

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

ДЯЧЕНКО ІРИНА ВАДИМІВНА

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ
ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ
АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ**

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр»

Науковий керівник:

ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики

від ____ 2025 р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали _____

ЛУЦЬК—2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ	7
1.1. Поняття та особливості проявів афективних розладів	7
1.2. Аналіз феномену розладів харчової поведінки: дослідження причин та проявів	15
1.3. Психологічні особливості розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах	26
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ	31
2.1. Характеристика методів та вибірки досліджуваних	31
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	35
РОЗДІЛ III ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ «ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ»	50
3.1. Анотація програми психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах»	50
3.2. Програма психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах»	52
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади харчової поведінки (РХП) та афективні розлади (АР) є значущими медико-психологічними станами, що чинять істотний негативний вплив на функціональну спроможність індивіда та його суб'єктивне відчуття благополуччя. Сучасні наукові роботи засвідчують тенденцію до зростання коморбідності зазначених розладів, що актуалізує необхідність поглибленого вивчення їх взаємозв'язку.

Представлене дослідження спрямоване на емпіричне вивчення психологічних детермінант, що характеризують специфіку розладів харчової поведінки у осіб, які демонструють клінічно значущі симптоми афективних розладів. Ключовим аспектом дослідження є встановлення характеру впливу афективних станів, зокрема депресивних та біполярних розладів, на механізми формування та хронізації РХП. Отримані результати матимуть важливе значення для розробки стратегій терапевтичного втручання та профілактичних заходів.

Наукова актуальність даного дослідження зумовлена нагальною потребою у розширенні теоретичних знань щодо складних інтеракцій між РХП та АР, що сприятиме оптимізації діагностичного процесу та підвищенню ефективності психотерапевтичних підходів. Окрім того, результати дослідження можуть слугувати підґрунтям для розробки персоналізованих програм психологічної допомоги, що враховуватимуть індивідуальні особливості клінічної картини кожного пацієнта.

Новизна дослідження. Вперше проведено комплексний аналіз психологічних особливостей РХП у осіб з вираженими АР з урахуванням різних типів афективних розладів. Виявлено специфічні психологічні механізми, що лежать в основі поєднання РХП та АР, що дозволяє глибше зрозуміти їх взаємозв'язок. Розглянуто вплив психологічних факторів на формування та підтримання РХП при АР.

Мета: вивчення психологічних особливостей розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах; визначення взаємозв'язку встановлення цих понять.

Виходячи з представленої мети визначено наступні **завдання:**

1. Проаналізувати наукову літературу з питань розладів харчової поведінки, причин їх формування та характерних рис; афективних розладів та особливостей їх проявів; ознак РХП при афективних розладах.
2. Провести емпіричне дослідження розладів харчової поведінки в осіб з вираженими афективними розладами.
3. Визначити психологічні особливості розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах.
4. Розробити програму психологічного тренінгу задля профілактики розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах.

Об'єкт: розлади харчової поведінки.

Предмет: психологічні особливості розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах.

Матеріал дослідження. Дослідженням питань РХП та афективних розладів займалися такі науковці, як Л. Абсалямова, Д. Бернс, Л. Борисенко, С. Буллер, Б. Вейнкіс, А. Гірняк, Б. Девіс, О. Донченко, Х. Долл, Е. Еріксон, Ч. Костелло, Л. Кіро, З. Ковальчук, В. Кокашинський, Л. Кронбах, С. Кронберг, С. Литвин-Кіндратюк, Г. Ложкін, Л. Магдисюк, С. Максименко, А. Мельник, П. Норман, К. Пайк, В. Поліщук, Дж. Рассел, В. Ромацький, М. Савчин, С. Саржевський, Дж. Терренс Вілсон, Т. Федоренко, М. Фергюсон, А. Фройд, З. Фройд, С. Холла, О. Швець, П. Шілдер, О. Шопша, Е. Шпрангер.

Методи дослідження:

теоретичні: логіко-теоретичний аналіз літератури, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення, метод індукції та дедукції;

емпіричні: стандартизовані методики дослідження розладів харчової поведінки та афективних розладів («Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)»; «Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26)»; «Шкала депресії

Гамільтона (HAM-D)»; «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (біполярного скринінгу) (MDQ)»);

методи математичної статистики: описова статистика (знаходження рівнів і частоти вираженості ознаки у відсотках); кореляційний аналіз.

База дослідження. Дослідження проводилось в індивідуальній анонімній формі протягом 2025 року. Вибіркою дослідження стали студенти 1-6 курсів Волинського національного університету імені Лесі Українки вікової категорії 16-26 років.

Практичне значення одержаних результатів. Результати цього дослідження мають значне практичне значення для клінічної практики, психологічного консультування та розробки програм допомоги. Зокрема, отримані дані можуть бути використані для діагностики - покращення виявлення специфічних психологічних особливостей РХП у осіб з АР дозволить розробити більш точні та ефективні діагностичні критерії. Розуміння взаємозв'язку між РХП та АР дозволить створювати програми лікування, які враховують специфіку кожного клієнта, що підвищить ефективність терапії. Виявлення факторів ризику розвитку РХП у осіб з АР допоможе розробити профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку цих розладів. Результати дослідження можуть бути використані для підвищення обізнаності медичних працівників, психологів та громадськості про важливість раннього виявлення та лікування РХП у осіб з АР.

Апробація результатів та публікації. Результати дослідження були обговорені та опубліковані під час проведення науково-практичних конференцій та семінарів: XVIII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (14–27 жовтня 2024 року, м. Луцьк); XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід» (15-30 березня 2025 року, м. Луцьк); XII Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології» (12-16 травня, м. Луцьк);

спеціалізоване навчання «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP» (9 травня 2025 року); спеціалізоване навчання «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP. Рівень 2» (13 травня 2025 року).

Основні положення роботи викладені у таких публікаціях:

1. Дяченко І., Грицюк І. Роль соціально-психологічних факторів у розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід* : матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції (15-30 березня 2025 року, м. Луцьк) / ВНУ імені Лесі Українки ; кафедра практичної психології та психодіагностики ; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2025. С. 69-73.

2. Дяченко І., Грицюк І., Психологічні особливості розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології* : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (12-16 травня 2025 року). Луцьк : ФОП Мажула Ю. М., 2025. С.

3. Дяченко І. В. Психологічні особливості розладів харчової поведінки у дітей дошкільного віку. *Освітні горизонти* (Інформаційно-методичний вісник). Частина II. Досвід. Пошуки. Проблеми. Луцьк, 2025.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ

1.1. Поняття та особливості проявів афективних розладів

Вивчення особливостей поняття афекту необхідне для визначення змісту поняття «афективний розлад» та відмежування його від інших суміжних понять.

Афект (від лат. *affectus* – пристрасть, душевне хвилювання) – це інтенсивний та швидкоплинний емоційний феномен (зокрема, гнів, жах, агонія, крайня радість), що призводить до тимчасового послаблення вольової регуляції поведінки. Внаслідок цього, поведінкові реакції опосередковуються переважно емоційними імпульсами, а не когнітивними процесами. На фізіологічному рівні афект супроводжується помітними руховими проявами та вираженими змінами вегетативної нервової системи, що відображаються на функціонуванні вісцеральних органів. Диференційною ознакою афектів відносно базових емоцій, почуттів та настроїв є їх висока інтенсивність, мала тривалість та залежність від актуальної ситуації, що їх спровокувала [9].

Динаміка афективного стану характеризується вираженою експресивною моторикою, що проявляється у напруженій міміці та інтенсивній жестикуляції. Афект також може бути визначений як інтенсивне та відносно короткотривале нервово-психічне збудження, емоційний стан, що є наслідком різкої зміни значущих для індивіда життєвих обставин. Даний стан супроводжується помітними руховими реакціями, змінами у функціонуванні внутрішніх органів, втратою вольової регуляції та інтенсивним емоційним вираженням. Крім того, термін «афект» використовується для позначення сильного та обмеженого в часі емоційного стану, що виникає у відповідь на раптову зміну особисто значущих подій і проявляється у виражених рухових реакціях [26].

Афективний стан чинить комплексний вплив на когнітивну, конативну (мотиваційно-вольову), моторну та вегетативно-соматичну сфери психічної діяльності індивіда [27].

1. Когнітивна дисфункція. Афект індукує порушення вищих психічних процесів, включаючи стійкість уваги, процеси запам'ятовування та відтворення інформації з пам'яті, а також операційні аспекти мислення.

2. Конативні розлади. Афективний вплив призводить до порушень мотиваційно-вольової сфери, зокрема, у регуляції інтенційності, наполегливості та контролю над поведінкою.

3. Моторна дисрегуляція. Афект проявляється у змінах рухової активності, варіюючи від її інтенсифікації та психомоторного збудження до загальмованості та брадикінезії.

4. Вегетативно-соматичні аберації. Афективний стан супроводжується порушеннями перцепції тілесних відчуттів, включаючи зміни їх тривалості та інтенсивності [27].

Афективні розлади розглядаються як інтегральний компонент практично кожного синдрому психічного захворювання, що визначає його змістовні та структурні особливості. До категорії афективних розладів належать стани, при яких первинна психічна патологія локалізується у зміні афекту або настрою, найчастіше в напрямку його зниження (депресія) або підвищення (манія). Ця зміна настрою зазвичай супроводжується кореляційною зміною загального рівня активності, тоді як більшість інших симптомів виступають як вторинні прояви. Характерною особливістю даних розладів є тенденція до рецидивування, причому ініціація окремих епізодів часто асоціюється з впливом стресових факторів або життєвих ситуацій [5].

Концепція афективного спектру об'єднує групу психічних розладів, що характеризуються первинною дисрегуляцією емоційної сфери. У сучасній психіатричній номенклатурі ці розлади диференційовані на окремі діагностичні категорії, включаючи афективні розлади настрою, тривожні розлади, депресивні розлади, соматоформні розлади, посттравматичний стресовий розлад, а також певні психосоматичні стани з вираженим психовегетативним компонентом та субклінічні емоційні порушення. У контексті афективного спектру, особливо у вразливі періоди життєвого циклу, депресивні та тривожні розлади набувають

особливого значення. Тривожні розлади, поряд з депресією, розглядаються як один з ключових причин суїцидальних спроб серед осіб зрілого віку під час криз, що призводять до суттєвих порушень психосоціального функціонування, включаючи дезадаптацію у професійній сфері та складнощі в міжособистісних відносинах [28].

Хоча емоційні дисфункції є частиною клінічної картини багатьох психічних розладів, визначальною характеристикою афективних розладів є вираженість та глибина порушень емоційної сфери, що домінують над іншими симптоматичними проявами. В основі патогенезу даних розладів лежить дефіцит механізмів контролю власних емоційних реакцій [30].

Афективні розлади є комплексом психічних порушень, в основі яких лежить дезінтеграція функціональних систем, що забезпечують афективну стабільність. Клінічно це проявляється переважно як виражений депресивний стан з домінуючим пригніченням настрою або маніакальний стан з патологічним підвищенням настрою, що супроводжується змінами когнітивних та моторних функцій. До даної категорії належать різні нозологічні одиниці, такі як депресивні розлади різної етіології та біполярний розлад. У цих станах емоційна система втрачає свою адаптивну функцію оцінки реальності. Синхронно зі змінами афективного фону відбувається дисбаланс енергетичного рівня та загальної активності. Розлади настрою часто демонструють коморбідний перебіг з іншими психічними розладами, серед яких найбільш поширеними є тривожні розлади, залежності та розлади особистості. Виділяються три основні якісні характеристики афективного стану [30]:

1) тужливий афект – суб'єктивне переживання інтенсивного відчуття безперспективності, нестерпного емоційного тягара, внутрішнього болю та втрати;

2) тривожний афект – стійке відчуття внутрішньої напруги та занепокоєння з прогностичним очікуванням негативних наслідків, причому фокус тривоги спрямований на майбутнє;

3) апатичний афект – відчуття зниження мотиваційної активності, психічної виснаженості та емоційної індіферентності до зовнішніх стимулів [30].

С. Саржевський розглядає афективні розлади як складні полікомпонентні конструкції, що виявляються через спектр змін у різних сферах психічної діяльності та соматичного функціонування. Такі розлади охоплюють не лише емоційний фон, що є найбільш доступним для суб'єктивної та об'єктивної діагностики, але й чинять значний вплив на мотиваційний аспект, лібідинальні потяги, здатність до вольової регуляції поведінки, когнітивні процеси, включаючи увагу, мнестичні функції, темпоральні та кількісні характеристики асоціативного мислення, а також його змістовну організацію. Крім того, афективні порушення зачіпають загальний психофізичний тонус, рівень рухової активності, вегетативну нервову систему та інші соматичні параметри. Незважаючи на те, що зміни настрою можуть не завжди виступати первинним рушійним фактором у динаміці цих процесів, модальність афективного стану зазвичай корелює з домінуючою патологічною емоцією. Депресивний стан з домінуванням туги асоціюється з загальною загальмованістю, тоді як ейфорійна гіпертимія клінічно проявляється через непродуктивну манію з ейфорійним афективним забарвленням [27].

Афективні розлади характеризуються особливою складністю, зумовленою тривалою втратою працездатності в періоди загострень при збереженні когнітивних функцій. Ця дихотомія значно ускладнює соціальне функціонування індивіда через його обмежену спроможність у різних життєвих сферах, що, у свою чергу, може провокувати поглиблення депресивних станів. Концептуалізація афективних розладів супроводжується тривалими дискусіями щодо універсальності депресії як реакції на несприятливі обставини порівняно з її розглядом як специфічного феномену, притаманного обмеженому колу осіб. Емпіричні дані свідчать про якісні відмінності у глибині та клінічних характеристиках депресивних станів у різних індивідів. Статистичні дані вказують на значний ризик повторного виникнення депресії: у 70% пацієнтів з

помірною та тяжкою депресією рецидив трапляється протягом року, а у 82% – протягом двох років. Крім того, близько 15% осіб із тяжкою формою депресії намагаються вчинити самогубство. Викликає занепокоєння той факт, що лише невелика частка (10%) пацієнтів з тяжкою депресією отримує належне медикаментозне та психотерапевтичне лікування [30].

