

Features of premorbid behavioral patterns of binge eating in favor of binge eating disorder as a targeted personalized intervention

Relevance. Overeating is a key feature of eating behavior disorders such as bulimia nervosa, anorexia nervosa, and binge eating disorder (BED). Binge eating disorder was first included as a research diagnosis in DSM-IV and later recognized as an official diagnosis in DSM-5. It is also included in the ICD-11. Overeating is associated with significant mental and physical health problems, including depression, anxiety, substance abuse, and chronic somatic diseases.

Objective. The aim of the study was to assess the premorbid psychosocial patterns of overeating in patients with binge eating disorder (BED) in order to identify potential targets for personalized medical-psychological intervention.

Methods and Materials. An open cohort study was conducted among 163 patients with BED. After obtaining informed consent from the participants, body mass index (BMI) and the Symptom Index of the Eating Disorder Inventory were used to verify the overeating pattern. The patients were grouped according to the type of overeating: emotional, compulsive, and situational. Emotional overeating is associated with negative emotions, compulsive overeating with uncontrollable urges to eat, and situational overeating with external circumstances. For the diagnosis of overeating disorder, the regularity of overeating episodes is important, which should occur at least once a week.

Results. The average age of the patients was 34.6 ± 11.7 years, with the majority being women (60.12%). The BMI exceeded healthy levels in nearly 80% of participants. The most common type of overeating was emotional (73.01%), followed by situational overeating (46.63%). The severity of overeating ranged from mild (23.93%) to very severe (4.29%). Men had a statistically higher incidence of compulsive overeating ($p < 0.026$) and a greater number of coexisting overeating types. The study showed that premorbid overeating patterns persisted even during periods of remission in BED. In patients with mild and moderate severity of overeating, the emotional type predominated, which in more severe cases was combined with situational overeating. Men typically had more severe forms of BED, with compulsive overeating being more characteristic of men ($p < 0.026$). It was also found that patients with very severe BED more frequently exhibited combinations of emotional and situational overeating.

Conclusions. The results of this study provide insights into premorbid overeating patterns as an important component of medical-psychological intervention in the treatment of BED. This allows for the development of more effective and personalized therapeutic strategies for patients with different types and severities of the disorder.

Актуальність.

Переїдання є основною ознакою проявів розладу харчової поведінки, спільного для нервової булімії, нервової анорексії (підтип переїдання/очищення), розладу переїдання (нападоподібне переїдання) та атипових розладів харчової поведінки [1, 2] Вперше розлад переїдання було включено як дослідницький діагноз до DSM- 4, де було представлено уточнене визначення переїдання як основної психопатології та часового критерію. Десятиліття потому розлад нападоподібного переїдання було визнано офіційним діагнозом у DSM-5. Порівняно з дослідницькими критеріями, критерії DSM-5 включають послаблення критерію часу з епізодами переїдання, що відбуваються принаймні раз на тиждень протягом трьох місяців, необхідних для встановлення діагнозу.

Розлад нападоподібного переїдання (Binge Eating Disorder) також включено до Міжнародної класифікації хвороб 11^{то} перегляду (МКХ-11) [3]. В МКХ-11 послаблені критерії щодо «великої кількості» спожитої їжі, що дозволяє суб'єктивне переїдання, але певним чином ускладнює послідовне застосування діагностичних критеріїв порівняно з DSM-5, де епізоди переїдання повинні бути пов'язані принаймні з трьома з наступних п'яти характеристик: їжа набагато швидше, ніж зазвичай, їжа до відчуття неприємного насичення, їжа, незважаючи на відсутність фізичного голоду, їжа на самоті через збентеження через кількість їжі та негативні відчуття після переїдання [3].

Отже, розлад переїдання за МКХ-11 характеризується характеризується частими, повторюваними епізодами переїдання (наприклад, раз на тиждень або частіше протягом кількох місяців). Епізод переїдання — це окремий період часу, протягом якого людина відчуває суб'єктивну втрату контролю над їжею, їсть значно більше або не так, як зазвичай, і відчуває нездатність припинити їсти або обмежити тип або кількість споживаної їжі. Переїдання сприймається як щось дуже тривожне і часто супроводжується негативними емоціями, такими як почуття провини або огиди. Однак, на відміну від нервової булімії, епізоди переїдання регулярно не супроводжуються невідповідною компенсаторною поведінкою, спрямованою на запобігання збільшенню ваги (такими як самоіндукована блювота, неправильне використання проносних засобів або клізм або інтенсивні фізичні вправи) [4, 5].

Феномен переїдання пов'язаний із серйозними проблемами психічного та фізичного здоров'я, а також погіршенням якості життя та соціального функціонування [6]. За даними низки досліджень, переїдання може сполучатися з іншими психічними розладами, зокрема депресією, тривогою, зловживанням психоактивними речовинами [7, 8], розладами особистості тощо [7, 9].

R.C. Kessler з співавторами наголошують на частому сполученні переїдання з хронічними соматичними захворюваннями, такими як хронічний біль, діабет і гіпертонія [8]. Особи, які переїдають, частіше мають вищий індекс маси тіла (ІМТ), тому частіше можуть входити в популяцію осіб з надлишковою масою тіла або ожирінням, ніж ті люди, які не переїдають. Особи з розладом переїдання можуть відчувати значний тягар хвороби та погіршення якості життя, в той же час сама хвороба часто залишається непоміченою і не лікується [10].

