компульсивне переїдання як біохімічна адикція особистості в сучасній психологічній науці та емпіричному з'ясуванні особливостей прояву компульсивного переїдання.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз феномену компульсивного переїдання в сучасній психологічній науці.

2. Емпірично дослідити психологічні особливості прояву компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості.

При проведенні дослідження було використано **методи**:

1. Методи теоретичного аналізу проблеми на підставі вивчення наукової літератури: порівняння, абстрагування, систематизація та узагальнення одержаної наукової інформації.

2. Комплекс психодіагностичних методів, представлений:

- Особистісний опитувальник акцентуації характеру Леонгарда-Шмішека;
- Методика діагностики якостей і станів особистості (модифікована форма) опитувальника ЕРІ;
- Тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26);
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
- Шкала компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale) з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

3. Методи обробки та інтерпретації результатів дослідження (порівняльний аналіз емпіричних даних, математичні методи: визначення середніх величин, відсотковий, кореляційний аналіз).

Методологічну і теоретичну основу дослідження складають ідеї: Л.Абсалямова, М.Фатєєва, Ю.Савенкова, В.Шебанова, М.Гриньова, О.Мойзріст, І.Корновал, І.Малкіна-Пих, М.Овдій, Л.Дудар, М.Кириленко, А.Русинова, Т.Кудла, З.Ковальчук, Є. Ільїна, Ц. Короленка, В. Менделевича, С. Смагіна, А. Єгорова, Є. Змановської, Е. Юрченка та М. Cooper, Frank G., J. Suisman S. Markus, G. Russel, У. Оутса, Б. Робінсона, Ш. Ференці, Л. Макміллана та інших.

База дослідження. Вибірку дослідження склали особи жіночої статі – 40 осіб, віком від 18 років.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження протокол №3, від 15.12.2023 року.

Наукова новизна полягає в удосконаленні наукових уявлень про явище адикцій, зокрема біохімічної адикції – компульсивне переїдання, через розкриття змісту, симптоматики; подальшого розвитку набули положення про реальний перебіг феномену компульсивного переїдання, з урахуванням особистісних характеристик досліджуваних.

Практичне значення роботи: на основі результатів дослідження можуть бути розроблені практичні рекомендації, що можуть бути використаними клінічними психологами, психотерапевтами, дієтологами з метою здійснення профілактики та подолання адикції компульсивного переїдання. Результати дослідження успішно доповняють такі навчальні курси як «Психологія залежної поведінки», «Загальна психологія», «Клінічна психологія».

Надійність та вірогідність одержаних результатів забезпечено методологічною та теоретичною обґрунтованістю вихідних положень дослідження, комплексним використанням методів, адекватних меті та завданням наукового дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням якісного та кількісного аналізу результатів із використанням методів математичної статистики.

Апробація результатів. Результати дослідження представлялися та обговорювалися на науково-практичних семінарах та конференціях Волинського національного університету імені Лесі Українки, на міжнародних науково-практичних конференціях та семінарах:

1. Адиктивна поведінка особистості: теоретико-методологічний аналіз феномену / Н. Віниславська, А. Мудрик // Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології: зб. тез доп. III міжнар. наук.-практ. конф. (30-31 травня. 2024 р., м. Луцьк, Україна) – Луцьк : ФОП Мажула Ю.М. 2024. С. 22-24.

2. До питання компульсивного переїдання як біохімічної адикції

особистості / Н. Вініславська, А. Мудрик // Матеріали XI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (13-17 трав. 2024 р.) = Abstract X International Scientific & Practical Internet Conference (May 13-17, 2024 / за заг. ред. Я.О. Гошовського, О.В. Журавльової, Т.І. Дучимінської, Н.С. Коструби, А.В. Кульчицької, А.Б. Мудрик, Т.В. Федотової. – Луцьк : ФОП Мажула Ю. М., 2024. С. 8-10.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 3 рисунка. Список використаних джерел налічує 50 найменувань (з них іноземною мовою - 32). Повний обсяг роботи – 64 сторінок.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Адиктивна поведінка особистості: ознаки, види, симптоми

Залежна (адиктивна) поведінка в сучасному світі є однією з найскладніших і найважливіших проблем для психології. Вивчення цього явища є важливим теоретичним та практичним завданням, яке стоїть перед сучасним суспільством.

Адиктивна поведінка представляє собою форму поведінки, що відхиляється (девіантна поведінка) включає деструктивні звички, спрямовані на втілення прагнень до втечі від дійсності через штучну зміну психічного стану. Це може проявлятися у вживанні різних хімічних сполук або в інтенсивній увазі до певних видів діяльності з метою досягнення та підтримки сильних емоцій.

При дослідженні даної теми важливо спочатку розглянути термін "девіантна поведінка" та подібні поняття, які застосовуються в психології, такі як "поведінка, яка порушує соціальні норми", "неприйнятна поведінка", "дисфункціональна поведінка", "аномальна" тощо.[5]

Тлумачення термінів "девіантність" і "девіація" зазвичай асоціюється з ім'ям французького соціолога Еміля Дюркгейма (1998). Застосування поняття "девіантна поведінка" неможливо без аналізу сутності та функцій правил соціальної взаємодії. Девіантна поведінка (лат. *Deviatio*-відхилення)- це вчинки особи (девіанта), які порушують моральні та правові норми, встановлені офіційно в суспільстві або неформально в окремій соціальній групі, що може призвести до її карання.[7]

Тема вивчення причин виникнення девіантної поведінки була висвітлена у працях таких науковців, як З. Фрейд, Е. Еріксон, Б. Ньюман, А. Адлер, Е. Берн, А. Елліс, А. Д. Самерофф, Г. Патерсон, А. Бандура, В. С. Битенський, А. А. Вдовиченко, Н. Я. Копит, 7 Т. А. Немчин, Д. Д. Єнікєєва, Н. Ю. Максимова, В. Ю. Зав'ялов, Б. С. Братусь, Л. І. Булотайте, В. Буріан, Л. Вюрсмер та ін.

Протягом багатьох десятиліть вчені в Україні та за її межами вивчали причини відхилень у поступках індивіда, а також поведінкові розлади. Девіантну поведінку досліджували у різних галузях наукового знання: соціальній, загальній, віковій психології, соціології, психіатрії та юрисприденції. Було досліджено декілька провідних теоретичних підходів для визначення підстав девіантної поведінки.

Приміром, у рамках психоаналітичного підходу девіантна поведінка індивіда розглядається як результат недостатньої ефективності психологічного захисту, який має зменшити напругу, спричинену дисгармонійною взаємодією між Ід, Его та Супер-Его, що неможливе для нормальної життєдіяльності особистості (З. Фрейд). Згідно до А. Адлера, девіантна поведінка виникає через недостатню або викривлену компенсацію відчуття меншовартості, а відповідно до К. Хорні через тривожність, яка може призвести до неврозів та інших розладів.

За Е. Фромом девіантна поведінка індивіда трактується через психологічні механізми, такі як конформізм і руйнівна поведінка, що допомагають вирішити конфлікти між потребою стверджуватися як особистість та прагненням бути частиною соціальної спільноти. В. Франкл, поборник екзистенційно-гуманістичного підходу, вважає підставою девіантної поведінки "екзистенційний вакуум" — відчуття духовного спустошення, відсутності сенсу буття. Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек) трактує основи девіантної поведінки через когнітивні спотворення та стереотипи, які сприяють формуванню негативних емоцій, які у свій час можуть привести до змін поведінки на девіантну.

Визначення девіантної поведінки ґрунтується на врахуванні її соціальних і медичних характеристик. На думку О.В. Змановської, девіантна поведінка характеризується стійкими відхиленнями від ключових норм суспільства, яка здатна завдавати шкоди як суспільству, так і самій особистості, та остаточно супроводжується порушенням соціальної адаптації.

Ключові ознаки та основні характеристики девіантної поведінки:

- Брак здатності контролювати й регулювати власну поведінку;
- розлад ділянок пізнавальної та емоційної сфери;
- особистісна соціальна дезадаптація.

Відповідно до точки зору О.В. Змановської, девіантна поведінка визначається такими ознаками:

- стійкість та повторюваність (поведінка неодноразова, а багаторазова або довготривала);
- діяльність, що відповідає медичній нормі (притаманна психічно здоровим людям, а не тим, хто має психічні захворювання);
- узгодженість із загальною орієнтацією особистості;
- порушення соціальної адаптації;
- завдання шкоди собі та іншому.

Слід звернути особливу увагу на психологічні аспекти класифікації девіантної поведінки. Таким чином, адиктивну поведінку можна трактувати як форму зв'язку з речовиною, діяльністю або іншою особою, що призводить до порушення адаптивного балансу та гармонії з навколишнім середовищем. Адиктивну поведінку також можна трактувати як спосіб уникнення та зміни складної реальності шляхом утворення стану свідомості, що реалізується через різні механізми та виступає саморегульованою системою активності. Це запальне та рецидивуюче захворювання мозку, яке має спільні риси з іншими хронічними хворобами. Можна розглядати як форму девіантної, рецидивної та дезадаптивної й щораз сильнішої поведінки або як стиль життя, направлений на отримання задоволення.

Крім того, адиктивна поведінка може проявитися як примус до виконання певних дій без чіткої раціональної мотивації, що підтверджує інтереси людини та її оточення. Це також може бути наслідком змін у функціонуванні нейротрансмітерів у мезо-кортико-лімбічній структурі мозку. Це як потяг до шукання та використання психоактивних речовин, як манера поведінки, деструктивний спосіб соціальної взаємодії, копінг-стратегія чи внутрішній покликання до діяльності.

Тяжкість проявів адиктивної поведінки змінюється від майже нормального функціонування до серйозних видів залежностей, що ускладнюються значними соматичними та психічними порушеннями.[8]

Етіологічно адиктивна поведінка виникає в результаті взаємодії множини факторів на різних рівнях інтегральної індивідуальності людини, включаючи еволюційний, генетичний, нейробіологічний, психофізіологічний, глибинно-особистісний, соціально-психологічний і інформаційно-культурний аспекти. Основним патогенетичним фактором розвитку адикції є мутації генетичних структур, які порушують нормальне функціонування еволюційно розвинутої системи біологічного підкріплення, розташованої у мезо-кортико-лімбічних структурах мозку. Це проявляється у порушенні метаболізму і функціонуванні нейротрансмітерів.[3]

Адиктивна поведінка розвивається поступово, пройшовши кілька етапів до розвитку залежності. Початково вона може бути невинною, але з часом посилюється та веде до формування залежної поведінки. Мотивація для такої поведінки відрізняється на кожному етапі залежності. Строк і особливість здійснення цих етапів залежать від різноманітних факторів, таких як об'єкт (наприклад, вид наркотиків), а також особистісні характеристики адикта (такі як вік, соціальні зв'язки, інтелект, здатність до сублимації). Залежна поведінка характеризується наявністю циклів.

Фази циклу адиктивної поведінки:

- внутрішня схильність до адиктивних проявів ;
- посилення емоційної напруги та бажання;
- шукання та прагнення досягти об'єкта залежності;
- досягнення бажаного стану за допомогою певного об'єкта;
- заспокоєння;
- період стабілізації (тимчасове полегшення стану).

Індивідуальні особливості впливають на частоту та інтенсивність цих циклів, створюючи широкий спектр проявів (один день, тиждень, місяць).

Не всі форми залежності мають такі руйнівні наслідки, як алкоголізм та наркоманія, але закономірно призводять до особистісних змін і соціальної дезадаптації.

Отже, залежна (адиктивна) поведінка — це форма саморуйнівної поведінки, яка виникає через залежність від вживання деяких речовин або здійснення конкретної діяльності з наміром переходу до іншого емоційного стану. Для людини ця залежність суб'єктивно сприймається як неможливість існування без об'єкта залежності, що супроводжується сильним, майже неконтрольованим прагненням до нього. Така поведінка має виражений руйнівний вплив, адже завдає шкоди як фізичному здоров'ю, так і особистісному розвитку.

Погляди на природу адиктивної поведінки змінювалися разом із розвитком культури, але й досі не є повністю сформованими. Однією з перших була моральна модель, яка трактує залежну поведінку як результат духовної слабкості та моральної незрілості. Вона ґрунтується на релігійних переконаннях, відповідно до яких шкідливі звички вважаються вираженням гріховності людини[7].

Раніше основну увагу приділяли хімічним адикціям, таким як алкоголізм, наркоманія та тютюнопаління, а також вживання різних стимуляторів. Проте сьогодні очевидно, що залежність може формуватися не лише через вживання психоактивних речовин, але й у результаті певних видів діяльності чи споживання інформації, які забезпечують швидке задоволення. Сучасні дослідження вказують на приблизно тисячі різних адиктивних «агентів» (адиктогенів), які сприяють розвитку поведінкових залежностей. Залежності поділяються на: хімічні, біохімічні та нехімічні.

Харчові залежності, такі як переїдання і голодування, займають проміжне місце між хімічними та нехімічними залежностями, оскільки у їх формуванні беруть участь як поведінкові, так і біохімічні механізми. Ці явища належать до групи проміжних адикцій.[5]

1.2. Види порушень харчової поведінки.