Ключові клінічні ознаки АР включають розлади ритму сну (інсомнія, десинхронізація фаз сну, що призводить до передчасних пробуджень з відчуттям астенії та пригніченості), стійкі коливання настрою (тривалістю понад два тижні), соціальну ізоляцію (зниження комунікативної активності), ангедонію (втрата інтересу до звичної діяльності, порушення концентрації уваги, зниження мотивації до рутинних занять), гіпорексію та соматоформні прояви (м'язевий гіпертонус, іритабельність, алгічні синдроми різної локалізації, зокрема цефалгії та абдомінальний дискомфорт). Етіологічно значущим є вплив екзогенних чинників, оскільки первинна маніфестація розладів часто провокується стресовими подіями, такими як втрата значущих осіб, інтоксикація етанолом або вживання психоактивних субстанцій [30].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), афективні розлади нозологічно систематизовані в межах діагностичного блоку F30–F39 «Афективні розлади настрою», який включає наступні рубрики: F30 – маніакальний епізод, F31 – біполярний афективний розлад, F32 – депресивний епізод, F33 – рекурентний депресивний розлад, F34 – хронічні афективні розлади настрою (до цієї категорії належать також підкатегорії F34.0 – циклотимія та F34.1 – дистимія), F38 – інші специфіковані афективні розлади настрою, та F39 – афективні розлади настрою, неуточнені [13].

Депресивні розлади є провідною причиною стійкої втрати працездатності серед дорослого населення, що часто зумовлено їх коморбідним співіснуванням з основним психічним або соматичним захворюванням. Слід зазначити, що наявність депресивних станів може значно погіршувати клінічний перебіг первинної патології. Згідно з різними епідеміологічними даними, понад чверть мільярда осіб у світовому масштабі отримують лікування з приводу депресії.

Таким чином, ведення пацієнтів з клінічною депресією є однією з найбільш значних статей витрат у системах охорони здоров'я більшості країн світу. Наприклад, лише в Сполучених Штатах Америки річні витрати на лікування депресії перевищують 300 мільярдів доларів [25].

Депресивний епізод характеризується варіабельною швидкістю розвитку симптоматики, від раптової маніфестації до поступового наростання протягом кількох тижнів. Типова тривалість становить кілька місяців, а діагностичним критерієм є постійність симптоматики протягом щонайменше двох тижнів.

Рецидив депресивного епізоду визначається як повторна поява депресивної симптоматики після періоду ремісії, тривалість якого може варіювати від кількох тижнів до багатьох років [29].

Дистимія – хронічний депресивний розлад з менш інтенсивною симптоматикою порівняно з депресивним епізодом. Зазвичай вперше з'являється в підлітковому віці та характеризується тривалістю не менше двох років. Особи з дистимією можуть також переживати великі депресивні епізоди, що визначається як «подвійна депресія».

Біполярна депресія є складовою біполярного афективного розладу (БАР), що характеризується циклічною зміною афективних фаз: депресивних та маніакальних. Розрізняють дві основні субформи: а) БАР-1, що характеризується чергуванням маніакальних та депресивних епізодів значної інтенсивності; б) БАР-2, що супроводжується гіпоманіакальними та депресивними епізодами [29].

Сучасні нейробіологічні дослідження ідентифікують наступні ключові фактори у патогенезі депресивних розладів: генетична схильність, що проявляється у дефектах певних генів та хромосом; нейротрансмітерний дисбаланс, зокрема дефіцит норадреналіну в окремих мозкових структурах; знижена нейротрансмісія серотоніну в синаптичних щілинах; гормональні порушення, пов'язані з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової осі, що відіграє ключову роль у реакції організму на стресорні впливи.

Ч. Костелло виокремлює наступний спектр симптоматики, характерної для депресії: дисфоричний стан (стійке порушення настрою з домінуванням

похмурості та підвищеної іритабельності), апатія (втрата інтересу до діяльності), ангедонія (зниження здатності відчувати радість та задоволення), порушення соціального функціонування, когнітивні дефіцити (проблеми з мнестичними процесами та концентрацією уваги), знижена самооцінка, відчуття сорому та провини, переживання безнадійності, розлади харчової поведінки (апетиту), порушення сну, суїцидальні ідеї та наміри [8].

Біполярний афективний розлад (БАР) є ендегенним психічним станом, що відрізняється періодичними коливаннями афективного спектру, проявляючись у вигляді маніакальних (або гіпоманіакальних) та депресивних (або субдепресивних) фаз, між якими спостерігається тенденція до майже повної нормалізації психічного стану [27].

Біполярний афективний розлад (БАР) є психічним захворюванням, що характеризується рекурентними епізодами афективної дисрегуляції, включаючи депресивні, субдепресивні, маніакальні, гіпоманіакальні та змішані стани, які демонструють динамічний розвиток та можуть мати сезонну варіабельність у часі виникнення [4].

Термін «біполярний розлад», раніше відомий як маніакально-депресивний психоз, означає психічний розлад, описи клінічних випадків якого сягають праць Гіппократа та Аретей. Формальне визначення БАР як окремого психічного захворювання було вперше запропоноване у 1851 році французьким психіатром Жаном-П'єром Фальєре, який намагався ввести в клінічну практику концепцію «циркулярного божевілля». Протягом майже п'ятдесяти років даний розлад не отримував загального визнання у психіатричній спільноті. Біполярний афективний розлад (БАР) на сьогоднішній день розглядається як складний психічний розлад, що характеризується періодичними маніакальними (гіпоманіакальними), депресивними та змішаними епізодами, залишковими емоційними симптомами між епізодами, ознаками повторення триваючих емоційних фаз, а також супутніми неефективними психічними розладами та порушеннями поведінки. В анамнезі всіх пацієнтів з БАР є повторювані епізоди

патологічних змін настрою, які чергуються з періодами відносно стабільного емоційного стану (еутимії) [20].

Тривалість епізодів нестабільності настрою при БАР демонструє значну варіативність як в міжіндивідуальному, так і в інтраіндивідуальному контексті протягом життєвого циклу. Типово, гіпоманіакальний епізод може тривати від кількох діб до кількох тижнів, маніакальний епізод – від кількох тижнів до кількох місяців, а депресивний епізод – від кількох місяців до кількох років. Афективний епізод у рамках БАР може проявлятися як ізольованою маніакальною або депресивною симптоматикою, так і включати інтеграцію симптомів обох афективних полюсів. Такі інтегровані стани в DSM-5 ідентифіковані як маніакальні або гіпоманіакальні епізоди зі змішаними характеристиками, або депресивні епізоди зі змішаними характеристиками, залежно від домінуючих клінічних ознак [20].

Циклотимія є варіантом (БАР), що відрізняється меншою вираженістю афективних симптомів (гіпоманіакальних та субдепресивних) порівняно з повномасштабними маніакальними та депресивними епізодами, не сягаючи психотичного рівня. Циклотимія характеризується повторюваними епізодами гіпоманії та субклінічними депресивними станами. Даний стан проявляється відносно збалансованим та малопомітним коливанням між фазами підвищеної та зниженої функціональної активності у психічній та соматичній сферах. Помірному підйому настрою відповідає зростання працездатності, активізація інтересів, загальне підвищення інтенсивності діяльності та відчуття фізичного і психічного благополуччя [27].

Дистимія, термін, що походить від давньогрецького «δυσθυμία» (смуток, пригніченість), визначається як хронічний стан зниженого афективного фону, інтенсивність якого є нижчою за поріг діагностики легкого, помірного або тяжкого депресивного епізоду в контексті рекурентної депресії. Це зумовлює певні складнощі у визначенні нозологічного місця дистимії серед інших афективних розладів. Зважаючи на фрагментарність та негармонійність структури депресивного синдрому, а також недостатню клінічну вираженість

власне депресивної симптоматики, існує ряд важливих ознак, що дозволяють диференціювати дистимічні розлади від типових депресій, які мають вирішальне значення не лише для діагностичного процесу, але й для прогнозування ефективності лікування [27].

Гіпоманіакальний епізод (F30.0) діагностується на основі наступних клінічних критеріїв [21]:

1. Наявність періоду стійко піднесеного, експансивного або дратівливого афективного стану.
2. Одночасна присутність щонайменше трьох з наступних симптомів: підвищена психомоторна збудливість та гіперактивність; інфльована самооцінка або грандіозність; прискорений перебіг думок (flight of ideas); логорея (підвищена вербальна продуктивність); підвищена відволікаємість на зовнішні стимули; знижена потреба у сні (скорочення тривалості сну без відчуття втоми); гіперсексуальність та розгальмування інших імпульсивних потягів; надмірне залучення до діяльності, що має високий потенціал задоволення з можливими негативними наслідками.
3. Порушення соціального або професійного функціонування, що проявляється у формі необачної поведінки [21].

1.2. Аналіз феномену розладів харчової поведінки: дослідження причин та проявів

Харчова поведінка визначається як особистісно значуще ставлення до їжі та її споживання, усталені харчові стереотипи в повсякденному житті та в умовах стресогенних факторів, а також поведінка, орієнтована на конструювання образу тіла та відповідні дії з його модифікації. Харчова поведінка охоплює індивідуальні когнітивні установки, набуті харчові звички, емоційні реакції та поведінкові патерни, що мають відношення до харчування [7].

Наукові дослідження підкреслюють, що харчова поведінка індивіда є результатом складної взаємодії між особистістю та навколишнім середовищем, що базується на задоволенні фундаментальної потреби в енергетичних та пластичних ресурсах. Встановлено, що харчова поведінка людини є мультидетермінованою системою, що включає біологічні, психологічні та соціокультурні компоненти, інтеграція яких формує міжфункціональну психологічну організацію. У цій організації важливим аспектом є не лише сатисфакція потреби, але й безпосередньо процес інгібування харчових продуктів. З огляду на це, необхідно враховувати зворотний вплив процесу харчування на актуалізацію та інтенсивність відповідної потреби [11].

Харчова поведінка також включає ціннісно-орієнтоване ставлення індивіда до їжі та процесу її споживання, а також усталені харчові стереотипи, що проявляються як у повсякденному житті, так і в умовах стресових ситуацій. Дана поведінка формується під впливом індивідуального образу тіла та активності, спрямованої на його конструювання [14].

Розлади харчової поведінки (РХП) визначаються як стійкі девіації у харчових звичках або пов'язаних з ними поведінкових патернах, що зумовлюють зміни в структурі харчування або кількості споживаної їжі та значно погіршують фізичне та психосоціальне благополуччя особистості. До спектру цих розладів належать різноманітні аномальні поведінкові моделі, такі як надмірне харчове обмеження, епізоди неконтрольованого переїдання, індукування блювоти або застосування медикаментозних засобів з метою контролю маси тіла [16].

Харчові розлади, або розлади харчової поведінки (РХП), є категорією психічних розладів, що характеризуються порушенням процесу харчування (відповідно до МКХ-10): F50.0 – анорексія нервова; F50.1 – анорексія нервова атипова; F50.2 – булімія нервова; F50.3 – булімія нервова атипова; F50.4 – компульсивне переїдання, спровоковане дистресом; F50.5 – психогенне блювання; F98.2 – розлад харчування в інфантильному віці; F98.3 – алотриофагія (патологічне поїдання неїстівних субстанцій) [13].

Екстернальна харчова поведінка, згідно з представленою концепцією, характеризується підвищеною реактивністю до зовнішніх харчових стимулів. Індивіди з таким типом харчової поведінки ініціюють прийом їжі не у відповідь на внутрішні фізіологічні сигнали (такі як рівень глюкози та вільних жирних кислот у крові, відчуття наповненості шлунку), а під впливом зовнішніх тригерів, включаючи візуальні образи харчових продуктів (наприклад, вітрини магазинів, сервірований стіл), спостереження за процесом споживання їжі іншими особами, рекламу харчових продуктів тощо.

Емоціогенна харчова поведінка визначається як споживання їжі, зумовлене не фізіологічним голодом, а емоційним дискомфортом. Для осіб з емоціогенним типом харчування харчові продукти функціонують як своєрідний психофармакологічний агент, забезпечуючи не лише насичення, але й відчуття заспокоєння, задоволення, релаксації, зменшення емоційної напруги та покращення настрою. Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися у формі компульсивного переїдання та синдрому нічної їжі. Компульсивне переїдання характеризується короткими, повторюваними епізодами надмірного споживання їжі, що тривають не більше двох годин, під час яких індивід вживає значно більшу кількість їжі та з більшою швидкістю, ніж зазвичай. Синдром нічної їжі є менш поширеним та спостерігається переважно у осіб з ожирінням, супроводжуючись трьома ключовими симптомами: ранковою анорексією, вечірнім та нічним гіперфагією, а також порушеннями сну.

Обмежувальна харчова поведінка полягає у свідомому харчовому самообмеженні та дотриманні суворих дієтичних режимів. Тривале дотримання жорстких дієт є складним, і часто призводить до компенсаторних періодів вираженого переїдання [2].

Клінічна значущість та поширеність розладів харчової поведінки (РХП) ілюструються наступними статистичними показниками: глобально, кожні 62 хвилини реєструється один випадок смерті, безпосередньо пов'язаний з РХП; у 50% осіб з РХП діагностується супутня депресивна патологія; аналогічна частка (50%) пацієнтів з РХП має надмірну вагу; 35% ініційованих дієтичних втручань

призводять до розвитку РХП; лише 10% осіб з РХП отримують кваліфіковану медичну допомогу, тоді як переважна більшість пацієнтів через соціальну стигму або відмову від звернення до спеціалістів намагаються самотійно впоратися з розладом, що нерідко погіршує їхній стан; 10% пацієнтів з РХП складають особи чоловічої статі; загальний рівень летальності, пов'язаний з РХП, становить 4% при нервовій анорексії, 3,9% при нервовій булімії та 5,2% при інших специфікованих розладах харчової поведінки [35].

DSM-V передбачає наступні нозологічні категорії порушень харчової поведінки: нервову анорексію, нервову булімію та інші специфіковані та неспецифіковані розлади харчової поведінки. З огляду на це, доцільним є детальний розгляд різних видів розладів харчової поведінки [22].

Актуальні наукові дослідження вказують на те, що незадоволеність власним тілом є значущим етіологічним фактором у розвитку розладів харчової поведінки, визначаючи як виникнення, так і спектр діагностованих розладів. У зв'язку з цим, необхідно здійснити поглиблений аналіз кожної з зазначених категорій РХП.