Перш ніж розглядати процес виникнення та розвитку розладів харчової поведінки, варто спершу уточнити саме поняття "харчова поведінка". Л.М. Абсалямова зазначає, що харчова поведінка – це система взаємодії індивіда з навколишнім середовищем, спрямована на задоволення потреб через споживання їжі.[1] Харчова поведінка є психологічною системою, яка формується не лише біологічними, але й психологічними та соціокультурними чинниками. В.Д. Менделевич дає детальне визначення цього поняття, описуючи його як значущий підхід до харчування і процесу прийому їжі, а також як стереотип харчування в звичайних умовах і під час стресу, зосередженість на сприйнятті свого тіла та заходи для його вдосконалення.[4]

Збалансована харчова поведінка визначається відповідністю кількості, складу, форми, способу споживання та приготування їжі потребам організму в поживних речовинах та енергії. Вона залежить від стану ферментних систем, рівня енерговитрат, біоритмів, мотивації до харчування та фізичної активності. Дослідження харчової поведінки людини виокремлюють кілька основних типів, серед яких можна виділити обмежувальний, емоційно зумовлений та екстернальний. Обмежувальний тип харчової поведінки характеризується контролем ваги або її зниженням за допомогою свідомого обмеження в їжі. Емоційна поведінка визначається потягом до їжі в результаті негативних емоційних станів. Екстернальна поведінка активується як реакція на навколишні подразники, наприклад, коли людина бачить, як інші їдять, або відчуває запах чи бачить привабливу їжу. Для визначення типу харчової поведінки зазвичай використовується Голландський опитувальник.[17]

Ряд досліджень апелює до психосоматичної моделі, щоб пояснити зв'язок між емоціями та харчовою поведінкою .[14],[25] Згідно з цією теорією, люди можуть їсти не тому, що голодні, а щоб впоратися з негативними емоціями, такими як стрес чи смуток. Стрес змушує людину відчувати себе голодною, і вона починає більше їсти, що призводить до набору зайвої ваги.

У психосоматичній моделі також розглядаються ранні стосунки матері та дитини. У випадку якщо реакція матері на крик дитини- годування, то дитина втрачає здатність відрізнити голод від негативного емоційного стану . А отже, будучи дорослою саме така особистість, має схильність "заїдати" негативні емоції.[35]

Відповідно до наукової праці Маргарет Малер, яка займалась дослідженням взаємодії матері та немовляти, основними передумовами психічного здоров'я дитини є його вроджена і така яка поступово розвивається, здатність зберігати самоприйняття під час процесу сепарації та індивідуалізації. М.Малер опирається на концепцію К. Віннікотта щодо інтроекції зовнішнього об'єкта, яка є важливою для того, щоб людина могла бути наодинці (Winnicott, 1958). Об'єкт, що підсвідомо ототожнюється з матір'ю, наповнює дитину почуттям безпеки, що дозволяє їй досягти позитивного ставлення до себе та здатності довіряти оточуючим.[30]

Якщо потреба дитини в безумовній любові та розумінні не задовольняється, або процес сепарації та індивідуації відбувається з труднощами, дитина може спробувати компенсувати це через переїдання. У дорослому віці, стикаючись із незадоволеною потребою в любові, людина може спробувати наповнити цю порожнечу їжею. Така регресивна поведінка часто є реакцією на соціальні заборони безпосередньо на прохання про любов і турботу, коли ж, натомість, незалежність і самостійність стають предметом заохочення. Представники психодинамічного підходу також вважають, що порушення харчової поведінки виникає через внутрішні конфлікти, викликані напруженням між потребами і мотивацією.

Розлад харчової поведінки формується через взаємодію фізіологічних чинників та психологічних . Порушення харчової поведінки- це серйозна загроза для здоров'я людини.[5]

Згідно інформації ВООЗ ступінь смертності серед людей із психічними захворюваннями є найвищим саме серед тих, хто страждає на розлади харчової поведінки. Порушення харчової поведінки фактично відбувається у

підлітковому віці, а також на початку дорослості. У період фізичних змін, що проходять під час статевого дозрівання та в процесі дорослішання, молоді люди часто свідомо змінюють харчові звички.

Розлади харчової поведінки фактично з'являються в підлітковому періоді або на ранніх етапах дорослого життя. У фізичних процесах, які супроводжують статеве дозрівання, а також досягнення зрілості, молоді люди нерідко свідомо коригують свої харчові звички.

Вивчення таких розладів є одним із ключових напрямів сучасної психології, і з цієї тематики вже створено чимало наукових праць.

Причини та багатофакторний характер порушень харчової поведінки досліджували такі науковці, як Л.М. Абсалямова, М.С. Фатєєва, Ю.І. Савенков, В.І. Шебанова, М.В. Гриньова, О.М. Мойзріст, І.Г., М.В. Корновал, І.Г. Малкіна-Пих, М.О. Овдій, Л.В. Дудар, М.І. Кириленко, А.А. Русинова, Т.В. Кудла З.Я. Ковальчук та М. Cooper, Frank G., J. Suisman S. Markus, G. Russel, а також інші. В межах особистісного підходу ключовими факторами, що впливають на розвиток порушення харчової поведінки, вважається спотворене ставлення до себе та нестійке самоспийняття. С. Недоступ наголошує, що нестійка самооцінка при розладах харчової поведінки супроводжується такими факторами, серед яких: нахил до перфекціонізму, низька стресостійкість у повсякденному житті, залежність від схвалення оточення, набутий комплекс неповноцінності, який маскується під демонстрацію власних переваг, поверхневу комунікабельність у сукупності зі глибокими емоційними страхами, уникнення відповідальності за прийняття рішень, тенденція перекладати провину на інших, а також стереотипна поведінка, яка систематично повторюється.[6] .

З моменту народження важливу роль у формуванні емоційного стану людини відіграє саме харчування.

Для дитини процес насичення асоціюється з відчуттям "мене люблять". В процесі грудного вигодовування дитина відчуває зменшення дискомфорту й тривожності. Отже, задоволення голоду тісно пов'язане з відчуттям безпеки. Також, упродовж першого року життя харчування стає важливим чинником у

становленні стосунків матері та дитини. Пізніше вона стає ключовим елементом процесу соціалізації. Соціальні, етнокультурні, релігійні, а також традиційні чинники суттєво впливають на формування харчових стереотипів, особливо в стресових ситуаціях. Як зауважує Ю. І. Савенков, потреба людини в їжі має більш об'ємний характер в порівнянні з тваринами.[9]

Їжа виконує кілька функцій: вона може бути джерелом задоволення як самоціль; способом зняття психоемоційної напруги; засобом для спілкування в колективі; формою нагороди чи заохочення; задоволенням естетичних потреб; підтримкою певних звичок або ритуалів, а також одним із засобів самовираження в рамках суспільного становища.

Відповідно до класичного означення Американської Психіатричної Асоціації, розлади харчової поведінки відзначаються тривалими порушеннями харчування або поведінки, пов'язаної з харчуванням, які спричиняють зміни в споживанні їжі та значно погіршують фізичне здоров'я та психосоціальні функції.

Згідно з регламентом Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), порушення харчової поведінки включають аномальну поведінку, яка тісно пов'язана з харчуванням та яка не може бути адекватно пояснена з порушеннями здоров'я, не відповідає віковим особливостям розвитку та не є традиційно допустимою.[42]

Проаналізуємо детальніше види розладів харчової поведінки. В «Міжнародній класифікації хвороб» 10-го перегляду (МКХ-10) розділ «Розлади прийому їжі» (F50) належить до категорії F5 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами» і включає такі порушення: нервова анорексія; нервова булімія. [42]

У Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-V) до розділу «Розлади прийому їжі» відносяться: нервова анорексія; нервова булімія; неуточнені розлади харчової поведінки, а також компульсивне переїдання (Binge Eating).[11]

Згідно з МКХ-10, нервова анорексія описується як «розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, викликаним або підтримуваним самим пацієнтом».[40] Висвітлено чинники, що підтверджують захворювання нервової анорексії в МКХ-10 та DSM-V. Згідно з МКХ-10, вага тіла людини з нервовою анорексією на 15% нижча за нормативну, а індекс маси тіла Квітелета становить 17,5 або менше. Зниження ваги досягається самим пацієнтом шляхом уникання калорійної їжі або їжі, що "повнить". Для цього використовуються методи, такі як викликання блювання, прийом проносних засобів, діуретиків, препаратів, що пригнічують апетит, а також виконання фізичних вправ. В осіб з нервовою анорексією відстежуються нав'язливі та надцінні ідеї, пов'язані з спотвореним поглядом на себе.. З'являються проблеми з ендокринною системою, що в препубертатному віці може стати причиною припинення росту, а у дівчат — до первинної аменореї.

Нервова булімія в МКХ-10 пояснюється як «синдром, що характеризується повторюваними нападами переїдання та надмірним занепокоєнням щодо контролю ваги тіла, що спонукає хворого до крайніх заходів для нейтралізації впливу їжі».[40]

У МКХ-10 вказано кілька діагностичних критеріїв нервової булімії. Першим з них є повторювані епізоди компульсивного переїдання, які характеризуються тим, що людина споживає кількість їжі, яка об'єктивно є значно більшою, а ніж інші з'їли б за аналогічний проміжок часу. Під час таких нападів спостерігаються проблеми з контролем над їжею. Слідуючим критерієм є відтворення аномальної компенсаторної поведінки, яка направлена на уникнення збільшення ваги, вона може включати свідоме викликане блювання, зловживання медикаментами, голодування, а також зайву фізичну активність. Така поведінка має з'являтися хоча б один раз в тиждень на протязі трьох місяців та приводити до сильного впливу фігури та ваги на самосприйняття. Такі розлади можуть з'являтися не тільки разом з епізодами нервової анорексії. Нервова булімія є синдромальним комплексом, який складається з нападів переїдання та самоочищення й занепокоєння власною зовнішністю.[22] Клінічна картина

нервової булімії має багато спільного з нервовою анорексією. Варто звернути увагу на розлад харчової поведінки, відомий як орторексія, для якого поки що не визначено окрему категорію в DSM-V. Орторексія — це специфічне порушення, яке проявляється патологічною фіксацією на правильному харчуванні.[27] Особи з орторексією дотримуються суворої дієти, споживаючи тільки корисну їжу і уникаючи так званої «поганої» їжі. Хоча ця поведінка базується на прагненні покращити здоров'я, вона може призвести до дефіциту поживних речовин, загострення соматичних захворювань, проблем у міжособистісних стосунках, зниження якості життя та розвитку інших психологічних проблем.

Сучасні дослідники виділяють основні критерії нервової орторексії: дотримання незбалансованої дієти через переконання в існуванні «чистої їжі»; нав'язливе захоплення якістю та сумісністю продуктів; тривога щодо вживання нездорової їжі; почуття провини після зриву дієти; погіршення соціального, професійного та навчального функціонування через нав'язливі думки про їжу; а також виражена тривожність тощо.[11],[19],[32]

Аналізуючи можливі причини виникнення порушень харчової поведінки, науковець S. Markus зазначає, що у 30% людей, які прагнуть схуднути, проявляються ознаки розладу харчової поведінки, які стають більш поширеними через соціальний тиск та «модну» культуру харчування.[30]

У рамках досліджень харчової поведінки виділено такі її типи: емоціогенна, екстернальна та обмежувальна. Емоціогенна поведінка характеризується тим, що потяг до їжі відбувається в результаті негативних емоційних станів. Орієнтація на свідомий контроль ваги визначає обмежувальну поведінку.. Екстернальна поведінка відбувається як реакція на зовнішні подразники, наприклад, коли людина бачить, як інші їдять, або відчуває запах чи бачить привабливу їжу. Для визначення типу харчової поведінки зазвичай використовується Голандський опитувальник DEBQ.[18]

Дослідження виникнення порушень харчової поведінки, враховуючи нервову анорексію, нервову булімію, розлади переїдання та атипові порушення харчової поведінки, вказують на:

Сукупність та різноманітність розладів: Порушення харчової поведінки утворюють комплексне сплетіння біологічних, психологічних, розвиткових та соціокультурних чинників. Ця різноманітність ускладнює точне визначення їх етіології та взаємодії між різними причинами.

Фактори ризику: Попри значний обсяг досліджень, існуючі фактори ризику, такі як страх перед набором ваги, нестабільне сприйняття себе, а також тиск у суспільстві на ідеальну фігуру, не завжди є визначальними в розвитку розладів.

Поширеність серед населення: Порушення харчової поведінки в більшій мірі виявляються серед жінок, хоча вони також поширені серед чоловіків, і поширеність збільшується в перехідний період від підліткового до дорослого віку.

Економічний вплив: Лікування порушень харчової поведінки потребує значних ресурсів, включаючи госпіталізацію, що призводить до великого економічного тягаря для системи охорони здоров'я.

Смертність та медичні ускладнення: Нервова анорексія має найвищий рівень смертності серед психічних захворювань, а медичні ускладнення включають серйозні проблеми зі здоров'ям серцево-судинної та ендокринної систем.

Психіатрична та медична коморбідність: Пацієнти які страждають порушеннями харчової поведінки зазвичай мають супутні психіатричні захворювання, такі як депресія і тривожність, що поглиблюють тяжкість стану.

Отже, вирішення проблеми порушень харчової поведінки потребує інтегрованого підходу, що враховує всі аспекти їхньої етіології та комплексного впливу на здоров'я та соціальне функціонування.

Оскільки в МКХ-10 компульсивне переїдання класифікується як неспецифічний харчовий розлад, а в DSM-V відокремлюється в окремий діагноз, розглянемо в наступному параграфі діагностичні критерії компульсивного переїдання за DSM-V.

1.3. Психологічні аспекти особливостей прояву компульсивного переїдання

Згідно МКХ-10 компульсивне переїдання класифікується як неспецифічний харчовий розлад, а в DSM-V відокремлюється в окремий діагноз, який містить діагностичні критерії за DSM-V.

У людини спостерігається значне занепокоєння через компульсивне переїдання, яке відбувається, в середньому, хоча б раз на тиждень протягом трьох місяців. При цьому не спостерігається неадекватної компенсаторної поведінки, як у випадку з нервовою булімією, і це явище може проявлятися не лише під час епізодів нервової анорексії чи нервової булімії.[11]

Згідно з даними Statistics & Research on Eating Disorders, у 2022 році частота компульсивного переїдання становила від 0,2% до 3,5% у жінок та від 0,9% до 2,0% у чоловіків.[3]

Компульсивне переїдання є найпоширенішим типом розладів харчової поведінки, з показником 1,9-2,8 % серед загальної популяції.[26] У жінок цей показник становить 2,3 %, а у чоловіків — 0,3 % [99]. Серед пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу частота КП варіюється від 2,5 % до 25,6 %, що пов'язано зі змінами в діагностичних критеріях згідно з Діагностичним і статистичним посібником з психіатричних розладів, 5-е видання (DSM-5), у порівнянні з його попередньою версією.[21]

У 2013 році АРА виділила компульсивне переїдання як окрему категорію порушень харчової поведінки, параметрами якого є: [38]

А. Повторювані епізоди переїдання, які включають дві основні ознаки:

1. Споживання великої кількості їжі за певний час (наприклад, протягом 2 годин), що є надмірним для більшості людей у подібних умовах.
2. Відчуття втрати контролю під час цих епізодів (нездатність зупинитися або контролювати кількість їжі).

В. Епізоди переїдання супроводжуються принаймні трьома з п'яти наступних ознак:

Споживання їжі швидше, ніж зазвичай. Їжа до відчуття дискомфорту через переповнений шлунок. Переїдання без фізичного відчуття голоду. Вживання їжі наодинці через сором. Відчуття огиди до себе, провини або депресії після епізоду.

С. Виражений емоційний дистрес через переїдання.

Такі епізоди повинні виникати щонайменше раз на тиждень протягом останніх трьох місяців та не супроводжуватися компенсаторною поведінкою (наприклад, проносними засобами, діуретиками, стимуляцією блювання).

Компульсивне переїдання класифікується за рівнем важкості залежно від кількості епізодів на тиждень: легкий (1-3 епізоди), середній (4-7 епізодів), тяжкий (8-13 епізодів) та дуже тяжкий (понад 14 епізодів на тиждень).[15]

Як наслідок, люди часто страждають від надмірної ваги, що призводить до виникнення захворювань серцево-судинної системи, підіймає кров'яний тиск і рівень холестерину, а також збільшує ймовірність виникнення діабету.[20]

Загроза залежності, криється в тому, що з поглибленням у неї у людини зменшується раціональність. Також знижується рівень емоційної стійкості та залученості в тих сферах життя, які раніше дарували їй радість. В результаті харчової залежності особистість використовує їжу для заповнення нестачі уваги, любові та визнання. Вона стає засобом переживання стресу, тривоги та інших негативних емоцій, створюючи ілюзію підтримки і можливість хоч на деякий час почувати себе добре. Їжа стає найшвидшим способом отримання задоволення від життя.[2] Внаслідок таких уникань дійсності їжа перетворюється на своєрідний «наркотик». Але їжа не має таких негативних впливів, як алкоголь, наркотики, тютюнопаління. Саме це порівняння допомагає зрозуміти, наскільки серйозно харчова залежність може впливати на людей.

Батьки в багатьох ситуаціях нагороджують дітей їжею за хорошу поведінку. А це веде до того, що їжа стає способом відзначити досягнення або заспокоїтися після важкого дня.

В результаті у людей можуть виникати елементи залежності від споживаної їжі, наприклад, втрата контролю над кількістю їжі або ж втрата

почуття голоду. Неможливість спинитися може стати серйозною проблемою для психічного й фізичного благополуччя. Характерною особливістю харчової залежності являється відсутність задоволення без споживання їжі. Фактор, що може призвести до розвитку харчової залежності, – це відсутність самоідентифікації. Особистість, у якої не сформоване уявлення себе, свої цінності та життєві цілі, зазвичай схильна до пошуку підтримки й визнання в своєму оточенні. Навіть якщо група, до якої вона звертається, надає лише ілюзію самоідентифікації і є деструктивною, особистість і далі продовжує пошук підтримки в загрозованих відносинах.[29]

Компульсивне переїдання свідчить про наявність певних труднощів у житті. Воно часто виникає з таких причин:

- затяжна депресія та страх самотності;
- психологічний тиск з боку оточуючих;
- постійна критика підлітків з боку батьків;
- низька самооцінка;
- незадоволеність життям;
- неможливість вирішення життєвих проблем.

Згідно з багаторічним дослідженням "Здоров'я медсестер", жінки, які в дитинстві зазнавали жорстокого поводження, мають вдвічі вищий рівень загрози розвитку порушень харчової поведінки.[5] Ожиріння та супутні розлади харчової поведінки неухильно зростають протягом останніх десятиліть. За даними клінічних досліджень, нервова булімія та компульсивне переїдання можуть спостерігатися у 87,8% людей із зайвою вагою.[16] Цей фактор має деструктивний вплив на якість їхнього життя, і, за оцінками, щороку через розлади харчової поведінки втрачаються мільйони років здорового життя. Люди з такими розладами мають майже вдвічі нижчий дохід і значно вищі витрати на охорону здоров'я в порівнянні з такими, що не страждають від порушень харчування.[39]

Дослідження також свідчать про вплив травматичного досвіду в ранньому віці на розвиток розладів харчової поведінки, що може спричиняти їх важчі

прояви через проблеми з емоційною регуляцією.[23] Ризик смертності серед людей із розладами харчування значно вищий, ніж у загальній популяції, і зростає при наявності тривожних розладів, депресії, obsесивно-компульсивних розладів та інших психічних захворювань.[36]

Дослідження харчової поведінки жінок з нервовою булімією та компульсивним переїданням показали, що, хоча обидві групи мають схожі причини переїдання та високий рівень стресу, жінки з компульсивним переїданням повідомляли про більше відчуття спокою, розслаблення і комфорту після епізодів переїдання, у порівнянні з такими, що страждають на нервову булімію.[25] Окрім компульсивного переїдання, до збільшення ваги та ожиріння можуть

У психодинамічному підході харчова поведінка людей із проблемами з їжею розглядається як фіксація на оральній стадії розвитку. За теорією З. Фрейда, на цій стадії прийом їжі є одним з основних способів отримання інстинктивного задоволення, і це може залишатися актуальним протягом життя у деяких людей, особливо у моменти небезпеки чи тривоги. У ранньому віці годування та любов тісно пов'язані в свідомості дитини. Позитивна психотерапія, яка базується на психодинамічному та психоаналітичному підходах, розглядає любов як первинну потребу особистості.[10]

Результати численних досліджень вказують на те, що одним із ключових факторів, що впливають на харчову поведінку та вибір їжі, є стиль прихильності батьків до дітей, особливо під час прийому їжі. Відповідно до теорій Дж. Боулбі та М. Ейнсворт, прихильність – це глибокий емоційний зв'язок між матір'ю та дитиною, який забезпечує дитині відчуття безпеки. Цей зв'язок формується в перші роки життя завдяки турботі матері про дитину. Система прихильності розвинулась еволюційно для забезпечення виживання, оскільки присутність поруч із опікуном допомагає дитині уникати загроз. Взаємини між дитиною та головним опікуном впливають на сприйняття світу дитиною у дорослому віці. Взаємодія відбувається через сигнали немовляти, на які мати реагує активніше або менш активно, що позначається на поведінці дитини.[13]

Компульсивне переїдання поєднане з ожирінням, а також з психічними розладами. Компульсивне переїдання у більшості ситуацій призводить до проблем зі здоров'ям, таких як діабет 2 типу, гіпертонія, серцево-судинні захворювання та ожиріння. Дослідження вказують, що є різниця між людьми із надлишковою вагою без порушень харчової поведінки і людьми, хто має зайву вагу з такими порушеннями. Люди, які мають схильність до компульсивного переїдання, часто бояться набору зайвої ваги і мають низьку самооцінку, невдоволеність своїм тілом і зазвичай повідомляють про ранній початок ожиріння. Тяжке протікання ожиріння також може бути з причинене слабким контролем потягів у таких осіб. Також вони мають підвищений ризик розвитку тривожних розладів, великої депресії та розладів особистості на протязі усього життя.[31] Ці дані підкреслюють важливість психотерапевтичної роботи для вчасного корегування компульсивного переїдання.

Як зазначає Дітер Хайс що особи, схильні до переїдання мають надмірну потребу в любові та відчутті безпеки та нахил до самознищення, низької самооцінки та почуття невдачі. Він відзначає, що люди з булімією не можуть розвивати відносини і створюють проекцію своїх конфліктів на споживання їжі. В такому випадку такі особи символічно знищують відносини, маючи перевагу над іншими через ожиріння. Голодування і обмеження їжі може бути спробою контролювати агресію, тоді як люди з булімією часто використовують свої стосунки для самопокарання. З психодинамічної точки зору це пояснюється накопиченням агресивних емоцій, спрямованих на батьківську фігуру.[22]

Існує безліч підтверджених паралелей між компульсивною харчовою поведінкою та відчуттям втрати контролю, навіть якщо це призводить до небажаних наслідків для особистості. Люди з компульсивною харчовою поведінкою часто відчувають сильне бажання зїсти щось смачне, яку не мають змоги тримати під контролем, і під час спроб, у них часто відбуваються рецидиви переїдання. [33] Багато досліджень також підтверджують зв'язок між компульсивним переїданням та потягом до зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, що відповідно до однієї гіпотези, зв'язано з

постійними ознаками характеру.[17] Особи з компульсивним переїданням характеризуються високим рівнем депресії й тривоги, а також мають знижену здатність долати негативні емоції, що часто відбивається на їхніх міжособистісних стосунках. Накопичені дані вказують на те, що саме ці люди мають страх виявляти негативні емоції. Також ці люди мають труднощі з прихильністю та мають страх, що їх знехтують і таким чином вони втратять любов найважливіших людей. Забороняючи собі проживати деякі емоції, вони намагаються не проявляти їх та тримати під контролем. Отже, якщо не виходить створити міжособистісні стосунки гармонійними, особа з надлишковою вагою може проєктувати свої суперечливості на вживання їжі.

Люди, які мають схильність до переїдання, також характеризуються підвищеною імпульсивністю, що об'єднана з різноманітними видами деструктивної поведінки, наприклад безладні статеві зв'язки та зловживання алкоголем або наркотиками. Наприклад, жінки які страждають нервовою булімією демонструють імпульсивні та необдумані реакції на стрес, мають складнощі з самоконтролем поривів, нахил до компульсивних дій та лімітовані можливості витримувати емоційний дискомфорт. Дослідження вказують на розлад емоційних реакцій, що є характерним для граничного розладу особистості.[33] Було відслідковано зв'язок дратівливості та підвищеної чуттєвості до харчових стимуляторів.[17]

Дослідження свідчать, що жінки з екстернальним типом харчової поведінки, характеризуються пасивною життєвою позицією, невпевненістю у собі та нахилом до песимістичного сприйняття життя. Недостатня визначеність та несформованість особистісної ідентичності можуть сприяти появі симптомів харчових розладів, підсилюючи незадоволеність зовнішнім виглядом і провокуючи булімічні прояви. Водночас добре сформована ідентичність сприяє позитивному ставленню до власного тіла, зменшуючи ризик захоплення дієтами та бажання посилено худнути[40]

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ I

Адиктивна поведінка, включно з розладами харчової поведінки, є багатфакторним явищем, яке формується під впливом біологічних, психологічних, соціокультурних і нейробіологічних чинників. Вона виступає деструктивною формою взаємодії особистості з реальністю, спрямованою на уникнення складних психічних чи життєвих ситуацій, що з часом може призвести до порушення адаптивного балансу і гармонії. Розлади харчової поведінки найчастіше формуються у підлітковому віці, коли особистість є найбільш вразливою до впливу соціального тиску, емоційної нестабільності та фізіологічних змін. Їжа, яка виконує не лише біологічну, але й емоційну та соціальну функції, часто стає способом боротьби з внутрішнім дискомфортом, стресом чи незадоволеними потребами. Це підтверджується психосоматичними теоріями, які вказують на тісний зв'язок між раннім дитячим досвідом, нервовою регуляцією та формуванням харчової поведінки.