1). Нервова анорексія характеризується значним обмеженням харчування, що призводить до критично низької маси тіла, при цьому інтенсивний страх набору ваги зберігається, і більшість індивідів продовжують вживати заходів для подальшого зниження маси тіла, незважаючи на вже наявний дефіцит ваги. Ключовими клінічними ознаками розладу є постійне прагнення до схуднення, відмова від достатнього харчування для підтримання нормальної ваги, ірраціональний страх збільшення маси тіла, порушення перцепції власної ваги або форми тіла, а також надмірна залежність самооцінки від ваги та фігури. Зниження апетиту аж до його повної відсутності (анорексія, від грецького «an» – заперечення, «orexís» – апетит) може бути зумовлене дисфункцією харчового центру та травної системи, ендокринними, нейрогенними та психогенними розладами, а також інтоксикаціями. Епідеміологічні дослідження свідчать, що спостерігається тенденція до зниження віку маніфестації розладу, включаючи випадки госпіталізації дівчаток віком восьми років [22].

2). Нервова булімія характеризується надмірною залежністю самооцінки від сприйняття власного тіла та сильним страхом набрати зайву вагу. На відміну від нервової анорексії, вага тіла пацієнтів, як правило, є в межах норми, проте спостерігаються повторювані епізоди неконтрольованого переїдання (компульсивного харчування), які супроводжуються компенсаторними діями, спрямованими на запобігання збільшенню ваги, такими як викликання блювоти, вживання проносних засобів та надмірна фізична активність. Нервова булімія – це розлад, що характеризується рецидивуючими нападами переїдання та нав'язливою стурбованістю контролем ваги, що призводить до використання крайніх методів [22].

3). Дисоціація. У контексті розладів харчової поведінки проявляється як механізм, що має певні паралелі з аутоагресивною поведінкою. Індивід здійснює перехід від переживання інтенсивних негативних думок та емоцій до відчуття реального фізичного болю. Компенсаторні стратегії у вигляді надмірних фізичних вправ або штучного випорожнення шлунково-кишкового тракту, а також коливання між відчуттям голоду та епізодами переїдання, можуть функціонувати як способи досягнення стану емоційного відсторонення або притуплення сенсорних переживань, подібно до дисоціативних механізмів.

4). Ритуали. Даний аспект харчової поведінки являє собою спробу структуризації повсякденного життя відповідно до чітко регламентованих правил, що стосуються харчування. Характерною ознакою є наполегливе прагнення дотримуватися фіксованого розкладу прийому їжі, суворого контролю ваги порцій, калорійності, а також обмеженого переліку продуктів, які суб'єктивно сприймаються як безпечні для споживання.

5). Соціальна ізоляція характеризується тенденцією індивіда до дистанціювання від звичного соціального оточення з метою оптимізації зовнішніх умов, що сприяють формуванню бажаної харчової поведінки (наприклад, інтенсивні заняття спортом, суворе дотримання дієтичних рекомендацій). Дана поведінка може супроводжуватися емоційними проявами у вигляді підвищеної дратівливості та тривожності.

6). Компульсивне переїдання – структурований поведінковий патерн, що включає наступну послідовність: первинний тригер – емоційна реакція, що виникає внаслідок певної події; емоція – інтенсивне, непереборне бажання спожити їжу, незалежно від фізіологічних сигналів голоду, часу останнього прийому їжі або рівня фізичної активності; бажання – безпосередньо призводить до акту споживання їжі, часто неселективного характеру, у великих об'ємах, без усвідомленого сприйняття смакових якостей та розуміння процесу; наслідком епізоду переїдання є погіршення фізичного стану, що супроводжується інтенсивним почуттям провини [6].

7). Перверсія характеризується неконтрольованим потягом до вживання неїстівних речовин, таких як крейда, земля, вугілля, папір та інші. В окремих ситуаціях це може бути результатом сильного специфічного бажання, тоді як в інших – ознакою психічного розладу та порушення функції харчового центру. Цей розлад відомий як геофагія.

8). Бігорексія – психічне захворювання, що переважно вражає чоловіків, які мають неадекватне сприйняття власної фізичної форми та оцінюють інших, виходячи з критеріїв їхньої мускулатури. Даний стан, що є аналогом чоловічої булімії, найчастіше спостерігається серед бодібілдерів.

9). Сітофобія – патологічний страх перед прийомом їжі, що спостерігається переважно при невротичних та психопатичних розладах.

10). Орторексія – obsесивне прагнення до «правильного» харчування. Особи з орторексією виявляють надмірну стурбованість якістю споживаної їжі, часто більшу, ніж кількістю, постійно модифікуючи свій раціон відповідно до власних уявлень про шкідливі та корисні продукти. Багато орторексиків, наприклад, вживають виключно сирі фрукти та овочі або є веганами чи фрукторіанцями. Деякі з них обмежують свій раціон продуктами певного кольору. Валідність віднесення орторексії до категорії захворювань залишається предметом дискусії [2].

11). Дранкорексія – вид розладу ХП, при якому людина замінює вживання поживних речовин споживанням алкогольних напоїв для досягнення або збереження низької ваги тіла [19].

На розвиток девіантних харчових патернів значний вплив чинять соціально конструйовані стандарти та ідеали краси, яким особливо схильні до наслідування молоді жінки. Надмірна цінність досягнення ідеалізованого образу тіла визначається дослідниками як деструктивний перфекціонізм, що призводить до саморуйнівної поведінки особистості та негативно впливає на її міжособистісні відносини. Встановлено, що перфекціонізм є коморбідним фактором багатьох психічних розладів, включаючи розлади харчової поведінки. Перфекціонізм може виступати як предиктор розвитку даних захворювань, так і безпосередньо проявлятися у формі надмірного контролю ваги у пацієнтів з нервовою анорексією та булімією [7].

Засвоєння суспільного ідеалу худорлявості є одним із головних процесів, що розкриває зв'язок між впливом соціокультурного оточення та появою розладів харчування. Ще в 1873 році французький лікар Ш. Лазег у своїй роботі вперше акцентував увагу на важливості психосоціальних факторів, особливо ролі родини та друзів, у розвитку нервової анорексії. Це демонструє, що соціальні та культурні аспекти відіграють значну роль у формуванні уявлення про власне тіло та харчових звичок, що потенційно може призводити до виникнення розладів харчової поведінки [41].

Фанатик здорового харчування – це освічена, активна особистість, яка прагне йти в ногу з тенденціями, дбати про зовнішній вигляд, мати ідеальну фігуру та відповідати сучасним стандартам краси. Це передбачає сильну волю до втілення власної або запозиченої концепції, навіть ціною самозречення, жорсткого контролю та радикальних методів. На початкових етапах особа із захопленням ділиться своїми знаннями з близькими, надихається швидкими результатами втрати ваги завдяки різним дієтам та зазвичай навіть не замислюється над тим, чи справді її підхід є корисним для організму. Захоплення здоровим харчуванням поступово стає єдиною важливою річчю в житті. Людина

годинами вивчає нову інформацію, ретельно планує раціон, уникає «заборонених» продуктів, а фізичне виснаження та болісні тренування сприймає як необхідну умову успіху. З часом вона починає віддалятися від друзів і рідних, адже страх порушити встановлені власні правила харчування стає домінуючим [40].

Особи порушеннями харчової поведінки потрапляють до категорії підвищеного ризику, оскільки їхній стан впливає не лише на психологічне здоров'я, але й на функціонування всього організму. Індивіди, які борються з розладами харчової поведінки, часто приховують або заперечують наявність симптомів, що ускладнює своєчасне надання комплексної допомоги. Незважаючи на численні дослідження, точні причини розвитку цих розладів залишаються невідомими. Однак, експерти виділяють кілька можливих факторів [17]:

1) Спадковість: дослідження показують, що люди, чиї родичі мали розлади харчової поведінки, у вісім разів частіше стикаються з подібними проблемами. Вивчення близнюків підтверджує, що вони часто мають схожі харчові звички та схильність до розладів.

2) Взаємодія біологічних, психологічних та соціальних факторів: на розвиток розладів ХП впливають сімейні обставини, сприйняття власного тіла, харчові вподобання, стереотипи харчування, контроль ваги, самооцінка та думки, пов'язані з їжею.

3) Вплив культури: засоби масової інформації, пропагуючи нереалістичні стандарти краси та спотворені ідеали худорлявості, чинять значний вплив на свідомість молоді.

4) Внутрішні конфлікти: розлади харчової поведінки можуть бути відображенням несвідомої боротьби людини з власним «Я», уявленнями про себе в суспільстві та проблемами, що виникають внаслідок травматичних подій або неадаптивної соціалізації.

5) Психологічні чинники: емоційна нестабільність, почуття провини, низька самооцінка, навіюваність та залежність від думки оточуючих можуть

сприяти розвитку розладів. Підлітки, які переживають вікові кризи, особливо вразливі до цих факторів [17].

Одним із значущих факторів, що сприяють розвитку харчових порушень, особливо екстернальної харчової поведінки, є імпульсивність, яка часто коморбідно асоціюється з іншими залежностями, такими як зловживання алкоголем, нікотинова залежність та наркотична аддикція [23].

Важливим етіологічним чинником виникнення порушень харчової поведінки є характер ранніх інтеракцій дитини з материнською фігурою. Зокрема, годування дитини у відповідь на будь-які прояви негативних емоцій або тривожності може призвести до порушення здатності розрізняти фізіологічні сигнали голоду та емоційні стани страху чи тривоги [10].

Формування атипових харчових стереотипів є результатом складної взаємодії біологічних, соціальних та психологічних факторів. Дисрегуляція церебральних систем, що контролюють харчову поведінку, розглядається як ключовий патогенетичний механізм. Серотонінергічна гіпотеза передбачає, що недостатність серотоніну в мозку може призводити до компенсаторного споживання високовуглеводної їжі, що стимулює його синтез та забезпечує відчуття насичення та емоційного комфорту. Таким чином, високовуглеводні продукти можуть функціонувати як аутофармакологічний засіб для корекції емоційного дисбалансу. Соціальні детермінанти включають соціокультурні норми (пропаганда стрункости як еталону) та особливості сімейного виховання [2].

Характерні особливості харчової поведінки здійснюють значний вплив на формування фізичного компонента Я-концепції (тілесного Я), а також на когнітивний та емоційний розвиток індивіда. Враховуючи, що фізичний образ «Я» є важливим детермінантом системи самосприйняття, можна стверджувати, що патерни харчування опосередковано впливають на особистісні характеристики та весь спектр психічних процесів, включаючи самосвідомість. Дослідження виявили, що діти демонструють меншу схильність обирати в якості товариша однолітка ендоморфного соматотипу (згідно з класифікацією

В. Шелдона). Крім того, у дітей з ендоморфною конституцією частіше спостерігається негативне ставлення до власного тіла та неприйняття свого фізичного «Я». Таким чином, харчова поведінка є інтегральною складовою функціонування особистості, що зумовлює необхідність дослідження проблеми її порушень. Харчова поведінка може бути класифікована як адекватна або неадекватна [2].

3. Ковальчук у своєму тривалому дослідженні порушень харчової поведінки у жінок виявила комплекс особистісних характеристик, притаманних даній групі, включаючи депресивність, істероїдні риси, егоцентризм, переживання соціальної ізоляції, надмірну самокритичність та перфекціонізм. Крім того, жінки з порушеннями харчової поведінки демонструють тенденцію до приховування від оточуючих свого харчового потягу та намагаються компенсувати проблеми у сфері харчування досягненнями в інших сферах життєдіяльності. Згідно з твердженнями автора, респондентки виявляють труднощі у визнанні власних недоліків та невідповідності ідеалізованому образу, а цінність їжі займає домінуюче місце в їхній ієрархії цінностей, при цьому значна частина їхньої активності та інтересів пов'язана з приготуванням та споживанням їжі [15].

Візуальні ознаки порушень харчової поведінки найчастіше спостерігаються у осіб, чия поведінка характеризується домінуванням очищувальних практик після прийому їжі. Нервова булімія клінічно проявляється наступними характеристиками: епізоди неконтрольованого споживання значного об'єму їжі (гіперфагія), систематичне застосування евакуаторних методів щодо вмісту шлунково-кишкового тракту, періодичне дотримання жорстких дієтичних режимів, надмірна фізична активність, а також значна залежність самооцінки від соматометричних показників (фігури та маси тіла). В окремих випадках булімія може бути вторинною щодо порушення механізмів насичення (акорії), що проявляється поліфагією – споживанням аномально великої кількості їжі [2].

У стресових ситуаціях автоматично посилюються ретрофлексивні процеси та відбувається повернення до раннього досвіду безпорадності, що проявляється у спробі впоратися зі складнощами через збереження пасивної ролі та залежності від інших, а також через уникнення будь-яких дій, спрямованих на зміну ситуації. Накопичення травматичних подій, які характеризуються низьким рівнем особистого контролю та відчуттям безсилля, сприяє формуванню гіперфагічних реакцій як способу адаптації, особливо при домінуючому прагненні уникнути невдачі та наявності супутнього депресивного настрою. Отже, якщо зовнішні спроби обмежити харчування сприймаються як небезпека, захисною реакцією може стати переїдання. І навпаки, якщо людина розцінює вживання їжі як зовнішню загрозу своєму тілесному «Я», специфічними захисними механізмами стають різні очисні процедури та обмежувальна харчова поведінка (жорстке дотримання дієт, повна відмова від їжі). Відповідно, у процесі психологічної корекції одним із головних завдань психолога є виявлення звичної ретрофлексії. Це відкриває шлях до зміни поведінки людини: на початковому етапі вона спрямовує агресію на зовнішні об'єкти, відновлюючи регуляторні функції гніву (що в груповій роботі може проявлятися як зростання конфліктності між учасниками). У подальшому розвитку терапії відбувається формування здорової та гнучкої межі особистості через усвідомлення неадаптивних моделей прийняття відповідальності та здійснення контролю [31; 32].

Розлади харчової поведінки можуть проявлятися у двох крайнощах: одні люди переїдають, інші – виснажують себе голодуванням. Такі особи стають замкнутими, тривожними, уникають консультацій лікарів і харчуються одноманітно, що призводить до дефіциту необхідних поживних речовин. Для них найбільшим страхом є відсутність «дозволених» продуктів, що тільки посилює їхній стан. Те, що починалося як прагнення до здорового способу життя, перетворюється на фактор, що руйнує здоров'я. Наслідки таких розладів можуть бути вкрай серйозними, аж до летального результату. Саме в цьому і полягає небезпека фанатичного підходу до здорового харчування [40].