Розлад харчової поведінки, такий як компульсивне переїдання, є складною формою адиктивної поведінки, що викликає емоційні, фізіологічні та соціальні порушення функціонування особистості. Компульсивне переїдання є актуальною проблемою сучасного суспільства, через його прогресування та збільшення кількості людей із надлишковою вагою, що тягне за собою численні захворювання (серцево-судинні захворювання, діабет, ризик онкології) та психологічні розлади. Розлад визнано психічним відповідно до DSM-5 та ICD-11, що підкреслює його значимість. Особливу увагу слід приділити зв'язку між компульсивними переїданнями і психологічними труднощами, такими як тривога, депресія чи проблеми саморегуляції, що потребує комплексного підходу до лікування.

Таким чином, вивчення причин, механізмів і наслідків компульсивного переїдання, а також розробка ефективних профілактичних і терапевтичних підходів є ключовими завданнями сучасної науки. Подальші міждисциплінарні дослідження сприятимуть мінімізації впливу цього явища на якість життя, фізичне і психічне здоров'я населення.

РОЗДІЛ II.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ
КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ЯК
БІОХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та методичний апарат дослідження психологічних особливостей компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості

Організація дослідження полягала у створення програмно-методичного забезпечення та передбачала його структурно-логічну поетапність. Постановка завдань передбачала розробку комплексної та системної програми проведення дослідження.

Організація емпіричного дослідження психологічних особливостей компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості включає в себе чотири етапи.

На першому етапі дослідження на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напрямку дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.

Другий етап дослідження був присвячений вивченню адитивної поведінки, зокрема компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості у сучасній психологічній науці. Цей етап передбачав аналіз теоретичних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з означеної проблеми.

Таким чином, було вивчено стан дослідженості проблеми компульсивного переїдання, проаналізовано основні погляди науковців на окреслений феномен, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми. Отримані при цьому результати стали підставою визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів, адекватних меті та завданням дослідження, кількісного та якісного аналізу отриманих даних.

Для реалізації поставлених завдань дослідження було використано такі **методи: теоретичні** (аналіз проблеми на підставі вивчення наукової літератури: порівняння, абстрагування, систематизація та узагальнення одержаної наукової інформації); *емпіричні* (комплекс психодіагностичних методик) та *методи математичної статистики* (знаходження середніх величин, кореляційний аналіз (розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона)) з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

Комплекс психодіагностичних методик включав:

Особистісний опитувальник акцентуації характеру Леонгарда-Шмишека,
Методика діагностики якостей і станів особистості (модифікована форма) опитувальника FPI,

Тест вподобань харчової поведінки (EAT-26),

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS),

Шкала компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale) з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

Методика дослідження акцентуації характеру (Леонгарда-Шмишека) призначена для діагностики типу акцентуації особистості. В основу опитувальника, розробленого Х. Шмишеком, закладена концепція акцентуованої особистості К. Леонгарда.

Згідно з цією концепцією індивідуальні якості особистості можуть бути розділені на дві групи: головну і додаткову. Стрижень особистості складають головні риси і вони визначають її індивідуальність, розвиток, адаптацію, психічне здоров'я.

Надмірна вираженість цих рис призводить до структурних психологічних змін, а в несприятливих соціальних умовах - до розладу структури особистості.

Акцентуацію якоїсь риси слід розглядати не як патологію, а як визначене відхилення від середньої норми, яскраво виражену своєрідність психічного складу.

К. Леонгард виділяє десять головних типів акцентуацій, які переважно відповідають систематиці психопатій в пограничній психіатрії.

Гіпертимний тип. Особливістю цього типу є підвищений фон настрою в поєднанні з жагою діяльності, оптимізмом, завзятістю й високою активністю.

Застрагаючий тип. Особистості такого типу характерна надмірна стійкість афекту зі схильністю до формулювання параноїдальних та надцінних ідей.

Емотивний тип. Характеризується чутливістю й глибокими реакціями в галузі тонких емоцій. Цих людей хвилюють не грубі почуття, а те, що звичайно пов'язують з душею, з гуманністю, з чуйністю. Ці люди вразливі; такий тип подібний до афективно-екзальтованого, але на відміну від нього емоції розвиваються й проявляються менш бурхливо, не так стрімко. Патологічні прояви — реактивна депресія.

Педантичний тип. Високі оцінки вказують на ригідність, інертність психічних процесів, тривале переживання травмуючих подій.

Тривожно-боязливий тип. Суттєвою особливістю вважається схильність до страхів, підвищена нерішучість й полохливість, настороженість.

Циклотимічний тип. Для таких людей характерна зміна гіпертимних та дистимних фаз.

Демонстративний тип. Високі оцінки за цією шкалою визначають підвищену здатність до витіснення, демонстративності поведінки, схильності до істерії.

Неврівноважений тип. Таким людям характерна підвищена імпульсивність, слабкий контроль над потягами й спонуканнями.

Дистимічний тип. Дистимічна особа в протилежність гіпертимній характеризується зниженим фоном настрою (в деяких випадках до субдепресії), песимізмом, фіксацією на негативних сторонах життя, загальмованістю.

Афективно-екзальтований тип. Особам цього типу характерний великий діапазон емоційних станів: легко виникає захоплення від радісних подій і повний відчай від сумних.

Всі десять типів акцентуованих особистостей К. Леонгард поділяє на дві групи за принципом акцентуації темпераменту або характеру.

До акцентуації рис характеру він відносить демонстративний, педантичний, застрягаючий, збуджений типи особистості. Інші типи акцентуацій відносяться К. Леонгардом до акцентуацій темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязливий, циклотимічний, афективно-екзальтований та емотивний).

Максимальний показник за кожним типом акцентуації (за кожною шкалою опитувальника) становить 24 бали.

Отримані дані можуть бути представлені у вигляді «профілю акцентуацій особистості». За деякими джерелами, ознакою акцентуації вважається величина, що перевищує 12 балів. Інші підстави практичного застосування опитувальника вказують, що сума балів у діапазоні від 15 до 18 говорить лише про тенденції до того чи іншого типу акцентуації. І лише у разі перевищення 19 балів особа є акцентуованою.

Таким чином, висновок про рівень вираженості акцентуації робиться на підставі наступних показників за шкалами:

0-12 – властивість не виражена

13-18 - середній ступінь виразності якості (тенденція до того чи іншого типу акцентуації особистості)

19-24 – ознака акцентуації

Опис типів акцентуацій особистості до методики Леонгарда-Шмішека.

Демонстративний тип. Характеризується підвищеною здатністю до витіснення, демонстративністю поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Схильний до фантазерства, брехливості та удавання, спрямований на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, до позування. Ними рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, спрага постійної уваги до своєї персони, спрага влади, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу пристосованість до людей, емоційну лабільність (легку зміну настроїв) за відсутності справді глибоких почуттів, схильність до інтриг (за зовнішньої м'якості манери спілкування). Відзначається безмежний егоцентризм, жадоба захоплення, співчуття,

шанування, подиву. Зазвичай похвала інших у його присутності викликає в нього особливо неприємні відчуття. Прагнення компанії зазвичай пов'язані з потребою відчувати себе лідером, зайняти виняткове становище. Самооцінка дуже далека від об'єктивності. Може драгувати своєю самовпевненістю та високими домаганнями, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Маючи патологічну здатність до витіснення, може повністю забути те, що він не хоче знати. Це розковує його на брехні. Зазвичай бреше з невинним обличчям, оскільки те, що він говорить, нині, йому є правдою; мабуть, внутрішньо він не усвідомлює свою брехню, або ж усвідомлює дуже неглибоко, без помітних докорів совісті. Здатний захопити інших неординарністю мислення та вчинків.

Застрагаючий тип. Його характеризує помірна комунікабельність, занудливість, схильність до моралі, небалакучість. Часто страждає від уявної несправедливості стосовно нього. У зв'язку з цим виявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ і прикрощів, вразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає, не здатний «легко відходити» від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів.

Самовпевненість, жорсткість установок та поглядів, сильно розвинене честолюбство часто призводять до наполегливого утвердження своїх інтересів, які він обстоює з особливою енергійністю. Прагне досягти високих показників у будь-якій справі, за яку береться і виявляє велику завзятість у досягненні своїх цілей. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, уразливість, ревності, підозрілість), інертність у прояві афектів, у мисленні, у моториці.

Педантичний тип. Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, тяжкістю на підйом, тривалим переживанням травмуючих подій. У конфлікти вступає рідко, виступаючи радше пасивною, ніж активною стороною. Водночас дуже реагує на будь-який прояв порушення порядку. На службі поводить як бюрократ, пред'являючи оточуючим багато формальних вимог. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті та порядку,

скрупульозний, сумлінний, схильний жорстко слідувати плану, у виконанні дій неквапливий, посидючий, орієнтований на високу якість роботи та особливу акуратність, схильний до частих самоперевірок, сумнівів у правильності виконаної роботи. З задоволенням поступається лідерством іншим людям.

Збудливий тип. Недостатня керованість, ослаблення контролю за потягами і спонуканнями поєднуються в людей такого типу із владою фізіологічних потягів. Йому характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до конфліктів, у яких сам і є активною стороною, що провокує. Дратівливий, запальний, часто змінює місце роботи, рідко вживається у колективі. Відзначається низька контактність у спілкуванні, уповільненість вербальних та невербальних реакцій. Для нього ніяка праця не стає привабливою, працює лише за необхідності, виявляє таке ж небажання вчитися. Байдужий до майбутнього, цілком живе сьогоденням, бажаючи витягти з нього масу розваг. Підвищена імпульсивність або реакція збудження гаситься важко і можуть бути небезпечні для оточуючих. Він може бути владним, обираючи для спілкування найслабших.

Гіпертимічний тип. Людей цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, вираженість жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до бешкетності, брак почуття дистанції у відносинах з іншими. Часто спонтанно відхиляються від початкової теми розмови. Скрізь вносять багато галасу, люблять компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, гарне самопочуття, високий життєвий тонус, нерідко квітучий вигляд, гарний апетит, здоровий сон, схильність до обжерливості та інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі і водночас діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, які вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення самостійності може бути джерелом конфліктів. Їм характерні спалахи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, зазнають невдачі. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості. Зазнають недостатньо серйозного ставлення до своїх обов'язків.

Вони важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

Дистимічний тип. Люди цього відрізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю волевих зусиль. Їх характерні песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, і навіть низька контактність, небагатослівність у розмові, навіть мовчазність. Такі люди є домосідами, індивідуалістами; суспільства, галасливої компанії зазвичай уникають, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тіньових сторонах життя. Вони сумлінні, цінують тих, хто з ними дружить і готові їм підкоритися, мають загострене почуття справедливості, а також уповільненість мислення.

Тривожний тип. Людям цього типу властиві низька контактність, мінорний настрій, боязкість, полохливість, невпевненість у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, бояться залишатися одні. Вони цураються галасливих і жвавих однолітків, не люблять надмірно галасливих ігор, відчують боязкість і сором'язливість, важко переживають контрольні, іспити, перевірки. Часто соромляться відповідати перед класом. Охоче підкоряються опіці старших, нотації дорослих можуть викликати у них докори совісті, почуття провини, сльози, розпач. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, мають високі моральні та етичні вимоги. Почуття своєї неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердження через ті види діяльності, де вони можуть більшою мірою розкрити свої здібності. Властиві їм з дитинства уразливість, чутливість, сором'язливість заважають зблизитися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою ланкою є реакція на ставлення до них оточуючих. Непереносимість глузування, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих звинуваченнях. Рідко вступають у конфлікти з оточуючими, граючи в них переважно пасивну роль, у конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки та опори. Вони мають такі якості як дружелюбність, самокритичність, старанність. Внаслідок своєї беззахисності нерідко служать «цапами-відбувайлами», мішенями для жартів.

Циклотимний тип. Характеризується зміною гіпертимних та дистимічних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, і навіть залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них картини гіпертимії: жага до діяльності, підвищена балакучість; сумні – пригніченість, уповільненість реакцій і мислення, так само часто змінюється їхня манера спілкування з оточуючими людьми. У підлітковому віці можна виявити два варіанти циклотимічної акцентуації: типові та лабільні циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві зазвичай справляють враження гіпертимних, але потім проявляється млявість, занепад сил, те, що раніше давалося легко, тепер потребує непомірних зусиль. Насамперед галасливі та жваві, вони стають млявими домосідами, спостерігається зниження апетиту, безсоння, або, навпаки, сонливість. На зауваження реагують роздратуванням, навіть грубістю та гнівом, у глибині душі, проте, вдаючи при цьому в зневіру, глибоку депресію, не виключені суїцидальні спроби. Навчаються нерівно, упущення, що відбулися, надолужують насилу, породжують у собі огиду до занять. У лабільних циклоїдів фази зміни настрою зазвичай коротші, ніж у типових циклоїдів. Погані дні відзначаються більш насиченими поганим настроєм, ніж млявістю. У період підйому виражені бажання мати друзів, бути в компанії. Настрій впливає на самооцінку.