РХП є складним багатфакторним явищем, яке не можна пояснити лише біологічними чи генетичними детермінантами. Культурні норми, гендерні стереотипи, внутрішній конфлікт, низька самооцінка та вплив ЗМІ відіграють ключову роль у розвитку нездорових харчових звичок. Тривожно-депресивні стани значно підвищують ризик розвитку розладів харчової поведінки та ускладнюють їхній перебіг, формуючи замкнутий цикл патологічних змін. Отримані дані наголошують на необхідності всебічного розгляду при діагностуванні та лікуванні розладів харчової поведінки, охоплюючи як медичні, так і психологічні та соціальні чинники. Майбутні наукові розвідки в цій галузі повинні зосередитися на створенні дієвих профілактичних заходів та стратегій втручання, які б враховували індивідуальні характеристики пацієнтів та вплив їхнього соціального середовища.

1.3. Психологічні особливості розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах

Аналіз статистичних даних, що стосуються осіб з РХП обох статей, виявляє високий рівень коморбідності з депресивними та тривожними розладами. У науковій літературі представлені різні точки зору щодо їх взаємозв'язку: депресія та тривога можуть бути чинниками ризику розвитку порушень харчової поведінки; вони також можуть виступати як наслідок негативного впливу порушень харчової поведінки на психічний стан; альтернативно, розглядається гіпотеза про спільні етіологічні механізми, що лежать в основі обох типів розладів [39].

Психічні захворювання, такі як розлади страху та настрою, можуть бути факторами ризику розвитку РХП. Сьогодні важко визначити, які умови будуть передувати без проведення емпіричних досліджень. Існують гіпотези, що тривожні розлади та розлади настрою, включаючи депресію та біполярний розлад, можуть передувати симптомам РХП [16].

Дані лонгітудинального проспективного дослідження, проведеного на 615 парах близнюків у США, вказують на те, що зростання ймовірності розвитку нервової анорексії асоційоване з підвищеною коморбідністю депресії та тривоги, а також з вираженою мотивацією до досягнення екстремальної худорлявості. Щодо нервової булімії, зв'язок з тривожними та депресивними розладами є менш однозначним, проте окремі попередні дослідження демонструють наявність спільних феноменологічних ознак у структурі цих трьох розладів [16].

Результати крос-секційного дослідження, проведеного на репрезентативній вибірці з 2510 осіб, що проживають у Німеччині, свідчать про те, що серед індивідів з діагностованими розладами харчової поведінки ознаки депресії найчастіше асоційовані з розладом, що характеризується епізодичним переїданням. Загалом, симптоматичний профіль розладів харчової поведінки демонструє значущу кореляційну залежність з депресивними ознаками, зокрема з ангедонією та зниженим емоційним фоном. Дана взаємозалежність виявляється в обох гендерних групах, однак її сила є більш високою у жінок порівняно з чоловіками [33].

У клінічних групах, що характеризуються високою поширеністю розладів харчової поведінки, часто спостерігається значна коморбідність з афективними розладами. Емпіричні дослідження показують, що великий депресивний епізод був діагностований у понад 75% осіб з нервовою анорексією (НА). Вивчення темпоральних характеристик виникнення розладів виявило, що розлади настрою передували розвитку РХП у третині випадків НА. В решті випадків супутні афективні розлади або були синхронними з РХП, або виникали після встановлення діагнозу РХП. Отже, отримані висновки вказують на те, що депресивні розлади можуть бути як предикторами, так і наслідками РХП, а також можуть бути коморбідним станом, що посилюється мальнутрицією, що значно ускладнює лікування РХП [34].

Культурологічні особливості особи та приналежність до соціуму мають значний вплив на розвиток РХП. Фактор наявності виражених афективних розладів поглиблює складність інтеграції індивіда у суспільство. Процес

своєчасної діагностики та ефективної корекції порушень ХП стає складнішим через різноманітність симптомів, високу частоту їх поєднання з іншими патологіями, а також труднощі у визначенні та класифікації виявлених синдромів. Дослідження показують, що у структурі тривожно-депресивних розладів можуть спостерігатися порушення, пов'язані з харчовою поведінкою. Вираженість як клінічних, так і субклінічних проявів тривоги й депресії не лише відображає ступінь психічних розладів при харчовій патології, а й впливає на подальший розвиток хвороби [24].

Харчові розлади супроводжуються необґрунтованими ірраціональними переконаннями, наприклад, помилковою думкою, що зниження ваги збільшує схвалення суспільства. Особливо вразливими до цих порушень стають люди, які мають виражені афективні розлади, переживають травматичні події, що значно збільшує ймовірність формування шкідливих харчових звичок [1].

Поширеність розладів особистості варіює залежно від специфічної діагностичної категорії розладів харчової поведінки. Підвищений рівень перфекціонізму є спільною рисою нервової анорексії (НА) та булімії нервової (БН). Прояви компульсивного переїдання та очищувальної поведінки часто асоціюються з імпульсивністю та вираженою емоційною дисрегуляцією. З іншого боку, дефіцит емоційної усвідомленості є поширеним феноменом серед більшості діагностичних категорій РХП [12].

Розлади харчової поведінки (РХП) є однією з провідних етіологічних детермінант розвитку ожиріння, що зумовлює значну кількість летальних випадків, сягаючи близько 7000 щорічно (станом на 2019 рік), що класифікує їх як психіатричні захворювання з найвищим рівнем смертності. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2019 рік, Україна посідає третє місце в Європейському регіоні за поширеністю психічних розладів, причому понад 4,5% населення мають офіційно встановлений психіатричний діагноз. Американський центр з контролю та профілактики захворювань за період 2015-2021 років зафіксував, що близько 42% населення Сполучених Штатів Америки страждає на ожиріння; кожен п'ятий дорослий у США щорічно відчуває епізод

психічного захворювання; серед осіб з ожирінням 43% мали в анамнезі депресивні розлади, а у 25% були діагностовані тривожні розлади [12].

Розлади харчової поведінки можуть також виступати як вторинні наслідки афективних розладів, таких як депресія та тривога. Близько половини пацієнтів з булімією або розладом компульсивного переїдання демонструють коморбідні ознаки синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ (F 90.1)), що є гіперкінетичним розладом поведінки, який традиційно діагностується в дитячому віці та може бути фактором ризику розвитку РХП, а не їхнім наслідком. Приблизно 15% пацієнтів з РХП виявляють супутні компульсивні поведінки, включаючи зловживання психоактивними речовинами (алкоголем та наркотиками), оніоманію та ризиковану сексуальну поведінку. Для таких осіб можуть бути характерні аутоагресивні тенденції, порушення циркадних ритмів сну, а також ознаки межового або біполярного розладу особистості. Особливу клінічну значущість мають РХП, що маніфестують у дитячому та підлітковому віці, з огляду на їхній потенційний негативний вплив на процеси фізичного росту та психосоціального розвитку [12].

У клінічній практиці нерідко фіксується поєднання розладів харчової поведінки з порушеннями особистості, однак емоційні та тривожні розлади є найчастішими супутніми проблемами у людей з РХП. Так, частота діагностування біполярного розладу може сягати 75% серед осіб, які страждають на РХП, а соціальна фобія зустрічається до 42% у дорослих з РХП. Крім того, існують переконливі дані, що вказують на те, що наявність діагностованого тривожного розладу в дитячому віці, наприклад, obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), може бути попередником розвитку розладів харчової поведінки в більш зрілому віці [37].

Результати наукових досліджень свідчать про те, що жінки з діагностованими розладами харчової поведінки демонструють значно нижчий рівень суб'єктивного благополуччя порівняно з жінками без схильності до таких порушень. Зокрема, у жінок з РХП відзначаються нижчі показники задоволеності

життям та знижений рівень позитивного афекту. Натомість, у даної групи жінок, особливо у тих, хто страждає на булімію, частіше домінує негативний афект [36].

У жінок негативне ставлення до власного тіла може опосередковано, через виникнення депресивних переживань, підвищувати ризик розвитку розладів харчової поведінки. Жінки, незадоволені своїм тілом, частіше відчувають сором через порівняння себе з іншими не на свою користь, проявляють підвищену стурбованість та хвилювання щодо можливої критики з боку суспільства, а також відчувають розчарування через невідповідність нав'язаним стандартам краси. Посилення негативного сприйняття власної зовнішності у таких жінок збільшує вірогідність появи депресивних станів, які, своєю чергою, прямо пов'язані зі схильністю до розладів харчування загалом, а також до конкретних проявів булімії чи анорексії. Однак слід підкреслити, що суттєвий зв'язок між спотвореним образом тіла та схильністю до РХП у жінок може існувати і без прямого впливу депресії [38].

У науковій роботі Л. Кіро виявлено статистично підтверджену пряму кореляцію між набором ваги у пацієнтів та підвищенням ймовірності виявлення у них непсихотичних ментальних розладів. Ця закономірність зумовлена зростанням кількості випадків діагностування таких станів, як генералізований тривожний розлад (F 41.1), змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2), періодична депресія різної інтенсивності без психотичних ознак (F 33), включаючи легку (F33.00), середню (F33.10) та тяжку (F33.20) форми, а також соматичні розлади, зокрема соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.3), хронічний соматоформний больовий розлад (F 45.4) та синдром хронічної втоми (F 48.0). Слід підкреслити, що встановлення діагнозів усіх зазначених психічних порушень проводилося компетентним лікарем-психіатром на підставі ретельного попереднього клінічного огляду хворих [12].

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ

2.1. Характеристика методів та вибірки досліджуваних

У нашій праці вивчено психічні особливості РХП при виражених афективних розладах. Організація емпіричного дослідження проводилась у три етапи.

Перший етап – пошуковий. Огляд ключових понять поняттями «розлади харчової поведінки» та «афективні розлади»; аналіз наукових праць, присвячених даній проблематиці; виокремлення особливостей проявів РХП при вираженій БАР, депресії та інших розладах. У ході дослідження підібрано комплекс діагностичних методик, спрямованих на вивчення психологічних особливостей прояву РХП при виражених афективних розладах.

Другий етап – організація та проведення емпіричного дослідження. Підготовлено онлайн-опитувальники, інструкції, бланки та відповідно безпосереднє проведення збору статистичних даних з використанням стандартизованих методик:

1. «Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)».
2. «Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26)».
3. «Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)».
4. «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (біполярного скринінгу) (MDQ)».

Третій етап – систематизація та обробка зібраних результатів дослідження, проведення статистичного аналізу для виявлення закономірностей, узагальнення та інтерпретація даних, підбиття підсумків та формулювання висновків.

Вибірка дослідження складає 50 осіб віком від 16 до 26 років.

Для емпіричного дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах використано такий методичний інструментарій:

1. «Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)».

Опитувальник харчової поведінки, розроблений у Нідерландах у 1986 році групою психологів з факультетів харчування людини та соціальної психології, отримав назву DEBQ (скорочено від Dutch Eating Behavior Questionnaire). Його головною метою було ідентифікувати три типи харчової поведінки: обмежувальну, емоційну та екстернальну. Створення цього інструменту було зумовлене потребою в простому та водночас надійному способі якісно та кількісно оцінювати розлади харчової поведінки, особливо ті, що пов'язані з надмірним споживанням їжі при ожирінні, а також для розробки індивідуальних стратегій клінічної допомоги таким пацієнтам.

Структурно DEBQ включає 33 твердження, на кожне з яких респондент дає оцінку, наскільки воно відображає його власну поведінку, використовуючи п'ятибальну шкалу: «Ніколи» (1 бал), «Рідко» (2 бали), «Іноді» (3 бали), «Часто» (4 бали) та «Дуже часто» (5 балів).

Для інтерпретації результатів за кожною шкалою визначається середнє арифметичне значення отриманих балів. Питання з 1 по 10 формують шкалу, що відображає емоціогенну харчову поведінку (всього 10 питань). Питання з 11 по 23 належать до шкали екстернальної харчової поведінки (13 питань). Решта питань, з 24 по 33, складають шкалу обмежувальної харчової поведінки (10 питань).

Для осіб з нормальною масою тіла нормативними показниками вважаються: 2.4 бали для обмежувальної, 1.8 балів для емоціогенної та 2.7 балів для екстернальної харчової поведінки відповідно.

2. «Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26)».

У 1979 році в Інституті психіатрії Кларка при університеті Торонто було розроблено скринінгову методику для оцінки ставлення до їжі, відому як Eating Attitudes Test (EAT). Цей інструмент, подібно до багатьох аналогічних

опитувальників, містить питання, що відображають симптоми, які вважаються нетиповими для здорової харчової поведінки. Ці симптоми охоплюють когнітивну, поведінкову та емоційну сфери, проте тест не передбачає виокремлення окремих підшкал.

Варіант тесту ЕАТ-26 є саме скринінговим інструментом, що означає неможливість встановлення на його підставі будь-якого діагнозу, навіть попереднього. Однак отримання високого загального балу за цим тестом вказує на значну ймовірність наявності серйозних порушень харчової поведінки, зокрема таких як анорексія або булімія, для виявлення яких, власне, і було створено цей тест. Водночас деякі пункти опитувальника можуть бути характерними й для інших розладів харчової поведінки, наприклад, обмежувального чи компульсивного.

Підкреслюючи скринінговий характер ЕАТ-26, варто зазначити, що він не призначений для діагностики харчових розладів. Проте високий сумарний бал, що перевищує 20, є вагомим індикатором підвищеної ймовірності наявності таких розладів.

Отже, опитувальник ЕАТ-26 є корисним інструментом для виявлення індивідів, які можуть мати підвищений ризик розвитку РХП та потребують подальшої оцінки спеціалістом у галузі психічного здоров'я. Однак важливо пам'ятати, що цей тест не є комплексним і не охоплює весь спектр існуючих на сьогодні розладів харчової поведінки.

3. «Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)».

Рейтингова шкала депресії Гамільтона (HAM-D) є одним з найбільш уживаних та загальноприйнятих інструментів у клінічній практиці для діагностики депресивних станів та відстеження динаміки захворювання. Існують різні варіанти цієї шкали, що включають 17, 21, 24 або 31 пункт, проте найчастіше застосовується 17-пунктова версія. Ключовими характеристиками шкали є 4-бальна система оцінювання від 0 до 4, де вища сума балів свідчить про більшу тяжкість депресії.

Для визначення ступеня тяжкості депресії, незалежно від загальної кількості пунктів у версії шкали, враховуються результати лише перших 17 питань. Оцінки за іншими пунктами можуть використовуватися для виявлення супутніх розладів, які безпосередньо не пов'язані з депресією.

Загальна інтерпретація балів за 17-пунктовою шкалою HAMD (згідно з Beck, 1993) виглядає так:

- 0-7 балів: відсутність депресії.
- 8-12 балів: легка депресія.
- 13-15 балів: менш ніж велика депресія.
- 16 балів: велика депресія.

Сучасна інтерпретація пропонує дещо інші критерії:

- <7 балів: немає депресії.
- 8-12 балів: зона ризику депресії.
- 13-17 балів: легка депресія.
- 18-23 бали: помірна депресія.
- 24 і більше балів: від вираженої до тяжкої депресії.

Існують також розбіжності в оцінці діапазону 6-17 балів: деякі джерела вказують, що 0-6 балів свідчать про відсутність депресії, а 7 балів або менше можуть бути ознакою ремісії, тоді як інтервал 7-17 балів відповідає легкій депресії.

4. «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (біполярного скринінгу) (MDQ)».

Опитувальник розладів настрою (MDQ) є практичним інструментом, що призначений для первинного виявлення біполярного розладу у пацієнтів, які страждають на депресію. У разі позитивного результату скринінгу рекомендується проведення більш глибокої діагностичної оцінки.

Важливо враховувати, що деякі пацієнти можуть не визнавати наявності у себе певних симптомів, що може призвести до хибнонегативного результату скринінгу. Також слід пам'ятати, що позитивний результат MDQ не є

остаточним діагнозом. Діагноз біполярного афективного розладу може бути встановлений лише лікарем-психіатром.

Для того, щоб оцінка за опитувальником вважалася позитивною, необхідно, щоб щонайменше 7 з 13 пунктів описували проблеми, які мали місце у пацієнта, причому 3 з цих проблем повинні бути оцінені як серйозні або помірні. Крім того, якщо на перше запитання було дано відповідь «Так», то щонайменше один зазначений період не повинен бути занадто коротким, а щонайменше два з цих періодів повинні призводити до значущих проблем у житті пацієнта. Також, щонайменше три зазначені проблеми повинні бути помірними або серйозними за ступенем впливу.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Для оцінки проявів розладів харчової поведінки використано методику «Голандський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)» (див. Додаток А).

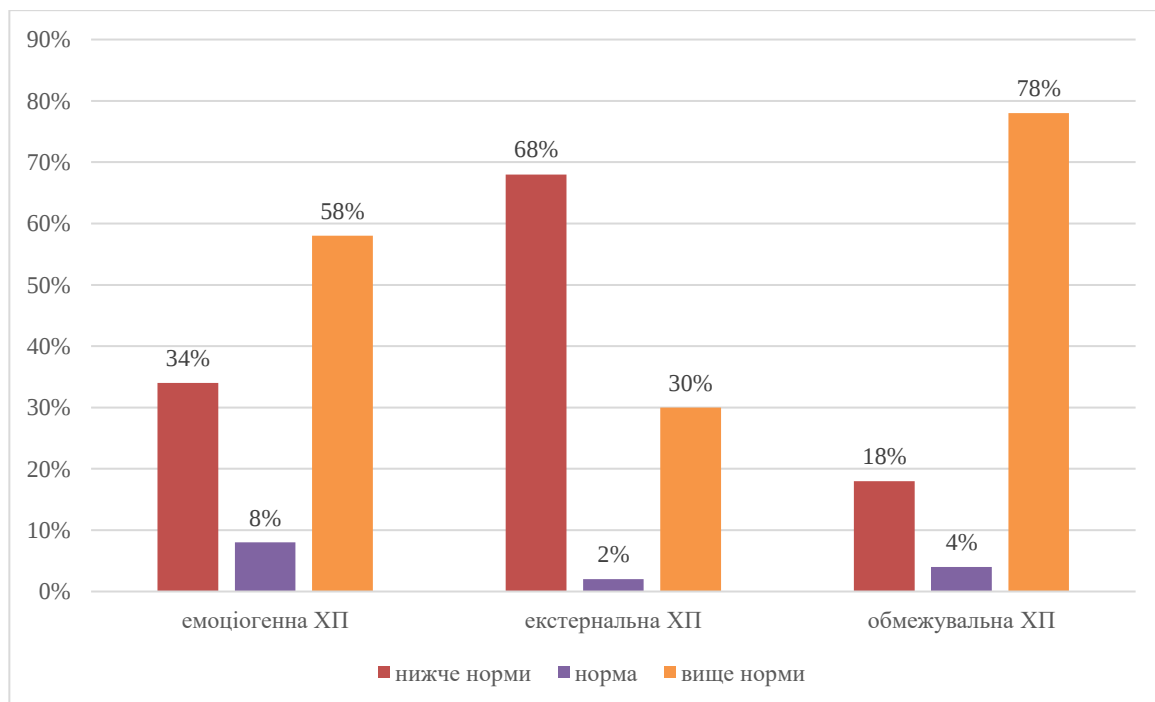


Рис. 2.1. Оцінка проявів РХП за методикою «Голандським опитувальником харчової поведінки (DEBQ)», %

На рис. 2.1. зображено відсоткове співвідношення оцінки проявів розладів харчової поведінки за видами ХП: емоціогенною, екстернальною та обмежувальною.

Статистичний аналіз виявив, що значна частка досліджуваної вибірки (34%) демонструє рівень емоціогенної харчової поведінки, що є статистично нижчим за нормативні показники, що визначає низьку схильність респондентів до використання харчування як механізму копінгу емоційних станів. Водночас, лише незначна частина (8%) виявила показники, що відповідають нормативним значенням, характерним для осіб без виражених порушень харчової поведінки в контексті емоційного регулювання. Переважна більшість досліджуваних (58%) продемонструвала рівень емоціогенної харчової поведінки, який є статистично значущо вищим за норму. Отримані дані свідчать про високу ймовірність використання їжі як засобу модуляції емоційного фону, що є потенційним індикатором дисфункційного харчового патерну емоційного прояву.

Аналіз екстернальної харчової поведінки показав, що більшість респондентів (68%) мають показники, що є статистично нижчими за норму, що свідчить про низьку чутливість досліджуваної групи до зовнішніх харчових стимулів, таких як соціальні контексти або візуальна доступність їжі, як факторів, що ініціюють надмірне споживання. Вкрай мала частка вибірки (2%) продемонструвала показники, що відповідають нормативним значенням за даною шкалою. Проте майже третина досліджуваних (30%) виявила рівень екстернальної харчової поведінки, що є статистично вищим за норму. Це вказує на наявність екстернально-залежного харчового патерну у цієї групи, що характеризується труднощами у саморегуляції харчової поведінки за умов зовнішнього харчового оточення.

Результати оцінки обмежувальної харчової поведінки виявили, що незначна частина респондентів (18%) має показники, статистично нижчі за норму, що пов'язано з недостатнім усвідомленням харчових потреб та імпульсивним споживанням їжі, що також розглядається як прояв порушення харчової поведінки. Лише 4% опитаних продемонстрували рівень

обмежувальної харчової поведінки, що відповідає нормі та характеризуються збалансованим підходом до харчування. Абсолютна більшість досліджуваних (78%) виявила показники, що статистично значущо перевищують норму за шкалою обмежувальної ХП. Це свідчить про виражену тенденцію значної частини до надмірного дієтичного самообмеження, імовірно, зумовленого прагненням до контролю маси тіла або дотриманням ригідних харчових правил. Даний патерн харчової поведінки розглядається як потенційно дезадаптивний та може сприяти розвитку харчових розладів.

Отримані результати свідчать про високу поширеність дисфункційних харчових патернів у досліджуваній вибірці. Домінуючими є високі показники за шкалами емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки, що вказує на значну схильність до використання їжі як засобу емоційної регуляції та надмірного самообмеження в харчуванні. Низький рівень екстернальної харчової поведінки у значної частини респондентів також може мати клінічне значення та потребує подальшого вивчення. Лише незначна меншість досліджуваних продемонструвала показники, що знаходяться в межах нормативних значень за всіма досліджуваними аспектами харчової поведінки.

Задля визначення наявності розладів харчової поведінки особи використано методику «Тест ставлення до прийому їжі (ЕАТ-26)» (див. Додаток Б). На рис. 2.2. висвітлено відсоткове співвідношення проявів розладів харчової поведінки та нормотипової ХП.

Аналіз результатів за скринінговим тестом ЕАТ-26 у досліджуваній групі виявив наступну закономірність щодо ймовірності наявності розладів харчової поведінки.

Частка досліджуваних, які продемонстрували сумарний бал, що не перевищує порогове значення у 20 одиниць, склала 20%. Даний показник корелює з відносно низькою ймовірністю наявності клінічно значущих РХА в цій групі опитуваних, згідно з даними скринінгового оцінювання. Натомість, переважна більшість досліджуваної вибірки (80%) отримала сумарний бал за тестом ЕАТ-26, що перевищує встановлений поріг. Відповідно до протоколу

застосування методики, це вказує на статистично значущу високу ймовірність наявності серйозних розладів харчової поведінки, зокрема нервової анорексії або нервової булімії, у зазначеної групи.



Рис. 2.2. Оцінка наявності РХП за методикою «Тестом ставлення до прийому їжі (EAT-26)», %

Для оцінки ймовірності наявності РХП виділено порівняльне відсоткове співвідношення результатів за методиками DEBQ та EAT-26 (рис. 2.3.).

Результати проведеного дослідження із застосуванням «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)» та «Тесту ставлення до прийому їжі (EAT-26)» демонструють високу ймовірність наявності розладу харчової поведінки (РХП) у досліджуваного індивіда. За DEBQ зафіксована ймовірність РХП (95%), що є статистично значущим показником. Низький відсоток норми (5%) підкреслює суттєву девіацію харчової поведінки досліджуваного від типових поведінкових патернів, характерних для популяції без РХП. За EAT-26 зафіксована вірогідність наявності РХП у 80% опитаних. Низький відсоток норми (20%) вказує на статистично значущі відмінності у ставленні досліджуваного до їжі та пов'язаних з нею аспектів порівняно з вибіркою без

РХП. Результати використаних методик – DEBQ та EAT-26 – демонструють тотожність та вказують на високу ймовірність наявності розладу харчової поведінки у досліджуваного індивіда.

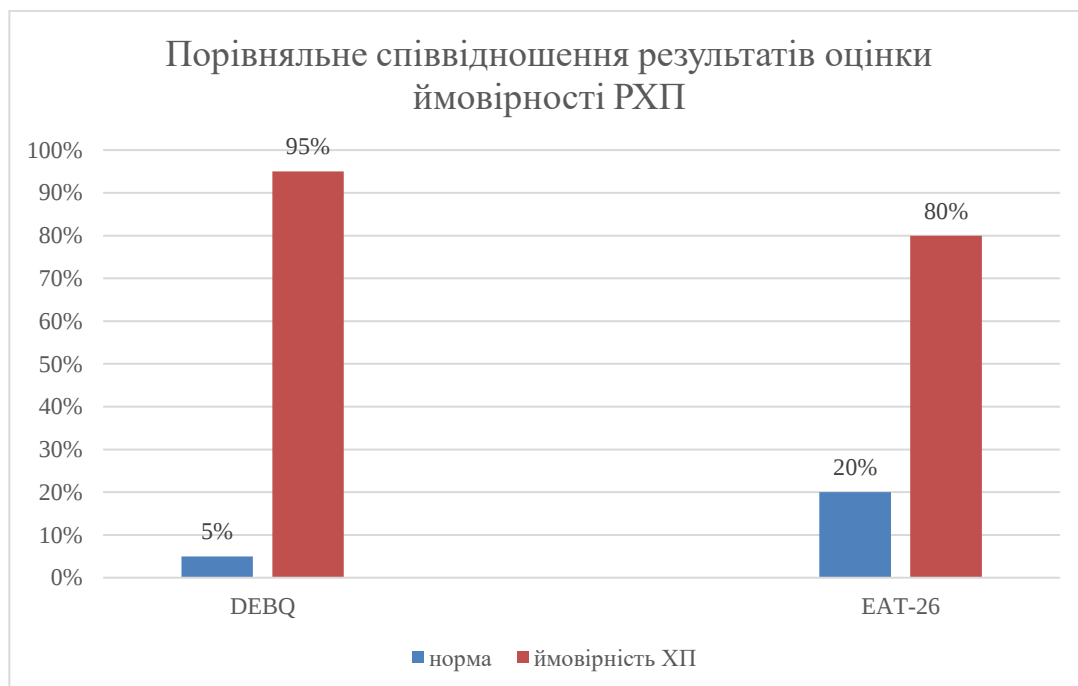


Рис. 2.3. Оцінка ймовірності наявності РХП за «Голандським опитувальником харчової поведінки (DEBQ)» та «Тестом ставлення до прийому їжі (EAT-26)», %

Для діагностики депресії та оцінки динаміки стану особи використано методику «Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)» (див. Додаток В). На рис. 2.3. представлено результати та відсоткове співвідношення різних рівнів прояву депресії у досліджуваній вибірці.

Чверть досліджуваної вибірки (26%) характеризується відсутністю клінічно значущої депресивної симптоматики. Такі особи, ймовірно, не потребують специфічних втручань, спрямованих на лікування депресії.

Дещо менша частка досліджуваних (14%) потрапила до категорії підвищеного ризику розвитку депресивного розладу. Результати вказують на наявність окремих, субклінічно виражених депресивних симптомів, які ще не

досягають рівня клінічного розладу, або ж наявність факторів в анамнезі чи поточному житті, що підвищують вразливість до розвитку депресії.