Екзальтований тип. Яскрава риса цього – здатність захоплюватися, захоплюватися, а також – усміхненість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття в них можуть часто виникати через те, що в інших не викликає великого підйому, вони легко захоплюються радісними подіями і впадають в повний відчай від сумних. Їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів та близьких, альтруїстичні, мають почуття співчуття, гарний смак, виявляють яскравість та щирість почуттів. Можуть бути панікерами, схильні до миттєвих настроїв, рвучкі, легко переходять від стану захоплення до стану печалі, мають лабільність психіки.

Емотивний тип. Цей тип споріднений екзальтованому, але прояви його менш бурхливі. Їх характерні емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязкість, глибокі реакції у сфері тонких почуттів. Найбільш сильно виражена риса – гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, м'якосердечність, співпереживання чужим успіхам. Вони вразливі, сльозливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше за інших людей. Підлітки гостро реагують на сцени з фільмів, де комусь загрожує небезпека, такі сцени можуть спричинити сильне потрясіння, яке довго не забудеться і може порушити сон. Рідко вступають у конфлікти, образи носять у собі, не «виплескують» назовні. Їм властиво загострене почуття обов'язку, старанність. Дбайливо ставляться до природи, люблять вирощувати рослини, доглядати тварин.

Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В) призначений для діагностики станів та якостей особистості, які мають важливе значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки.

Особистісний опитувальник створений для прикладних досліджень з урахуванням досвіду побудови та застосування таких широко відомих опитувальників, як 16PF, MMPI, EPI та ін. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу і відображають сукупність взаємопов'язаних факторів.

Дослідження може проводитися і індивідуально, і в групах. Опитувальник FPI містить 12 шкал та включає в себе 114 тверджень, які описують стиль поведінки, особливості спілкування, відношення до себе та інших людей, погляди життя. Шкали особистісного опитувальника I-IX є основними (базовими), а X-XII – похідними, інтегруючими (складені на основі тверджень основних шкал). Виділяють такі шкали опитувальника:

Шкала I (невротичність) – характеризує рівень невротичності особистості. Високі показники свідчать про вираженість невротичного синдрому астеничного типу зі значними психосоматичними порушеннями.

Шкала II (спонтанна агресивність) – дозволяє виявити та оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі показники свідчать про

підвищений рівень психопатизації, що створює умови для імпульсивної поведінки.

Шкала III (депресивність) – дає можливість діагностувати ознаки, властиві для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки за цією шкалою свідчать про наявність цих ознак у емоційному стані особистості, в її поведінці, у відношенні до себе та оточуючих.

Шкала IV (дратівливість) дозволяє робити висновки стосовно емоційної стабільності особистості. Високі показники за цією шкалою свідчать про нестійкий емоційний стан особистості зі схильністю до афективного реагування.

Шкала V (комунікативність) характеризує як потенційні, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки свідчать про наявність вираженої потреби у спілкуванні, постійну готовність до задоволення цієї потреби.

Шкала VI (врівноваженість) відображає стресостійкість особистості. Високі показники вказують на хорошу захищеність по відношенню до впливу стрес-факторів звичних життєвих ситуацій, свідчать про наявність таких якостей як впевненість у собі, оптимістичність, активність.

Шкала VII (реактивна агресивність) засвідчує наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки за шкалою вказують на високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним відношенням до соціального оточення та вираженим прагненням до домінування.

Шкала VIII (сором'язливість) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що здійснюється за пасивно-захисним типом. Високі показники свідчать про наявність тривожності, невпевненості, що призводить до виникнення труднощів у соціальних контактах.

Шкала IX (відкритість) характеризує відношення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки вказують на прагнення особистості до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими при високому рівні самокритичності.

Шкала Х (екстраверсія-інтроверсія). Високі показники за шкалою відповідають вираженій екстраверсії особистості, а низькі – вираженій інтровертованості.

Шкала ХІ (емоційна лабільність). Високі оцінки вказують на нестабільність емоційного стану особистості, що проявляється у частих змінах настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки свідчать про стабільність емоційного стану та вміння володіти собою.

Шкала ХІІ (маскулінність - фемінінність). Високі оцінки свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, а низькі – за жіночим.

Тест харчових звичок EAT-26: оцінка та інтерпретація (Девід М. Гарнер, доктор філософії).

Тест харчових звичок (EAT-26) є одним із найбільш поширених стандартизованих інструментів для оцінки симптомів та проблем, характерних для розладів харчової поведінки (Garner & Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Оригінальна версія EAT стала класичною у наукових публікаціях у 1993 році (Garner, 1993). Версія з 26 пунктів (Garner et al., 1989) є високо надійною та валідною (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; Lee et al., 2002; Mintz & O'Halloran, 2000).

Згідно з цією методологією, особи, які набирають 20 балів або більше, повинні пройти інтерв'ю з кваліфікованим спеціалістом, щоб визначити, чи відповідають вони діагностичним критеріям для розладу харчової поведінки (Dotti & Lazzari, 1998; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann, & Wakeling, 1990).

Якщо у вас низький бал у тесті (менше 20), це не виключає можливості серйозних проблем із харчуванням, тому не варто уникати звернення за допомогою. Тест EAT-26 може використовуватися як у груповому, так і в індивідуальному форматах і розроблений для самостійного заповнення або адміністрування професіоналами у сфері охорони здоров'я, шкільними консультантами, тренерами тощо.

ЕАТ-26 особливо корисний як інструмент скринінгу для оцінки ризику розладів харчової поведінки серед старшокласників, студентів та інших груп ризику, таких як спортсмени (Garner, Rosen and Barry, 1998). Скринінг ґрунтується на припущенні, що рання ідентифікація розладів харчування може сприяти ранньому лікуванню, зменшуючи серйозні фізичні та психологічні ускладнення або навіть смертність.

Тест ЕАТ-26 містить три підшкали: дієти, булімії та нав'язливих думок про їжу та контролю харчової поведінки. Бали за підшкалами обчислюються шляхом підсумовування відповідних пунктів:

- Підшкала дієт: пункти 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25.
- Підшкала булімії та нав'язливих думок про їжу: пункти 3, 4, 9, 18, 21, 26.
- Підшкала контролю харчової поведінки: пункти 2, 5, 8, 13, 19, 20.

Оскільки заперечення може бути проблемою для інструментів самозвіту, низькі бали не означають, що симптоми розладів харчування чи сам розлад відсутні. Додаткова інформація від батьків, товаришів по команді або тренерів може допомогти виправити ситуацію з обмеженим саморозкриттям чи соціально бажаними відповідями.

Високі бали в тесті ЕАТ-26 не обов'язково свідчать про наявність розладу харчування, але вони вказують на занепокоєння щодо ваги, форми тіла та харчування. Якщо ваш бал складає 20 або більше, зверніться до кваліфікованого спеціаліста у сфері психічного здоров'я, який має досвід лікування розладів харчової поведінки.

На додаток до питань ЕАТ-26, визначення ризику розладів харчування включає інформацію про індекс маси тіла (ІМТ) та поведінкові симптоми, що відображають розлад харчування. Ця версія тесту включає чотири питання щодо екстремальних методів контролю ваги та оцінки їхньої частоти, таких як переїдання, самовикликана блювота, використання проносних засобів та лікування розладів харчування протягом останніх 6 місяців.

ІМТ також розраховується, щоб визначити, чи є людина “значно недовоною” порівняно з віковими нормами. Рекомендується направлення до спеціаліста, якщо респондент набирає позитивний бал у тесті або відповідає пороговим значенням за однією чи більше поведінковими критеріями.

Тест ЕАТ-26 зазвичай забезпечує корисну інформацію про симптоми та проблеми, пов’язані з розладами харчування, за умови щирих відповідей респондентів.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) (1983 р.)

Для виявлення тривожних і депресивних розладів використовується Клінічна шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Методика містить 14 питань, 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 — рівень депресії. Обрані відповіді переводять у бальну шкалу, де 0–7 балів — норма, 8–10 — субклінічні прояви тривоги/депресії, ≥ 11 — клінічно виражена тривога/депресія. Посилання:

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, не чекаючи на прийом лікаря.

Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки важкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Її перевагами є простота застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Психічний розлад зі зниженням настрою та нездатністю просто радіти, а також з негативними судженнями та песимістичними поглядами на те, що відбувається навколо, і ще до цього плюс рухова загальмованість — все це разом і буде те, що в медицині прийнято називати депресією. При цьому ще завжди занижена самооцінка, і як правило повна або часткова втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

Поділяють депресивні симптоми на 2 види: типові та додаткові.

За наявності депресії присутні два основних симптоми і не менше трьох додаткових.

До типових (основних) симптомів депресії відносять: пригнічений настрій, що не залежить від обставин, строком від двох тижнів та більше; втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності; виражена стомлюваність, «занепад сил»; погіршення самопочуття вранці та покращення до вечора.

Додаткові симптоми: песимізм; почуття провини, незрозумілої марності, тривоги та (або) страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися та приймати прості рішення; думки про смерть; нестабільний апетит, зниження або збільшення у вазі; стан, що характеризується появою солодкого смаку у роті без відповідного подразника порушення сну: наявність безсоння або пересипання.

Якщо вищезазначені симптоми присутні більше 2 тижнів, відповідно до діагностичних критеріїв встановлюється діагноз депресивного розладу.

Субклінічна виражена тривога/депресія – це стан, коли в людини переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій.

При інтерпретації даних враховується сумарний показник балів шкали А та D. Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою: 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale) (ваділація українською Л. М. Юр'єва, В. В. Огоренко, А. В. Шорніков, В. О. Кокашинський)

Шкала BES — опитувальник, розроблений для виявлення та діагностики осіб, що страждають на компульсивне переїдання (КП).

Інструмент самозвіту Binge Eating Scale (BES) вимірює когнітивні/емоційні симптоми та поведінку, пов'язані з переїданням, і складається з 16 пунктів, з яких 8 пунктів описують поведінкові прояви та 8 пунктів описують пізнання/почуття, кожен пункт містить 3—4 твердження

вибору/відповіді, які вказують на тяжкість кожної вимірюваної характеристики КП. Зважені бали варіюють від 0 до 3 (0 вказує, що немає проблем із КП, 3 вказує на серйозні проблеми з КП). Загальний бал має діапазон від 0 до 46, рекомендована авторами порогова величина — 17 балів, ступені важкості КП: немає переїдання (або легкий ступінь) — менш ніж 17 балів, середній — 18—26 балів, важкий — 27 і більше.

У дослідженні взяли участь 40 осіб, віком від 18 років.

Протягом третього етапу дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. Метою третього етапу дослідження стало вивчення психологічних особливостей компульсивного переїдання.

Отримані результати були використані для подальшого їх статистичного аналізу. При цьому статистична обробка даних здійснювалася за допомогою стандартних програм для математичної обробки даних комп'ютерних програм Statistika. Інтерпретація результатів та висновки за темою магістерської роботи завершили дослідницький цикл проведеної роботи. Результати такого аналізу представлені у вигляді схем, таблиць, діаграм та рисунків.

Заключний (четвертий) етап дослідження полягав в узагальненні та систематизації отриманих результатів.

2.2. Результати дослідження психологічних особливостей компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості

Теоретичний аналіз проблеми та розроблена програма емпірико-діагностичного вивчення психологічних особливостей компульсивного переїдання вимагає чіткої послідовності у фіксації, аналізі та інтерпретації отриманих результатів.

З метою вивчення психологічних особливостей компульсивного переїдання осіб було використано методики діагностики акцентуації характеру,

діагностики якостей і станів особистості, вподобань харчової поведінки, діагностики тривоги та депресії та компульсивного переїдання з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

Загальна кількість – 40 осіб. Вік досліджуваних від 18 років. Дослідження проводилось за як онлайн-опитування на платформі Google Forms, яке склалося з 5 методик.

Проаналізуємо результати дослідження за проведеними методиками.

Згідно отриманих результатів за методикою *дослідження акцентуації характеру (Леонгарда-Шмишека)* отримані наступні результати.

Розглянемо середньогрупові показники.

Середньогруповий показник Гіпертимного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=15,1$ бал, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Особливістю цього типу є підвищений фон настрою в поєднанні з жагою діяльності, оптимізмом, завзятістю й високою активністю.

Середньогруповий показник Тривожного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=13,8$ балів, що засвідчує низький рівень прояву ознаки.

Середньогруповий показник Дистимічного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=13,75$ балів, що засвідчує низький рівень прояву ознаки.

Середньогруповий показник Педантичного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=14,1$ балів, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Високі оцінки вказують на ригідність, інертність психічних процесів, тривале переживання травмуючих подій.

Середньогруповий показник Збудливого типу акцентуації характеру становить $\Sigma=16,2$ балів, що засвідчує низький рівень прояву ознаки.

Середньогруповий показник Емотивного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=12,73$ балів, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Характеризується чутливістю й глибокими реакціями в галузі тонких емоцій. Цих людей хвилюють не грубі почуття, а те, що звичайно пов'язують з душею, з гуманністю, з чуйністю. Ці люди вразливі; такий тип подібний до афективно-

екзальтованого, але на відміну від нього емоції розвиваються й проявляються менш бурхливо, не так стрімко. Патологічні прояви — реактивна депресія.

Середньогуповий показник Застрагуючого типу акцентуації характеру становить $\Sigma=11,85$ балів, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Особистості такого типу характерна надмірна стійкість афекту зі схильністю до формулювання параноїдальних та надцінних ідей.

Середньогуповий показник Демонстративного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=18$ бали, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Високі оцінки за цією шкалою визначають підвищену здатність до витіснення, демонстративності поведінки, схильності до істерії.

Середньогуповий показник Циклотимічного типу акцентуації характеру становить $\Sigma=19,2$ балів, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Для таких людей характерна зміна гіпертимних та дистимних фаз.

Середньогуповий показник Екзальтованого типу акцентуації характеру становить $\Sigma=17,4$ бали, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Особам цього типу характерний великий діапазон емоційних станів: легко виникає захоплення від радісних подій і повний відчай від сумних.

Результати представлені на Рис. 2.1.

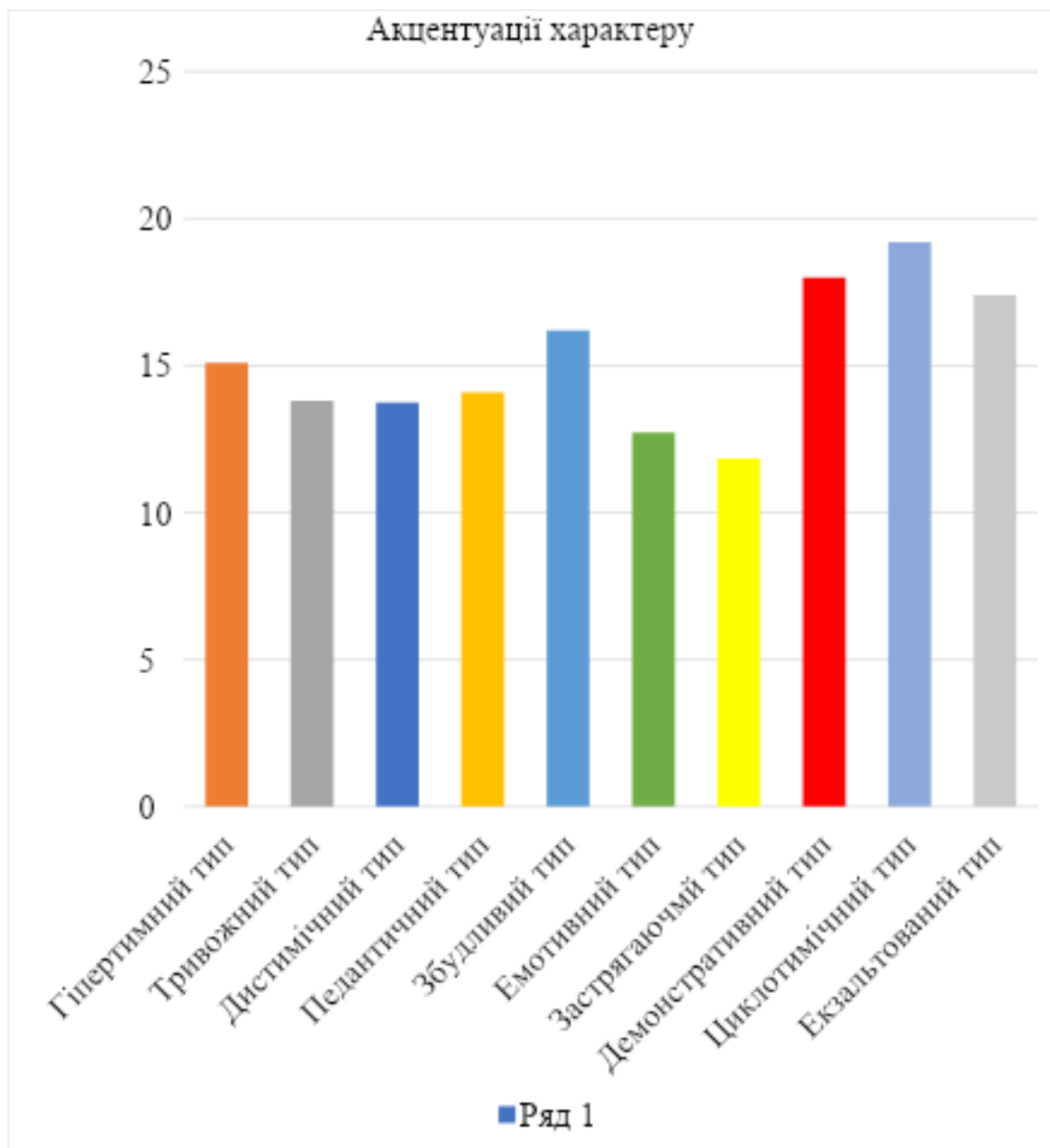


Рис. 2.1. Середньогрупові показники за методикою Дослідження акцентуації характеру

Згідно отриманих результатів за методикою **Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В)**, який призначений для діагностики станів та якостей особистості, які мають важливе значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки вивлено наступні результати.

Середньогруповий показник Шкали «Невротичність» становить $\Sigma=6,5$ бали, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Високі показники свідчать про

вираженість невротичного синдрому астенічного типу зі значними психосоматичними порушеннями.

Середньогуповий показник Шкали «Спонтанна агресивність» становить $\Sigma=4,5$ балів, дозволяє виявити та оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі показники свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює умови для імпульсивної поведінки.

Середньогуповий показник Шкали «Депресивність» становить $\Sigma=6,1$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Дратівливість» становить $\Sigma=6,85$ балів, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Комунікативність» становить $\Sigma=3,65$ балів, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий Шкала «Врівноваженість» становить $\Sigma=4,25$ балів, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Реактивна агресивність» становить $\Sigma=5,15$ балів, що засвідчує високий рівень прояву ознаки. Високі оцінки за шкалою вказують на високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним відношенням до соціального оточення та вираженим прагненням до домінування.

Середньогуповий показник Шкали «Сором'язливість» становить $\Sigma=7,25$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Ввідкритість» становить $\Sigma=6,3$ балів, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Екстраверсія-інтроверсія» становить $\Sigma=4,15$ балів, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Емоційна лабільність» становить $\Sigma=6,4$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Середньогуповий показник Шкали «Маскулінність – фемінінність» становить $\Sigma=3,1$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Результати представлені на Рис. 2.2.

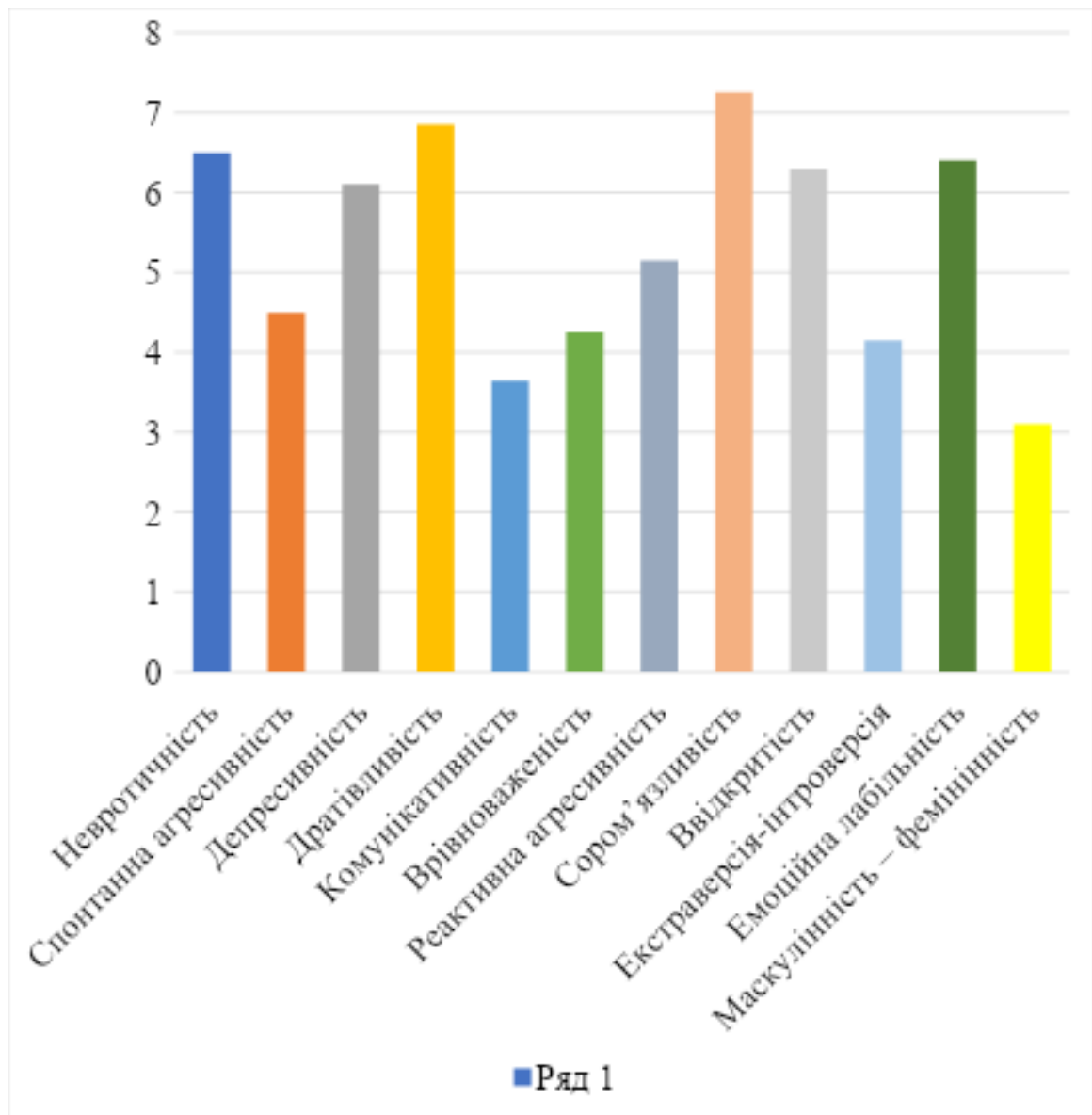


Рис. 2.2. Середньогрупові показники за методикою Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В)

Згідно отриманих результатів за методикою **тесту вподобань харчової поведінки (EAT-26)**, оцінки симптомів та проблем, характерних для розладів харчової поведінки.

Середньогруповий показник по Загальній оцінці становить $\Sigma=29,65$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

Фіксація середньогрупових показників за **методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)** демонструє наступні показники прояву.

Так, у загальній вибірці досліджуваних показник середньогрупового рівня прояву тривоги становить $\Sigma=9,8$ бали. Показник середньогрупового рівня прояву

депресії у загальній вибірці дослідження становить $\Sigma=11,5$ балів. Такі результати засвідчують субклінічний рівні прояву як тривоги, так і депресії.

Таким чином, можемо стверджувати, що досліджувані схильні переживати стани, коли переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій. Людина схильна бачити все ніби в «темних окулярах», сприймати все гостро та негативно.

Субклінічна тривога та депресія – психічний розлад зі зниженням настрою та нездатністю просто радіти, а також з негативними судженнями та песимістичними поглядами на те, що відбувається навколо, рухова загальмованість. При такому стані завжди занижена самооцінка, і як правило повна або часткова втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

До типових (основних) симптомів тривоги відносять: пригнічений настрій, що не залежить від обставин, строком від двох тижнів та більше; втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності; виражена стомлюваність, «занепад сил»; погіршення самопочуття вранці та покращення до вечора. Додаткові симптоми: песимізм; почуття провини, незрозумілої марності, тривоги та (або) страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися та приймати прості рішення; думки про смерть; нестабільний апетит, зниження або збільшення у вазі; стан, що характеризується появою солодкого смаку у роті без відповідного подразника; порушення сну: наявність безсоння або пересипання.

Як видно із Рис.2.3. як у загальній вибірці дослідження рівень прояву показників тривоги, та депресії.



Рис. 2.3. Середньогрупові показники рівня прояву тривоги та депресії

Як видно з отриманих результатів дослідження у всіх експериментальних групах більш наявними та вираженими є показники депресії, ніж тривоги. Такі результати, на нашу думку, можна пояснити таким чином: методика HADS є методикою, що фокусується на нефізичних симптомах; до методики HADS не включені усі діагностичні критерії депресії; методика HADS визначає наявність симптомів тривоги та депресії, однак не може підтверджувати діагнози тривожного та депресивного розладу. Нижчі показники прояву депресії, ніж тривоги можна пояснити наступним чином – тривога – це постійне почуття, неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і хвилювання. Тривале перебування людини в такому негативному емоційному стані часто призводить до виникнення іншого стану – депресії, який визначається як тривалий сум, апатія або втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення. Вона характеризується стомлюваністю, почуттям низької самооцінки, іноді суїцидальними думками.

Фіксація середньогрупових показників за **Шкала компульсивного переїдання (The Binge Eating Scale)** опитувальник, розроблений для виявлення та діагностики осіб, що страждають на компульсивне переїдання (КП).