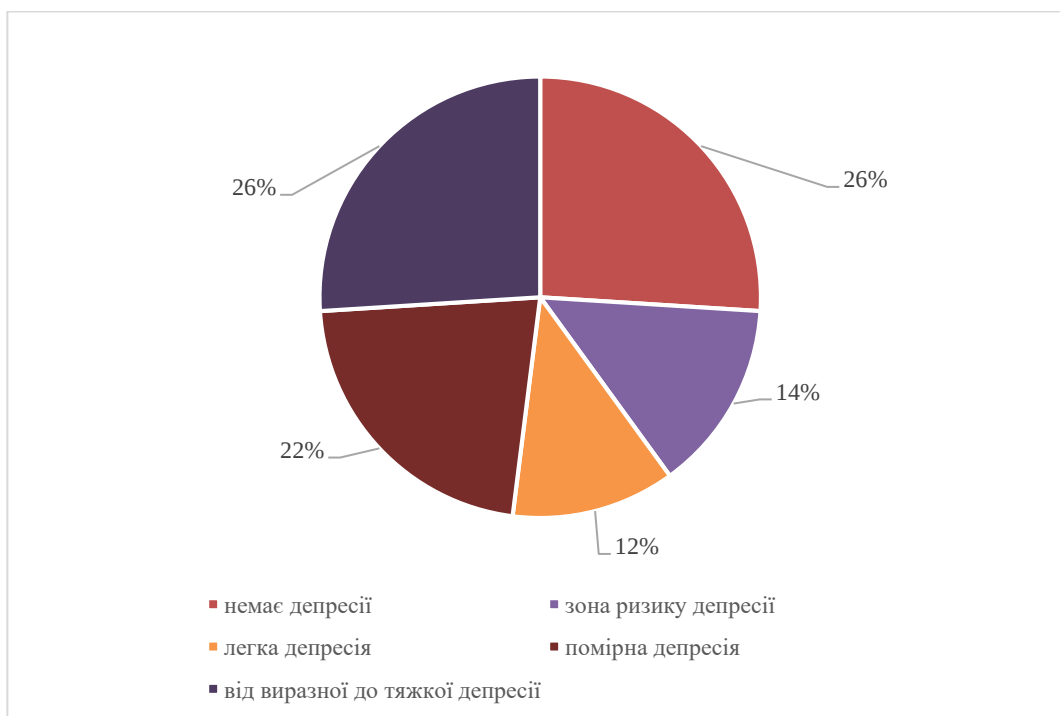


Рис. 2.3. Результати оцінки рівнів прояву депресії за методикою «Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)», %

Незначна частина досліджуваних (12%) відповідає критеріям легкої депресії, що характеризується наявністю помірно вираженого зниження афективного фону, ангедонії, втоми та інших супутніх симптомів, які можуть незначно впливати на повсякденне функціонування.

Майже чверть досліджуваної вибірки (22%) демонструє ознаки помірної депресії. Цей рівень депресивної симптоматики характеризується більш суттєвим впливом на повсякденну активність, соціальні взаємодії та функціональну спроможність. Спостерігаються більш виражені порушення сну, апетиту, концентрації уваги, а також зниження самооцінки та почуття провини. Особи з помірною депресією, як правило, потребують комплексного лікування, що включає психотерапію та, за необхідності, фармакотерапію.

Значна частина досліджуваних (26%) виявила комплексність симптоматики, що відповідає критеріям виразної або тяжкої депресії. Ця група

характеризується найбільш інтенсивними та глибокими проявами депресивного розладу, включаючи виражене зниження настрою, втрату інтересу до будь-якої діяльності, значні порушення сну та апетиту, психомоторну ажитацію або загальмованість, почуття безнадійності, суїцидальні думки. Такий рівень депресії значно порушує функціонування у всіх сферах життя та зумовлює необхідність негайної клінічної оцінки, інтенсивного лікування.

Висока частка осіб з помірною та тяжкою депресією в досліджуваній вибірці свідчить про значну клінічну значущість проблеми депресивних розладів у даній групі. Той факт, що ще 14% знаходяться в зоні ризику, підкреслює потенційну динаміку погіршення емоційного стану у значної частини досліджуваних. Низький відсоток осіб без ознак депресії може вказувати на специфічні характеристики досліджуваної вибірки, які можуть бути пов'язані з факторами ризику розвитку афективних розладів.

Для виявлення біполярного розладу у досліджуваних використано методику «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (біполярного скринінгу) (MDQ)» (див. Додаток Д). На рис. 2.4. висвітлене відсоткове співвідношення виявленої частки осіб з ймовірним вираженим розладом настрою та осіб з нормою.

Аналіз результатів «Опитувальника розладів настрою (MDQ)» у досліджуваній вибірці засвідчив, що більшість респондентів (52%) не відповідала критеріям позитивного скринінгового результату. Це може інтерпретуватися як відносно низька ймовірність наявності біполярного розладу в даній групі за даними первинного оцінювання. Зокрема значна частина досліджуваної вибірки (48%) продемонструвала позитивний результат за опитувальником MDQ. Це вказує на наявність у цих осіб симптомів, які вказують на наявність біполярного розладу. Позитивний результат скринінгу слід розглядати як індикатор підвищеного ризику наявності біполярного афективного розладу, а не як самостійне діагностичне підтвердження.

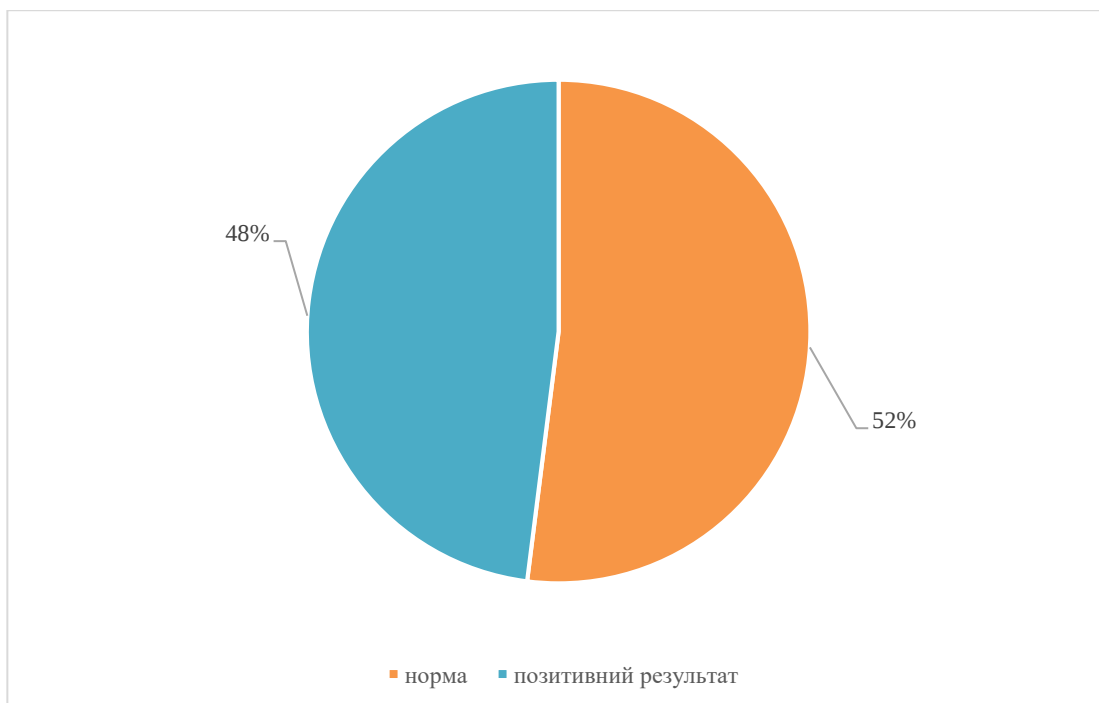


Рис. 2.4. Результати прояву ймовірності виявлення вираженого БАР за методикою «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (MDQ)», %

Проведено порівняння результатів між показниками ймовірності РХП за шкалами та наявності депресії у вибірки з нормотиповими значеннями та вираженням розладів. У таблиці 2.1. представлено порівняльний аналіз ймовірності наявності різних рівнів депресії залежно від трьох типів харчової поведінки: емоціогенної, екстернальної та обмежувальної.

Таблиця 2.1.

Порівняльний аналіз між ймовірністю наявності РХП та депресії

Показники депресії	Емоціогенна ХП			Екстернальна ХП			Обмежувальна ХП		
	нижче норми	норма	вище норми	нижче норми	норма	вище норми	нижче норми	норма	вище норми
Немає депресії	46%	8%	46%	62%	0%	38%	23%	0%	77%

Продовж. таблиці 2.1.

Зона ризику депресії	14%	29%	57%	71%	0%	29%	14%	14%	72%
Легка депресія	50%	0%	50%	83%	0%	17%	17%	0%	83%
Помірна депресія	27%	9%	64%	82%	0%	18%	9%	0%	91%
Від виразної до тяжкої депресії	31%	0%	69%	54%	8%	38%	23%	8%	69%

У групі осіб, що не проявляють ознак депресії, встановлено, що найменша частка опитуваних (8%) не проявляє ознак порушень щодо емоціогенної харчової поведінки. Рівноцінна кількість опитуваних (46%), що перебувають в межах нижче та вище норми, виявляють ознаки наявності РХП. У «нормі» не виявлено екстернальну ХП, проте встановлено, що переважають понижені значення у 62% осіб, а підвищені – у 38%. Частка осіб, що демонструють рівень обмежувальної харчової поведінки, який є статистично нижчим за встановлену норму, становить 23% від загальної кількості досліджуваних. Відсоток осіб, чий показники обмежувальної харчової поведінки знаходяться в межах норми, є нульовим (0%). Переважна більшість досліджуваної вибірки, що становить 77%, характеризується рівнем обмежувальної харчової поведінки, який є статистично вищим за верхню межу.

Індивіди, які потрапили до зони ризику розвитку депресивних розладів, виявлено наступні особливості харчової поведінки за шкалами DEBQ. Спостерігається тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки, оскільки найбільша частка досліджуваних (57%) демонструє показники, що перевищують нормативний діапазон. Значно менші частки припадають на осіб з показниками нижче норми (14%) та в межах норми (29%). Результати свідчать

про те, що емоційний дискомфорт, пов'язаний з ризиком депресії, може бути пов'язаний зі схильністю до надмірного споживання їжі у відповідь на емоції. Для вибірки осіб є характерним домінування знижених показників екстернальної харчової поведінки (71%). Частка осіб з підвищеними показниками становить 29%, а осіб з показниками в межах норми не виявлено. Показники вказують на знижену чутливість до зовнішніх харчових стимулів у більшості осіб із зоною ризику депресії. За шкалою обмежувальної харчової поведінки спостерігається значна перевага підвищених показників (72%). Частки осіб з показниками нижче норми та в межах норми є відносно невеликими та становлять по 14% відповідно. Дані демонструють схильність до надмірного контролю та обмеження в харчуванні серед осіб, які знаходяться в зоні ризику депресії.

У групі осіб, у яких було виявлено симптоми легкої депресії спостерігається рівномірний розподіл між зниженими (50%) та підвищеними (50%) показниками емоціогенної харчової поведінки. Особи з показниками в межах нормативного діапазону не були виявлені (0%), що свідчить про те, що навіть при легкому ступені депресії, значна частина досліджуваних демонструє порушення емоційно-зумовленого харчування, як у бік обмеження, так і надмірного споживання їжі у відповідь на емоційний стан. Для даної вибірки характерним є статистично значуще переважання знижених показників екстернальної харчової поведінки (83%). Лише незначна частка осіб (17%) демонструє підвищені показники, а особи з показниками в межах норми також не були виявлені (0%). Отримані дані вказують на виражену тенденцію до зниженої чутливості до зовнішніх харчових стимулів у більшості осіб з легкою депресією. За результатами шкали обмежувальної харчової поведінки домінують підвищені показники (83%). Незначна частка осіб (17%) характеризується зниженими показниками, а особи з показниками в межах норми знову ж таки не були виявлені (0%), що демонструє виражену схильність до надмірного контролю та обмеження у харчуванні серед осіб з легкою депресією.

У вибірки з помірною депресією спостерігається виражена тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки, оскільки значна більшість досліджуваних (64%) демонструє показники, що перевищують нормативний діапазон. Менші частки припадають на осіб з показниками нижче норми (27%) та в межах норми (9%). Це підтверджує гіпотезу про зростання впливу емоційного стану на харчову поведінку зі збільшенням тяжкості депресивних симптомів, проявляючись у схильності до надмірного споживання їжі у відповідь на негативні емоції. Для даної групи індивідів характерним є статистично значуще домінування знижених показників екстернальної харчової поведінки (82%). Лише незначна частка осіб (18%) демонструє підвищені показники, а особи з показниками в межах норми не були виявлені (0%). Отримані дані вказують на ще більш виражену тенденцію до зниженої чутливості до зовнішніх харчових стимулів у осіб з помірною депресією порівняно з групами з відсутністю або легкою депресією. За результатами шкали обмежувальної харчової поведінки спостерігається абсолютне домінування підвищених показників (91%). Лише незначна частка осіб (9%) характеризується зниженими показниками, а особи з показниками в межах норми знову ж таки не були виявлені (0%), що свідчить про надзвичайно високу схильність до надмірного контролю та обмеження у харчуванні серед осіб з помірною депресією, що може бути пов'язано зі спробами контролювати інші аспекти життя або негативним сприйняттям власного тіла.

У групі осіб, у яких було діагностовано депресію від виразного до важкого ступеня, за результатами застосування відповідної діагностичної методики, встановлено результати, що вказують на взаємозв'язок у виникненні розладів харчової поведінки. У даній групі спостерігається чітка тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки, оскільки значна більшість досліджуваних (69%) демонструє показники, що перевищують нормативний діапазон. Частка осіб з показниками нижче норми становить 31%, а особи з показниками в межах норми не виявлені (0%). Ці результати підтверджують зростання впливу важкої депресії на харчову поведінку, проявляючись у високій ймовірності

використання їжі як способу емоційної регуляції, переважно у формі надмірного споживання. Для даної вибірки характерним є дещо менш виражене, проте все ще значне переважання знижених показників екстернальної харчової поведінки (54%). Частка осіб з підвищеними показниками становить 38%, а невелика частина досліджуваних (8%) демонструє показники в межах норми. Отримані дані вказують на збереження тенденції до зниженої чутливості до зовнішніх харчових стимулів у більшості осіб з тяжкою депресією, хоча спостерігається деяке зростання частки осіб з підвищеними показниками порівняно з групами з меншою тяжкістю депресії. В обмежувальній харчовій поведінці домінують підвищені показники (69%). Частка осіб зі зниженими показниками становить 23%, а невелика частина досліджуваних (8%) демонструє показники в межах норми. Ці результати свідчать про збереження високої схильності до надмірного контролю та обмеження у харчуванні серед осіб з тяжкою депресією, хоча відсоток осіб з підвищеними показниками дещо нижчий, ніж у групі з помірною депресією.

Проведено порівняння результатів між показниками ймовірності РХП за шкалами та наявності розладів настрою у вибірки з нормотиповими значеннями та вираженням розладів. У таблиці 2.2. представлено порівняльний аналіз ймовірності наявності розладів настрою залежно від трьох типів харчової поведінки: емоціогенної, екстернальної та обмежувальної.

Таблиця 2.2.

Порівняльний аналіз між ймовірністю наявності РХП та розладів настрою

Показники розладів настрою	Емоціогенна ХП			Екстернальна ХП			Обмежувальна ХП		
	нижче норми	норма	вище норми	нижче норми	норма	вище норми	нижче норми	норма	вище норми
Норма	34%	8%	58%	73%	4%	23%	23%	4%	73%
Ймовірність	34%	8%	58%	54%	0%	38%	13%	4%	83%

У групі осіб, які не виявили ознак розладів настрою за результатами застосування відповідного скринінгового інструменту, встановлено наступний розподіл за шкалами «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)». У даній вибірці спостерігається тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки, оскільки найбільша частка досліджуваних (58%) демонструє показники, що перевищують нормативний діапазон. Значно менша частка (34%) має показники нижче норми, а невелика частина (8%) – в межах норми. Ці результати свідчать про те, що навіть за відсутності виявлених розладів настрою, значна частина досліджуваних може використовувати їжу як реакцію на емоційні стани, переважно у бік надмірного споживання. Для індивідів без проявів ознак розладів настрою характерним є домінування знижених показників екстернальної харчової поведінки (73%). Лише невелика частка осіб (23%) демонструє підвищені показники, а незначна частина (4%) має показники в межах норми. Отримані дані вказують на тенденцію до зниженої чутливості до зовнішніх харчових стимулів у більшості осіб без виявлених розладів настрою. За шкалою обмежувальної харчової поведінки спостерігається значна перевага підвищених показників (73%). Частка осіб зі зниженими показниками становить 23%, а невелика частина досліджуваних (4%) має показники в межах норми. Ці результати свідчать про схильність до надмірного контролю та обмеження у харчуванні серед значної частини осіб без виявлених розладів настрою.

У групі осіб, які отримали позитивний результат за опитувальником для скринінгу розладів настрою, спостерігається виражена тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки, оскільки значна більшість досліджуваних (58%) демонструє показники, що перевищують нормативний діапазон. Частка осіб з показниками нижче норми становить 34%, а лише незначна частина (8%) має показники в межах норми. Ці результати підтверджують гіпотезу про тісний зв'язок між наявністю розладів настрою та підвищеною схильністю до споживання їжі у відповідь на емоційні стани, переважно у бік надмірного вживання. Для даної вибірки характерним є переважання знижених показників

екстернальної харчової поведінки (54%). Частка осіб з підвищеними показниками становить 38%, а особи з показниками в межах норми не були виявлені (0%). Отримані дані вказують на тенденцію до зниженої чутливості до зовнішніх харчових стимулів у більшості осіб з ймовірними розладами настрою. У досліджуваних за шкалою обмежувальної харчової поведінки домінують підвищені показники (83%). Лише незначна частка осіб (13%) характеризується зниженими показниками, а невелика частина (4%) має показники в межах норми. Це свідчить про виражену схильність до надмірного контролю та обмеження у харчуванні серед осіб з ймовірними розладами настрою.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна констатувати наявність взаємозв'язку між наявністю депресивних розладів та розладів настрою та вираженістю порушень харчової поведінки. Отримані дані підтверджують гіпотезу про коморбідність зазначених психопатологічних станів та дезадаптивних харчових патернів.

Таблиця 2.3.

Кореляційний аналіз між шкалами методик

	Депресія	Розлади настрою
Розлади харчової поведінки	0,44	0,31

З таблиці 2.3 ми спостерігаємо взаємовплив параметрів один на одного, тобто які саме психологічні особливості наявні та мають вплив розвиток розладів харчової поведінки та інтенсивності їх прояву при виражених афективних розладах.

Результати проведеного кореляційного аналізу виявили статистично значущий позитивний зв'язок між вираженістю розладів харчової поведінки та рівнем депресії, що підтверджується коефіцієнтом кореляції Пірсона ($r = 0,44$). Це свідчить про те, що зі збільшенням вираженості депресивних симптомів спостерігається тенденція до зростання проявів розладів харчової поведінки, і навпаки, що може вказувати на спільні патофізіологічні механізми або взаємний

вплив цих станів. Спостерігається статистично значущий помірний позитивний зв'язок між вираженістю розладів настрою та проявами розладів харчової поведінки, що підтверджується коефіцієнтом кореляції Пірсона ($r = 0,31$). Це свідчить про те, що існує певна тенденція до одночасного зростання або зменшення вираженості симптомів розладів настрою та порушень харчової поведінки, проте цей зв'язок є менш тісним порівняно з кореляцією між депресією та РХП, що може вказувати на наявність інших факторів, які також впливають на ці стани.

РОЗДІЛ ІІІ ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ «ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВИРАЖЕНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ»

3.1. Анотація програми психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах»

Розлади харчової поведінки – спектр поведінкових порушень, що мають спільну основу в їх розвитку та об'єднуються нездоровою фіксацією особи на вазі та образі тіла, яка знаходить свій вираз у спотворених харчових звичках. Цей континуум включає крайності від значного обмеження в їжі, аж до повного голодування при нервовій анорексії, до періодів надмірного споживання їжі, коли людина відчуває серйозні труднощі з контролем кількості з'їденого, що характерно для нервової булімії та компульсивного харчового розладу. Порушення харчової поведінки спричиняють значні негативні наслідки для фізичного здоров'я та соціально-психологічної адаптації особистості [3].

Проблематика розладів харчової поведінки набула особливої значущості в психологічних та споріднених наукових галузях. Попри поширену думку серед частини психологів щодо відносно невисокої значущості харчової адикції, статистика розвинених країн демонструє щорічне зростання кількості осіб, які потерпають від порушень харчового спектру. Складність розуміння етіології та патогенезу цих розладів зумовлює значні труднощі в їх терапії. На даному етапі дослідники, що спеціалізуються на вивченні цієї групи порушень, стикаються з відсутністю чітко окресленого переліку діагностичних критеріїв для ідентифікації розладів харчової поведінки [18].

Проходження тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах» надає учасникам не лише основні знання про РХП та їхній зв'язок з емоційними станами, але й практичні інструменти та підтримку для ефективної профілактики, зміцнення внутрішніх ресурсів та формування позитивного ставлення до себе. Через усвідомлення власних сильних сторін та джерел підтримки учасники зможуть краще

протистояти негативним впливам та формувати більш здорові харчові звички. Даний тренінг надає учасникам критично важливі знання: розуміння тонкого взаємозв'язку між РХП та психоемоційним станом особи, надаючи альтернативні стратегії емоційної регуляції та боротьби зі стресовими ситуаціями (вправи на усвідомленість; методи зниження стресу та напруги; стратегії, спрямовані на зміну дисфункційних думок про їжу та тіло, а також способи налагодження здорових харчових звичок). Заохочення до самостійного спостереження за власними харчовими звичками та емоційними станами сприяє кращому саморозумінню та усвідомленому підходу до свого здоров'я. Отримані навички та усвідомлення можуть значно підвищити стійкість учасників до факторів ризику розвитку РХП та сприяти їхньому загальному психологічному благополуччю.

Мета: створити безпечний та підтримуючий простір для учасників; поглибити свої знання про розлади харчової поведінки; дослідити свій емоційний стан та особисті цінності як ресурси для запобігання РХП; усвідомити важливість комплексного підходу для покращення власного самопочуття; розвинути практичні навички саморегуляції та зміцнити внутрішню силу для формування позитивного ставлення до себе; підвищити опірність до факторів, що провокують РХП; отримати відчуття підтримки та натхнення для подальшої турботи про себе.

Завдання:

- Ознайомити учасників з базовою інформацією про розлади харчової поведінки, їхні ознаки та поширеність, особливо у контексті афективних розладів.
- Дослідити індивідуальні емоційні стани та їхній потенційний вплив на харчову поведінку учасників.
- Підкреслити важливість підтримки, спільності та особистих цінностей як ресурсів у профілактиці РХП.
- Активізувати попередні знання та досвід учасників щодо розладів харчової поведінки.

- Надати учасникам практичні інструменти для покращення власного самопочуття як важливого аспекту профілактики РХП.
- Навчити простим та ефективним дихальним та ресурсним технікам для саморегуляції емоційного стану та зниження тривожності, пов'язаної з їжею та власним образом тіла.
- Допомогти учасникам усвідомити та зміцнити свої внутрішні ресурси, сильні сторони та джерела підтримки для підвищення стійкості до факторів ризику розвитку РХП.
- Заохотити до самостійного спостереження за власними харчовими звичками, емоційними станами та поведінкою для кращого саморозуміння.
- Створити позитивну атмосферу взаємодії у колі, підкресливши цінність кожного учасника та зміцнивши самоцінність та самооцінку.

Формат тренінгу: інтерактивний тренінг з використанням інформаційних повідомлень, індивідуальних та групових завдань, дихальних та ресурсних вправ, саморефлексії.

Структура: програма складається з 1 заняття тривалістю 2 години 25 хвилин.

Учасники програми: особи з діагностованими афективними розладами та розладами харчової поведінки; особи, які помічають ознаки проявів РХП; підлітки та молодь як група ризику та їх батьки. Чисельність тренінгової групи становить 12-14 осіб.

3.2. Програма психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах»

Програма психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах» у розширеному вигляді представлена у Додатку Е.

Таблиця 3.1

Тематичний план програми тренінгу

№	Структура заняття	Мета	Тривалість
1.	Вступне слово тренера	Ознайомити учасників з основними організаційними моментами тренінгу.	5 хв.
2.	Вправа «Мій символ сьогодні»	Створити позитивну відкриту атмосферу співпраці, атмосферу довіри та відкритості; вербально та асоціативно виразити свій емоційний стан; сприяє саморефлексії та встановленню емоційного контакту в групі.	10 хв.
3.	Вправа «Прийняття кола підтримки»	Створити відчуття спільності, підкреслити важливість підтримки та визначити особисті цінності, які можуть слугувати ресурсом у профілактиці розладів харчової поведінки.	10 хв.
4.	Прийняття правил роботи в колі	Прийняття та обговорення правил роботи в групі.	5 хв.
5.	Вправа «Мозковий штурм: ознаки розладів харчової поведінки»	Активізувати знання учасників; сприяти обміну думками та генеруванню ідей; створити спільне розуміння ключових аспектів розладів харчової поведінки в групі; підготувати учасників до подальшого засвоєння більш детальної інформації з цієї теми.	10 хв.

Продовж. таблиці 3.1

6.	Інформаційне повідомлення «Ознаки розладів харчової поведінки»	Надати учасникам базові знання про розлади харчової поведінки; представити основні поведінкові та психологічні ознаки, які можуть свідчити про наявність розладів харчової поведінки; створити основу для подальшого обговорення та поглибленого вивчення теми розладів харчової поведінки.	15 хв.
7.	Вправа «Планер засобів покращення власного самопочуття»	Усвідомити важливість комплексного підходу до власного благополуччя як фактора профілактики розладів харчової поведінки; самоаналіз та виявлення індивідуальних потреб у різних сферах життя; розробка конкретного та реалістичного щоденного плану дій, спрямованого на підтримку фізичного, емоційного та соціального добробуту; отримання практичного інструменту для регулярного самопіклування та відстеження прогресу.	30 хв.

8.	Дихальна вправа «Внутрішня опора»	Швидке зняття напруги та тривожності, які можуть провокувати нездорову харчову поведінку; розвиток відчуття внутрішньої стабільності та самоконтролю; усвідомлення зв'язку між диханням, емоціями та фізичними відчуттями; отримання практичного інструменту для саморегуляції в стресових ситуаціях, пов'язаних з харчовою поведінкою, вживанням їжі та образом тіла.	15 хв.
9.	Ресурсна вправа «Мій острів внутрішньої сили»	Допомогти учасникам дослідити та усвідомити свої внутрішні ресурси, сильні сторони та джерела підтримки, які сприяють позитивному самоприйняттю та стійкості до факторів ризику розладів харчової поведінки; заохотити творче самовираження як спосіб дослідження та зміцнення внутрішніх ресурсів; закріпити позитивний та надихаючий образ власної внутрішньої сили та опори; підсилити відчуття контролю та можливості протистояти негативним впливам.	30 хв.

Продовж. таблиці 3.1

10.	Завдання для самостійного опрацювання	Заохотити учасників до самостійного спостереження за власними харчовими звичками, емоційними станами та пов'язаною з ними поведінкою для підвищення самоусвідомлення та виявлення потенційних закономірностей, що можуть бути пов'язані з розладами харчової поведінки.	5 хв.
11.	Вправа «Комплімент»	Створити позитивну та підтримуючу атмосферу завершення тренінгу; заохотити учасників до самопідтримки та позитивного самосприйняття; активізувати навички самоцінності кожного учасника.	10 хв.

Отже, тренінг «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах» забезпечує учасників комплексом знань та практичних навичок, спрямованих на попередження розвитку серйозних порушень харчової поведінки, особливо на тлі емоційних розладів. Даний тренінг формує глибоке розуміння РХП, їхніх ознак та поширеності, а також їхнього тісного зв'язку з афективними станами. Учасники вчаться розпізнавати ранні ознаки нездорових харчових патернів у себе та інших, що є критично важливим для своєчасного втручання та профілактики. Програма надає практичні інструменти для емоційної саморегуляції та зниження тривожності, що є ключовим аспектом профілактики РХП у осіб з афективними розладами.

Заняття сприяє усвідомленню та зміцненню внутрішніх ресурсів та особистих цінностей, що діють як захисні фактори проти розвитку РХП. Учасники ідентифікують свої сильні сторони та джерела підтримки, роблячи їх більш стійкими до негативних впливів, що провокують розлади харчової поведінки. Тренінг акцентує увагу на важливості комплексного підходу до власного самопочуття, включаючи фізичний, емоційний та соціальний аспекти. Це допомагає учасникам усвідомити, що турбота про себе в різних сферах життя є ефективною стратегією профілактики РХП. Створена безпечна та підтримуюча атмосферу сприяє обміну досвідом, підтримки та натхнення для подальшої турботи про себе.