Середньогруповий показник по Загальній оцінці становить $\Sigma=29,9$ бали, що засвідчує середній рівень прояву ознаки.

На наступному етапі дослідження проведено вторинне статистичне опрацювання результатів. Тому з метою надання комплексного характеру досліджуваному психологічному явищу було застосовано метод кореляційного аналізу, що ґрунтується на врахуванні взаємозв'язків між окремими психологічними показниками. Для визначення значущих статистичних зв'язків між показниками індивідуально-психологічних особливостей та схильністю до компульсивного переїдання обчислена кореляційна матриця та проведений якісний аналіз значущих кореляційних зв'язків (див. додаток А). Ми розглядаємо тільки ті показники, що мають статистично значущі зв'язки ($p<0,05$, $p<0,01$).

Отже, Гіпертимний тип має негативний кореляційний зв'язок з Тривожним типом ($r=-0,48$, $p<0,01$), Дистимічним типом ($r=-0,33$, $p<0,05$), Сором'язливістю ($r=-0,46$, $p<0,01$).

Гіпертимний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Збудливим, неврівноваженим ($r=0,45$, $p<0,01$), Застраглим, ригідним ($r=0,34$, $p<0,05$), Комунікбельністю ($r=0,68$, $p<0,01$).

Тривожний тип має негативний кореляційний зв'язок з Врівноваженістю ($r=-0,43$, $p<0,01$).

Тривожний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Дистимічним типом ($r=0,46$, $p<0,01$), Емотивним типом ($r=0,4$, $p<0,05$), Демонстративним типом ($r=0,39$, $p<0,05$), Екзальтованим типом ($r=0,48$, $p<0,01$), Сором'язливістю ($r=0,31$, $p<0,05$), Емоційною лабільністю ($r=0,34$, $p<0,05$), Тривогою ($r=0,43$, $p<0,01$).

Дистимічний тип має негативний кореляційний зв'язок з Врівноваженістю ($r=0,39$, $p<0,05$).

Дистимічний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Емотивним ($r=-0,49$, $p<0,01$), Циклотимічним ($r=0,34$, $p<0,05$), Екзальтованим ($r=0,41$, $p<0,01$), Спонтанною агресивністю ($r=0,54$, $p<0,01$), Депресивністю ($r=0,47$, $p<0,01$), Дратівливістю ($r=0,40$, $p<0,05$), Врівноваженістю ($r=0,39$, $p<0,05$),

Сором'язливістю ($r=0,59$, $p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,41$, $p<0,01$), Тривогою ($r=0,41$, $p<0,01$).

Педантичний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Екзальтованим ($r=0,58$, $p<0,01$), Невротичністю ($r=0,63$, $p<0,01$), Спонтанна агресивність ($r=0,57$, $p<0,01$), Депресивністю ($r=0,74$, $p<0,05$), Дратівливістю ($r=0,65$, $p<0,01$), Реактивною агресивністю ($r=0,38$, $p<0,05$), Сором'язливістю ($r=0,35$, $p<0,05$), Відкритістю ($r=0,56$, $p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,73$, $p<0,05$),

Збудливий, неврівноважений тип має позитивний кореляційний зв'язок з Застряглим, ригідним ($r=0,54$, $p<0,01$), Циклотимічним ($r=0,35$, $p<0,05$), Невротичністю ($r=0,58$, $p<0,01$), Комунікабельністю ($r=0,61$, $p<0,01$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,42$, $p<0,01$).

Емотивний тип має негативний кореляційний зв'язок з Комунікабельністю ($r=-0,42$, $p<0,01$).

Емотивний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Застряглим, ригідним ($r=0,37$, $p<0,05$), Демонстративним ($r=0,42$, $p<0,01$), Циклотимічним ($r=0,49$, $p<0,01$), Екзальтованим ($r=0,58$, $p<0,01$), Депресивністю ($r=0,53$, $p<0,01$), Дратівливістю ($r=0,38$, $p<0,05$), Сором'язливістю ($r=0,56$, $p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,62$, $p<0,01$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,38$, $p<0,05$), Тривогою ($r=0,47$, $p<0,01$).

Застряглий, ригідний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Циклотимічним ($r=0,68$, $p<0,01$), Невротичністю ($r=0,61$, $p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,42$, $p<0,01$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,36$, $p<0,05$).

Демонстративний тип має негативний кореляційний зв'язок з Комунікабельністю ($r=-0,32$, $p<0,05$), Екстраверсією-інтроверсією ($r=-0,62$, $p<0,01$).

Демонстративний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Екзальтованим ($r=0,63$, $p<0,01$), Невротичністю ($r=0,32$, $p<0,05$), Емоційною лабільністю ($r=0,41$, $p<0,01$).

Циклотимічний тип має позитивний кореляційний зв'язок з Екзальтованим ($r=0,37, p<0,05$), Невротичністю ($r=0,45, p<0,01$), Депресивністю ($r=0,31, p<0,05$), Дратівливістю ($r=0,38, p<0,05$), Емоційною лабільністю ($r=0,36, p<0,05$), Тривогою ($r=0,35, p<0,01$).

Екзальтований тип має позитивний кореляційний зв'язок з Невротичністю ($r=0,54, p<0,01$), Депресивністю ($r=0,55, p<0,01$), Відкритістю ($r=0,43, p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,70, p<0,05$), Тривогою ($r=0,41, p<0,01$).

Невротичність має позитивний кореляційний зв'язок з Депресивністю ($r=0,43, p<0,01$), Дратівливістю ($r=0,52, p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,66, p<0,01$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,32, p<0,05$), Тривогою ($r=0,35, p<0,05$).

Спонтанна агресивність має негативний кореляційний зв'язок з Комуникабельністю ($r=-0,44, p<0,01$).

Спонтанна агресивність має позитивний кореляційний зв'язок з Депресивністю ($r=0,73, p<0,05$), Дратівливістю ($r=0,55, p<0,01$), Реактивною агресивністю ($r=0,65, p<0,01$), Сором'язливістю ($r=0,65, p<0,01$), Відкритістю ($r=0,46, p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,55, p<0,01$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,36, p<0,05$), Тривогою ($r=0,40, p<0,05$), Депресією ($r=0,60, p<0,01$).

Депресивність має позитивний кореляційний зв'язок з Дратівливістю ($r=0,64, p<0,01$), Реактивною агресивністю ($r=0,43, p<0,01$), Сором'язливістю ($r=0,64, p<0,01$), Відкритістю ($r=0,61, p<0,01$), Емоційною лабільністю ($r=0,89, p<0,05$), з загальною оцінкою ЕАТ-26 ($r=0,36, p<0,05$), з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,50, p<0,01$), Тривогою ($r=0,54, p<0,01$), Депресією ($r=0,41, p<0,01$).

Дратівливість має негативний кореляційний зв'язок з Комуникабельністю ($r=-0,36, p<0,05$).

Дратівливість має позитивний кореляційний зв'язок з Сором'язливістю ($r=0,52, p<0,01$), Відкритістю ($r=0,38, p<0,05$), Екстраверсією-інтроверсією ($r=0,34, p<0,05$), Емоційною лабільністю ($r=0,55, p<0,01$), з загальною оцінкою

Шкали компульсивного переїдання , ($r=0,50$ $p<0,01$), Тривогою ($r=0,41$, $p<0,01$), Депресією ($r=0,36$, $p<0,05$).

Комунікабельність має негативний кореляційний зв'язок з Реактивною агресивністю ($r=-0,49$, $p<0,01$), Сором'язливістю ($r=-0,54$, $p<0,01$), Відкритістю ($r=-0,42$, $p<0,01$).

Врівноваженість має позитивний кореляційний зв'язок з Реактивною агресивністю ($r=0,44$ $p<0,01$), Екстраверсією-інтроверсією ($r=0,32$, $p<0,05$), Маскулінізмом-фемінізмом ($r=0,39$, $p<0,05$), загальною оцінкою ЕАТ-26 ($r=0,39$, $p<0,05$), Депресією ($r=0,39$, $p<0,05$).

Реактивна агресивність має позитивний кореляційний зв'язок з Сором'язливістю ($r=-0,49$, $p<0,01$), Відкритістю ($r=0,41$, $p<0,01$), Екстраверсією-інтроверсією ($r=0,35$, $p<0,05$), Емоційною лабільністю ($r=0,34$, $p<0,05$), Тривогою ($r=0,35$, $p<0,05$), Депресією ($r=0,56$ $p<0,01$).

Сором'язливість має негативний кореляційний зв'язок з Маскулінізмом-фемінізмом ($r=-0,35$, $p<0,05$).

Сором'язливість має позитивний кореляційний зв'язок з Емоційною лабільністю ($r=0,54$ $p<0,01$), Тривогою ($r=0,42$ $p<0,01$), Депресією ($r=0,46$, $p<0,01$).

Відкритість має позитивний кореляційний зв'язок з Емоційною лабільністю ($r=0,55$ $p<0,01$), Тривогою ($r=-0,37$, $p<0,05$).

Екстраверсія-інтроверсія має позитивний кореляційний зв'язок з Маскулінізмом-фемінізмом ($r=0,69$, $p<0,01$).

Емоційна лабільність має позитивний кореляційний зв'язок з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання ($r=0,35$, $p<0,05$), Тривогою ($r=0,54$, $p<0,01$).

Маскулінізм-фемінізм має позитивний кореляційний зв'язок з загальною оцінкою ЕАТ-26 ($r=0,40$, $p<0,01$).

Депресивність має позитивний кореляційний зв'язок з Загальною оцінкою ЕАТ-26 ($r=0,36$, $p<0,05$), Спонтанною агресивністю ($r=0,32$, $p<0,05$),

Загальна оцінка ЕАТ-26 має позитивний кореляційний зв'язок з загальною оцінкою Шкали компульсивного переїдання, Депресією ($r=0,35$, $p<0,05$).

Кореляційний аналіз показав значущість взаємозв'язків між індивідуально-психологічними характеристиками, емоційними станами та рівнями прояви компульсивного переїдання. також, було встановлено, що емоційна лабільність має прямий позитивний зв'язок із загальною оцінкою за шкалою компульсивного переїдання ($r=0,35$; $p<0,05$). Це відомо про те, що люди, які мають психічну нестабільність, частіше за інших страждають як спосіб поняття напруги або подолання емоційних труднощів.

Аналіз показників також значущі кореляції між рівнем депресивності та переїданням ($r=0,50$; $p<0,01$). Депресивний стан супроводжується загальним зниженням настрою, самооцінки та внутрішнього інтересу до повного життя, що створює умови для виникнення харчових уражень. Крім того, тривожність, як емоційний стан, також має значущий зв'язок із компульсивними переїданнями ($r=0,54$; $p<0,01$), підкреслюючи, що хронічний стрес і почуття тривоги можуть провокувати імпульсивні епізоди переїдання.

Спонтанна та реактивна агресивність виражена ще одним місцем фактора, що впливає на харчову поведінку. Наприклад, спонтанна агресивність мала кореляцію із загальною оцінкою за шкалою компульсивного переїдання ($r=0,36$; $p<0,05$). Це дозволяє зробити висновок, що люди з імпульсивними реакціями та почуттям до агресії запропонують її як механізм зняття емоційної напруги.

Соціальні аспекти, такі як сором'язливість ($r=0,56$; $p<0,01$) і недостатня комунікабельність ($r=-0,44$; $p<0,01$), також впливають на національність до компульсивного переїдання. Особи, які відчують труднощі у соціальних взаємодіях або ізольованість, частіше відвідувані до харчової поведінки, пов'язані з емо

Крім того, окремі типи акцентуаційного характеру, такі як педантичний, демонстративний та екзальтований, продемонстрували позитивні кореляції з переїданнями. Наприклад, педантичність ($r=0,36$; $p<0,05$) характеризується

ригідністю та хворістю до занурення у негативні думки, що може сприяти розвитку патологічної харчової поведінки.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підкреслюють, що компульсивне переїдання формується під впливом як емоційних, так і особистісних факторів. Це явище можна розглядати як адаптаційний механізм, який люди потребують для регуляції своїх емоцій або подолання стресових ситуацій.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ II

У другому розділі магістерської роботи здійснено ґрунтовне емпіричне дослідження психологічних особливостей компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості. На основі використання комплексу валідних методик, спрямованих на діагностику акцентуацій характеру, емоційних станів, особистісних якостей та харчової поведінки, отримано значущі результати, які розкривають багатфакторну природу цього явища.

Аналіз середньогрупових показників засвідчив, що компульсивне переїдання найчастіше корелює з емоційною лабільністю, тривожністю та депресивністю. Емоційна нестабільність і схильність до негативних емоційних станів є визначальними чинниками, що провокують патологічні епізоди харчової поведінки. Зокрема, статистично значущі зв'язки між компульсивним переїданням, депресивними та тривожними станами ($r=0,50$; $p<0,01$, $r=0,54$; $p<0,01$ відповідно) підтверджують, що ці стани є не лише супутніми, але й можуть виступати каталізаторами розладу.