Тренінг «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах» є важливим інструментом для профілактики розладів харчової поведінки у осіб з вираженими афективними розладами, оскільки він не лише надає знання, але й розвиває практичні навички саморегуляції, зміцнює внутрішні ресурси та сприяє формуванню позитивного ставлення до себе та свого тіла. Поширення та впровадження профілактичних програм мають значний позитивний вплив на психічне та фізичне здоров'я учасників, знижуючи ризик розвитку серйозних розладів.

ВИСНОВКИ

На основі отриманих результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах виділено наступні висновки:

1. Розлади харчової поведінки є групою стійких психічних порушень, що характеризуються патологічними змінами у харчових звичках та пов'язаній з ними поведінкою. Ці девіації призводять до значних порушень у споживанні їжі, її кількості та структури, що негативно впливає на фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування індивіда. Спектр РХП включає різноманітні нездорові харчові патерни, починаючи від крайнього обмеження в їжі до епізодів компульсивного переїдання та компенсаторних дій, спрямованих на контроль ваги. Особи з розладами харчової поведінки належать до групи високого ризику через їхній негативний вплив як на психічне, так і на фізичне здоров'я. Складність своєчасного виявлення та надання допомоги зумовлена схильністю до приховування симптомів. Етіологія РХП залишається мультифакторною та до кінця не з'ясованою, проте виділяється взаємодія спадковості, біологічних, психологічних, соціальних та культурних чинників, а також внутрішніх конфліктів. Особливості харчової поведінки мають значний вплив на формування фізичного Я-концепції, когнітивний та емоційний розвиток, а також на самосприйняття та міжособистісні стосунки. Таким чином, харчова поведінка є важливою складовою особистості, що підкреслює необхідність подальшого дослідження її порушень та їх наслідків.

Підтверджено високий рівень коморбідності розладів харчової поведінки (РХП) з депресивними та тривожними розладами. Висловлюються припущення як про те, що афективні розлади можуть бути факторами ризику розвитку РХП або їхніми наслідками, так і про наявність спільних етіологічних механізмів. Крім того, РХП часто супроводжуються іншими психічними розладами та поведінковими проблемами, включаючи РДУГ, компульсивні поведінки, аутоагресію, порушення сну та розлади особистості. Особливу увагу слід

приділяти РХП, що виникають у дитячому та підлітковому віці, зважаючи на їхній потенційно негативний вплив на фізичний та психосоціальний розвиток.

2. Для діагностики та виявлення психологічних особливостей розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах використано такі методики: «Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)»; «Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26)»; «Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)»; «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (біполярного скринінгу) (MDQ)».

3. Результати проведеного дослідження за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)», виявили значну поширеність дисфункційних харчових патернів серед досліджуваної вибірки. Характерними особливостями харчової поведінки більшості респондентів є високий рівень емоціогенності, що свідчить про схильність використовувати їжу як спосіб реагування на емоційні стани. Також значна частина вибірки демонструє підвищений рівень обмежувальної харчової поведінки, що вказує на тенденцію до надмірного самообмеження в їжі. Водночас, у більшості досліджуваних спостерігається низький рівень екстернальної харчової поведінки, що відображає низьку чутливість до зовнішніх харчових стимулів. Лише незначна кількість учасників дослідження продемонструвала показники харчової поведінки, що відповідають нормативним значенням за всіма досліджуваними аспектами.

За результатами методики «Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26)» встановлено, що значна частина досліджуваної групи проявляє високу ймовірність наявності серйозних розладів харчової поведінки, таких як нервова анорексія або нервова булімія, у цієї значної частини респондентів. Натомість, лише незначна частина досліджуваних продемонструвала результати, що свідчать про низьку ймовірність клінічно значущих розладів харчової поведінки за даними скринінгового оцінювання. Отримані дані підкреслюють потенційну наявність розладів харчової поведінки у переважної більшості досліджуваної вибірки.

За результатами застосування методики «Шкали депресії Гамільтона», значна частина досліджуваної вибірки демонструє наявність депресивної симптоматики різного ступеня вираженості. Четверть досліджуваних не виявила клінічно значущих ознак депресії, проте значна кількість осіб була віднесена до категорій легкої, помірної та виразної або тяжкої депресії. Крім того, певна частина вибірки перебуває у зоні підвищеного ризику розвитку депресивного розладу, що вказує на наявність субклінічних симптомів або факторів ризику. Висока частка осіб з помірною та тяжкою депресією підкреслює клінічну значущість депресивних розладів у даній групі. Незначна кількість осіб без ознак депресії може свідчити про специфіку досліджуваної вибірки щодо вразливості до афективних порушень.

Аналіз результатів методики «Опитувальник для скринінгу розладів настрою (MDQ)» у досліджуваній вибірці показав, що дещо більше половини респондентів не відповідає критеріям позитивного скринінгового результату, що інтерпретується як відносно низька ймовірність наявності біполярного розладу за даними первинного оцінювання. Водночас, значна частина досліджуваних продемонструвала позитивний результат за опитувальником MDQ, що вказує на наявність симптомів, які можуть свідчити про біполярний розлад. Важливо зазначити, що позитивний результат скринінгу розглядається як індикатор підвищеного ризику наявності біполярного афективного розладу та потребує подальшої клінічної оцінки для підтвердження діагнозу.

Проведений порівняльний аналіз виявив чіткі закономірності у взаємозв'язку між типами харчової поведінки, оціненими за допомогою DEBQ, та рівнями депресії, діагностованими за шкалою Гамільтона. У групі осіб без ознак депресії спостерігалася низька частота нормативних показників емоціогенної харчової поведінки, при цьому значна частина демонструвала як знижені, так і підвищені її рівні. Екстернальна харчова поведінка у більшості була зниженою, а обмежувальна – переважно підвищеною. Особи з ризиком розвитку депресії характеризувалися тенденцією до підвищеної емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки, а також домінуванням зниженої

екстернальної харчової поведінки. У групі з легкою депресією спостерігався рівномірний розподіл між зниженою та підвищеною емоціогенною харчовою поведінкою, при домінуванні зниженої екстернальної та підвищеної обмежувальної харчової поведінки. В осіб з помірною депресією виявлено виражену тенденцію до підвищеної емоціогенної та абсолютно домінуючої підвищеної обмежувальної харчової поведінки, а також значно зниженої екстернальної харчової поведінки. У групі з виразною до тяжкої депресією також спостерігалася чітка тенденція до підвищеної емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки, при збереженні переважання зниженої екстернальної харчової поведінки. Результати свідчать про наявність специфічних патернів харчової поведінки, пов'язаних з різними рівнями депресивної симптоматики. Зі зростанням тяжкості депресії простежується тенденція до збільшення вираженості емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки, а також збереження низького рівня екстернальної харчової поведінки.

Проведений порівняльний аналіз виявив певні особливості харчової поведінки за шкалами DEBQ у осіб з наявністю та відсутністю ознак розладів настрою за даними скринінгового опитувальника MDQ. У групі осіб без виявлених розладів настрою спостерігалася тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки у значної частини досліджуваних, що свідчить про використання їжі як реакції на емоційні стани. Для цієї групи також було характерним домінування знижених показників екстернальної харчової поведінки, що вказує на низьку чутливість до зовнішніх харчових стимулів, та значна перевага підвищених показників обмежувальної харчової поведінки, що відображає схильність до надмірного контролю та обмеження в харчуванні. У групі осіб з ймовірними розладами настрою також спостерігалася виражена тенденція до підвищеної емоціогенної харчової поведінки у більшості досліджуваних, що підтверджує зв'язок між розладами настрою та емоційним харчуванням. Для цієї групи було характерним переважання знижених показників екстернальної харчової поведінки та домінування підвищених показників обмежувальної харчової поведінки, що вказує на схильність до

контролю та обмежень у харчуванні. Отримані результати підтверджують наявність взаємозв'язку між наявністю розладів настрою та особливостями харчової поведінки, зокрема підвищеною емоціогенністю та обмежувальною поведінкою. Це узгоджується з гіпотезою про коморбідність афективних розладів та дезадаптивних харчових патернів.

Згідно з результатами кореляційного аналізу встановлено статистично підтверджений позитивний взаємозв'язок між інтенсивністю розладів харчової поведінки та ступенем депресії, що означає, що чим сильніше проявляються ознаки депресивного стану, тим частіше спостерігаються симптоми розладів харчування, і навпаки. Такий взаємозв'язок може бути зумовлений спільними біологічними процесами або взаємним впливом цих станів. Крім того, виявлено статистично значущий, але помірний позитивний зв'язок між вираженістю розладів настрою та наявністю розладів харчової поведінки. Це вказує на певну закономірність, коли посилення або послаблення симптомів розладів настрою супроводжується відповідно зростанням або зменшенням проявів порушень харчової поведінки. Однак цей зв'язок є слабшим порівняно з кореляцією між депресією та розладами харчування, що може свідчити про вплив інших факторів. Отримані дані підтверджують існування взаємозв'язку між афективними розладами (а саме депресією та розладами настрою) та розладами харчової поведінки в межах досліджуваної групи осіб.

4. За результатами діагностики розроблено програму психологічного тренінгу «Профілактика розвитку розладів харчової поведінки при виражених афективних розладах», яка спрямована на просвіту, психоедукацію, психологічну корекцію осіб «групи ризику» шляхом розширення теоретичних знань, отримання практичних навичок та методів саморегуляції та інструментами для стабілізації власного психоемоційного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 3. С. 35-43.
2. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. Випуск 25. 2014. С. 19-33.
3. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 3(1). С. 8-12.
4. Блажіна І. Ю., Русіна С. М., Кобевка В. М. Дослідження сезонності екзацербачії при біполярному афективному розладі. *Клінічна та експериментальна патологія*. Том 22. № 2 (84). 2023. С. 47-51.
5. Бобирьов В. М., Скрипніков А. М., Телюков О. С. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти: навч.-метод. посіб. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133 с.
6. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. Т. 19. № 21. 2018. С. 197–201.
7. Вострікова О. Перфекціонізм як один з факторів виникнення розладів харчової поведінки. *Психологічні проблеми сучасності : Тези XIV науково-практичної конференції студентів та молодих вчених*. Львів, 2017. С. 9-11.
8. Заїка В. М. Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. 2007. С. 8-14.
9. Заїка В. М., Фьодорова І. О. Поняття про афект та його особливості прояву в психології. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи* : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ : Університет «Україна», 2017. С. 52-56.
10. Іваненко Л. М. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. № 2. 2018. С. 411–421.

11. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс»*. 2018. № 4. С. 6-7.
12. Кіро Л. С. Особливості харчової поведінки, непсихотичних психічних розладів та їх корекція у пацієнтів з ожирінням : дис. ... докт. філос. : 222. Чорноморський національний університет імені Петра Могили МОН України,
13. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2021. 1670 с.
14. Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. 2007. 20 с.
15. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. Вип. 2. 2019. С. 91-99.
16. Кокашинський В. О. Лікування та реабілітація хворих на тривожнодепресивні розлади з порушеннями харчової поведінки : дис. ... д-ра філософії в галузі медицини: 222. Дніпро, 2024. 189 с.
17. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178-191.
18. Левченко Д. О. Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я* : матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2020. С. 81-84.
19. Левченко О. І. Соціальні чинники розвитку розладів харчової поведінки в підлітків : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023. 52 с.
20. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис*. № 2 (124). 2018. С. 81-89.

21. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Напреєнко О. К., Домбровська О. К. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки. *Новини української психіатрії*. Харків, 2003.
22. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка*. 2013. Вип. 22. С. 136-140.
23. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*. № 4 (72). 2023. С. 202–211.
24. Огоренко В. В., Кокашинський В. О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2024. Том 32. Випуск 1 (118). С. 56-59.
25. Підлубний В. Л. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури). *Запорізький медичний журнал*. 2024. Т. 26, №1 (142). С. 78-83.
26. Савка І. М. Кумулятивний фізіологічний афект: психологічні й правові аспекти: монографія. М-во освіти і науки України, Нац. ун-т «Львів. політехніка». Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 256 с.
27. Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 90 с.
28. Спицька Л. В., Завацька Н. Є. Диференціація соціально-психологічних чинників розладів афективного спектру особистості: мікро-, мезо- та макрорівні. *Теоретичні в прикладні проблеми психології*. 2021. С. 146-152.
29. Степарук С., Сікора (Медвідь) Ю., Гірняк А. Психологічна профілактика деперсивних станів. 2020. С. 471-474.
30. Терещук А. Д. Проблема розвитку особистості з афективними розладами. *Актуальні проблеми психології*. Т.ХІ. Випуск 19. 2019. С. 452-467.
31. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Психологічні науки*. 2013. Вип. 2. С. 48-51.

32. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки як феномен захисного реагування. *Вісник післядипломної освіти*. 2012. Вип. 6. С. 422-430.
33. Ernst M., Werner A., Tibubos A., Beutel, M., Zwaan M., Brähler E. (2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*. № 26 (12). 2021. P. 645-654.
34. Godart N., Radon L., Curt F., Duclos J., Perdereau F., Lang F., et al. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*. № 185. 2015. P. 115–122.
35. Groff S. E. Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of evidence-informed social work*. № 12 (3). 2015. P. 272–288.
36. Magallares A., Jauregui-Lobera I., Gamiz-Jimenez N., Santed M. Subjective Well-Being in a Sample of Women with Eating Disorders. *The Psychological Record*. № 64. 2014. P. 769-776.
37. Micali N., Hilton K., Nakatani E., Heyman I., Turner C., Mataix-Cols D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*. Volume 41. Issue 12. 2011. P. 2507 – 2513.
38. Pourfard M., Naderi F., Askari P., Heidari A., Honarmand M. Proposing a causal model of body image perception with eating disorders by depression mediation in youth. *Journal of Research & Health*. № 6(1). 2016. P. 153-160.
39. Swinbourne J.M., Touyz S.W. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. № 15. 2007. P. 253-274.
40. Szanto Thomas. Sacralizing Hostility: Fanaticism as a Group-Based Affective Mechanism. *The Philosophy of Fanaticism: Epistemic, Affective, and Political Dimensions*. London, New York: Routledge. P. 184–212.

41. Vandereycken W., Van Deth R. A Tribute to Lasègue's Description of Anorexia Nervosa (1873), with Completion of its English Translation. *British Journal of Psychiatry*. 1990.