Крім того, виявлено, що соціальні аспекти, такі як сором'язливість ($r=0,56$; $p<0,01$) та низька комунікабельність ($r=-0,44$; $p<0,01$), а також акцентуації характеру, зокрема педантичний, демонстративний і екзальтований типи, мають позитивний вплив на розвиток компульсивного переїдання. Педантичний тип, який характеризується ригідністю та схильністю до занурення в негативні думки, створює додаткові передумови для виникнення харчових адикцій.

Отримані результати підтверджують, що компульсивне переїдання є складним адаптаційним механізмом, який виникає під впливом емоційно-особистісних та соціальних факторів. Це явище можна розглядати як спосіб регуляції емоцій, подолання стресових ситуацій або внутрішнього конфлікту.

Загалом, дослідження дозволило визначити ключові елементи, які впливають на формування компульсивного переїдання, що відкриває перспективи для розробки ефективних психологічних і терапевтичних підходів до профілактики та корекції цього розладу.

ВИСНОВКИ

У висновках підводяться підсумки проведеного дослідження, окреслюються шляхи подальшого вивчення проблеми. Зокрема, конкретизуються такі здобутки дослідження:

1. Адиктивна поведінка, включно з розладами харчової поведінки, є багатофакторним явищем, яке формується під впливом біологічних, психологічних, соціокультурних і нейробиологічних чинників. Вона виступає деструктивною формою взаємодії особистості з реальністю, спрямованою на уникнення складних психічних чи життєвих ситуацій, що з часом може призвести до порушення адаптивного балансу і гармонії. Розлади харчової поведінки найчастіше формуються у підлітковому віці, коли особистість є найбільш вразливою до впливу соціального тиску, емоційної нестабільності та фізіологічних змін. Їжа, яка виконує не лише біологічну, але й емоційну та соціальну функції, часто стає способом боротьби з внутрішнім дискомфортом, стресом чи незадоволеними потребами. Це підтверджується психосоматичними теоріями, які вказують на тісний зв'язок між раннім дитячим досвідом, нервовою регуляцією та формуванням харчової поведінки.

2. Розлад харчової поведінки, такий як компульсивне переїдання, є складною формою адиктивної поведінки, що викликає емоційні, фізіологічні та соціальні порушення функціонування особистості. Компульсивне переїдання є актуальною проблемою сучасного суспільства, через його прогресування та збільшення кількості людей із надлишковою вагою, що тягне за собою численні захворювання (серцево-судинні захворювання, діабет, ризик онкології) та психологічні розлади. Розлад визнано психічним відповідно до DSM-5 та ICD-11, що підкреслює його значимість. Особливу увагу слід приділити зв'язку між компульсивними переїданнями і психологічними труднощами, такими як тривога, депресія чи проблеми саморегуляції, що потребує комплексного підходу до лікування.

3. Аналіз середньогрупових показників засвідчив, що компульсивне переїдання найчастіше корелює з емоційною лабільністю, тривожністю та

депресивністю. Емоційна нестабільність і схильність до негативних емоційних станів є визначальними чинниками, що провокують патологічні епізоди харчової поведінки. Зокрема, статистично значущі зв'язки між компульсивним переїданням, депресивними та тривожними станами ($r=0,50$; $p<0,01$, $r=0,54$; $p<0,01$ відповідно) підтверджують, що ці стани є не лише супутніми, але й можуть виступати каталізаторами розладу.

Крім того, виявлено, що соціальні аспекти, такі як сором'язливість ($r=0,56$; $p<0,01$) та низька комунікабельність ($r=-0,44$; $p<0,01$), а також акцентуації характеру, зокрема педантичний, демонстративний і екзальтований типи, мають позитивний вплив на розвиток компульсивного переїдання. Педантичний тип, який характеризується ригідністю та схильністю до занурення в негативні думки, створює додаткові передумови для виникнення харчових адикцій.

Отримані результати підтверджують, що компульсивне переїдання є складним адаптаційним механізмом, який виникає під впливом емоційно-особистісних та соціальних факторів. Це явище можна розглядати як спосіб регуляції емоцій, подолання стресових ситуацій або внутрішнього конфлікту.

Дослідження дозволило визначити ключові елементи, які впливають на формування компульсивного переїдання, що відкриває перспективи для розробки ефективних психологічних і терапевтичних підходів до профілактики та корекції цього розладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. д-ра псих. наук: 19.00.01 / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.
2. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». 2017. С. 8-12.
3. Антонова З. О., Ханецька Н. В., Кудла Т. В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
4. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки: Зб. наук. праць. 2015. №1 (46) С. 53–66
5. Варій М. Й. Загальна психологія /М. Й. Варій: Навч. Посіб. – Київ: «Центр учбової літератури», 2007. – 968 с.
6. Гриньова О. М. Психологія проектування особистістю життєвого шляху: юнацький вік: монографія. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. 464 с.
7. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.
8. Загальна психологія: навч. посіб. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К.: А.Г.Н., 2002
9. Змановська Е. В. Девіантологія: (Психологія девіантної поведінки): Уч. посібник для студ. вищ. навч. закл. / Е. В.Змановська . - Видавничий центр «Академія», 2003.].

10. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
11. Менделевич В. Д. Клінічна і медична психологія: навчальний посібник. М: МЕДпрес-Інформ., 2012. 432
12. Мудрик А.Б.,(2023).Психологія залежної поведінки. ФОП Мажула Ю.М
13. Поліщук В. М. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник. 4-те вид., стер. Суми: Університетська книга, 2019. 352 с..
14. Психологічна енциклопедія /автор-упорядник О. М. Степанов - К.: Академвидав,2006
15. Рудакова І.А.-К.,2005 Девіантна поведінка:навчальний посібник
16. Сماشна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 С. 32.)
17. Чиханцова, 2016
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 American Psychiatric Association. 5th ed. Washington, DC; London: American psychiatric publ., 2013. 947 p.
19. Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015)
20. Bowlby, J., & Ainsworth, M. (1992).
21. Bruch, 1979
22. Dakanalis, A., Riva, G., Serino, S., Colmegna, F., & Clerici, M. (2017). Classifying adults with binge eating disorder based on severity levels. European Eating Disorders Review, 25(4), 268-274.
23. da Luz, Swinbourne, Sainsbury., (2017).
24. Devis, (Davis, Maskew., Levitan etc, 2017).
25. DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) (van Strien, 2009).
26. Dunn T. M. & Bratman S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eating behaviors, 21, 11-17.

27. Gupta M.A. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders. *Eating disorders*. 2005. Vol. 18(4). P. 351-358..
28. Harris, S. R., Carrillo, M., & Fujioka, K. (2021). Binge-eating disorder and type 2 diabetes: a review. *Endocrine Practice*, 27(2), 158-164..
29. Hayes, SC (2011).
30. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S: Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2011, V. 108(40). P. 678-685. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678.
31. Hoek, HW (2019).
32. James, Mitchell, Mussell, Peterson та ін., 1999
33. Kaplan, Kaplan, 1957;
34. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.
35. Koven N. S., & Abry A. W. (2015)
36. Mahler M., (1967)
37. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating? [Електронний ресурс] / Michael Mantell // ACE Healthy Living. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.acefitness.org/education-andresources/lifestyle/blog/2866/istherepsych>
38. Marcus S. A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders: Current Research & Future Directions. Undergraduate honors thesis, Yeshiva University. 2022..
39. Marcus & Wildes, 2013).
40. Moroze R. M., Dunn T. M., Holland J. C., Yager J., & Weintraub P. (2014). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 54(2), 3-18.
41. Pearson, Wonderlich, Smith , 2015

42. Poivy & Herman, 1999
43. Ragnhildstveit, Slayton, Jackson та ін., 2022).
44. Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12(2), 92-98.:
45. A critique of the literature on etiology of eating disorders (Rikani, 2013)
46. Statistics & Research on Eating Disorders. Retrieved from National Eating Disorder Association. 2022.
47. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eatingdisorders>.
48. van Hoeken & Hoek, (2020).
49. Verschueren, M., Claes, L., Bogaerts, A., Palmeroni, N., Gandhi, A., Moons, T., & Luyckx, K. (2018).
50. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization. 1993

ДОДАТКИ

Додаток А

	0,00	ГІПЕРТИМНІЙ	ТРИВОЖНИЙ	ДИСТІМНІЧНИЙ	Педантичний	Збудливий, неспокійно важкий	Емотивний	Застрашений, ригідний	Демонстративний	Циклотимний	Екзальтований	Невротичність	Споптанна агресивність	Депресивність	Дратівливість	Комунікабельність	Врівноваженість	Реактивна агресивність	Сором'язливість	Відкритість	Екстраверсія-інтроверсія	Емоційна лабільність	Маскулінізм-фемінізм	Загальна оцінка	Загальна оцінка	Тривога	Депресія
ГІПЕРТИМНІЙ	0,09	1,00																									
ТРИВОЖНИЙ	0,16	-0,48	1,00																								
ДИСТІМНІЧНИЙ	0,46	-0,33	0,46	1,00																							
Педантичний	0,24	0,15	-0,11	0,31	1,00																						
Збудливий, неспокійно важкий	0,04	0,45	-0,06	0,21	0,28	1,00																					
Емотивний	0,28	-0,28	0,40	0,48	0,24	0,00	1,00																				
Застрашений, ригідний	0,23	0,34	0,01	0,20	0,26	0,54	0,37	1,00																			
Демонстративний	-0,25	-0,30	0,39	-0,04	0,20	0,04	0,42	0,02	1,00																		
Циклотимний	0,31	0,11	0,21	0,34	0,24	0,35	0,49	0,68	0,25	1,00																	
Екзальтований	0,12	-0,10	0,48	0,41	0,59	0,16	0,58	0,27	0,63	0,37	1,00																
Невротичність	0,08	0,26	0,11	0,04	0,63	0,58	0,29	0,61	0,32	0,45	0,54	1,00															
Споптанна агресивність	0,26	-0,28	0,05	0,54	0,57	-0,15	0,32	-0,06	0,00	0,15	0,31	0,14	1,00														
Депресивність	0,29	-0,04	0,23	0,47	0,74	0,08	0,53	0,27	0,21	0,31	0,55	0,48	0,73	1,00													
Дратівливість	0,21	-0,15	0,07	0,40	0,65	0,22	0,38	0,23	0,00	0,38	0,24	0,52	0,55	0,64	1,00												
Комунікабельність	0,07	0,68	-0,24	-0,05	-0,05	0,61	-0,42	0,24	-0,32	-0,06	-0,12	0,02	-0,44	-0,27	0,36	1,00											
Врівноваженість	-0,26	0,30	-0,43	-0,39	0,15	0,04	-0,13	-0,14	0,03	-0,30	-0,08	0,07	0,12	-0,05	0,16	0,03	1,00										
Реактивна агресивність	0,16	-0,14	-0,03	0,02	0,38	-0,24	0,07	-0,14	0,00	0,01	0,15	0,23	0,65	0,43	0,23	-0,49	0,44	1,00									
Сором'язливість	0,49	-0,46	0,31	0,60	0,35	-0,23	0,56	0,19	-0,03	0,26	0,30	0,13	0,65	0,64	0,52	-0,54	-0,10	0,49	1,00								
Відкритість	-0,16	-0,05	0,13	0,01	0,56	-0,27	0,14	-0,30	0,29	-0,10	0,43	0,23	0,46	0,61	0,38	-0,42	0,12	0,41	0,17	1,00							
Екстраверсія-інтроверсія	0,08	0,15	-0,30	0,06	0,21	-0,04	-0,25	-0,17	-0,62	-0,24	-0,25	-0,03	0,27	-0,04	0,34	-0,03	0,32	0,35	0,12	0,07	1,00						
Емоційна лабільність	0,24	-0,08	0,34	0,41	0,73	0,20	0,62	0,42	0,41	0,36	0,70	0,66	0,55	0,90	0,54	-0,26	-0,06	0,33	0,54	0,55	-0,23	1,00					
Маскулінізм-фемінізм	-0,21	0,29	-0,16	-0,19	0,14	0,13	-0,26	-0,22	-0,25	-0,16	-0,08	0,14	0,11	-0,13	0,23	0,13	0,39	0,13	-0,35	0,18	0,69	-0,20	1,00				
Загальна оцінка	-0,04	0,30	-0,11	-0,12	0,15	0,09	0,15	0,01	0,02	-0,13	-0,06	0,06	0,27	0,36	0,19	0,07	0,39	0,05	-0,05	0,19	0,13	0,23	0,40	1,00			
Загальна оцінка	0,10	0,21	-0,13	0,21	0,30	0,42	0,38	0,36	0,05	0,27	0,11	0,32	0,36	0,50	0,50	0,11	0,21	-0,02	0,29	0,04	0,00	0,35	0,10	0,67	1,00		
Тривога	0,14	0,05	0,43	0,41	0,23	0,25	0,47	0,23	0,05	0,35	0,41	0,35	0,40	0,53	0,42	-0,20	0,07	0,35	0,42	0,37	0,13	0,54	0,17	0,27	0,33	1,00	
Депресія	0,23	0,09	-0,07	0,25	0,15	0,06	0,21	0,05	-0,27	0,15	-0,08	0,11	0,60	0,41	0,36	-0,28	0,39	0,56	0,46	0,25	0,30	0,28	0,17	0,35	0,43	0,68	1,00