Частковим поясненням гіподіагностики розладу переїдання є присутність цього феномену вздовж континууму від нормального до невідповідного харчування, тобто його існування на підпороговому рівні серед загальної популяції [11]. Серія послідовних популяційних досліджень виявила, що рівень переїдання серед населення з часом зростає: поширеність об'єктивного переїдання зросла з 3,1% до 7,2% за десятиріччя між 1995 і 2005 роками [12], а поточні щотижневі випадки переїдання за даними самоопитувань зросли з 2,7% до 4,9% за десятиріччя між 1998 і 2008 роками [13]. Міжнародні дослідження повідомляють про дуже високі показники поширеності компульсивного переїдання серед підлітків та молоді [14, 15], з вищими показниками поширеності серед жіночого гендера порівняно з чоловічим [8, 16].

Повідомлялось, що серед підлітків близько 26% дівчат та 13% хлопців переживають хоча б один епізод компульсивного переїдання хоча б раз на рік [17]. Тобто, його поширеність набагато вища ніж у нервової анорексії, нервової булімії та інших розладів харчування. Більш пізні дослідження довели наявність двох піків початку розладу нападopodobного переїдання [18], перший — зразу після статевого дозрівання в середньому у віці 14 років, а другий — наприкінці підліткового віку (19–24 роки) [19].

Суттєве збільшення осіб з діагнозом розладу переїдання та/або клінічне погіршення відбулось під час пандемії COVID-19 за даними систематичного аналізу 12 досліджень з 4326 учасниками [20]

В цілому, світова поширеність розладу переїдання у 2018–2020 роках оцінювалась в 0,6–1,8% серед дорослих жінок і 0,3–0,7% у дорослих чоловіків [9]. Ці дані суттєво не відрізняються від показників, представлених R.C. Kessler зі співавторами [8], щодо світової поширеності розладу переїдання в межах 1,9%, з прогнозованою поширеністю серед чоловіків 30–50% від загальної кількості випадків хвороби.

Етіопатогенез розладу переїдання є складним: він включає вплив широкого спектру факторів – від генетичних до факторів навколишнього середовища, а також нейроендокринологічні та нейробиологічні внески. У науковій медичній літературі залишається невизначеність щодо ключових особливостей, які підтримують поведінковий патерн переїдання, а також щодо існування суттєвих відмінностей між ключовими характеристиками підпорогового та діагностичного рівнів переїдання [9]. Враховуючи поширеність переїдання як у загальній популяції, так і в окремих клінічних популяціях, чітке розуміння основних механізмів, які підтримують поведінку переїдання, має вирішальне значення для розробки ефективних моделей лікування, що мають базуватися на точній теоретичній моделі або формулюванні існуючої проблеми. Отже, аналіз різних типів переїдання (емоційне, компульсивне, ситуативне) в контексті розвитку та актуальних проявів розладу нападopodobного переїдання постає підґрунтям формування персоналізованих медико-психологічних інтервенцій .

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

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

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

Емоційне переїдання іноді можна вважати передвісником або симптомом розладу харчової поведінки. Незважаючи на це, емоційне харчування є відносно поширеним явищем, і люди, які не схильні до ризику розвитку такого розладу харчової поведінки, як розлад переїдання, можуть час від часу емоційно їсти.

Емоційне харчування може бути слизьким шляхом, а втрата контролю над бажанням поїсти,

коли виникають негативні емоції, може бути ознакою розладу харчової поведінки, що розвивається. За іронією долі, поведінка, яку людина вживає, щоб нібито контролювати свої емоції, може викликати відчуття, що вона втрачає контроль. Одним із основних відомих симптомів розладу переїдання є відчуття, що людина не в змозі припинити свою неправильну харчову поведінку, а потім почуття провини через те, що вона не може контролювати свою харчову поведінку.

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

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

Дві найпоширеніші форми харчової поведінки, які неправильно діагностуються, — *компульсивне переїдання* та *розлад нападopodobного переїдання*. Наприклад, незважаючи на те, що зовні вони виглядають однаково, ці два стани дуже відрізняються багатьма характеристиками (табл. 1).

Таблиця 1. Диференціація характеристик компульсивного переїдання та розладу нападopodobного переїдання

Компульсивне переїдання	Розлад нападopodobного переїдання
Модель харчової поведінки:	
Звичне переїдання протягом усього дня. Немає конкретного епізоду (нападу) переїдання. Немає вираженого фізичного дискомфорту	Окремі епізоди: наприклад, у ліжку люди їдять занадто багато додаткової їжі за відносно короткі періоди Їсти швидко і таємно: деякі особи соромляться їсти швидко, а деякі їдять швидко, а потім таємно. Частота епізодів: принаймні один епізод переїдання на тиждень протягом 3 або менше/більше місяців. Фізичний дискомфорт: завжди болісний або незручний епізод переїдання, хворобливе відчуття переповненості їжею
Емоційні тригери:	
Частіше пов'язане з вживанням їжі у відповідь на емоційний стрес , стрес або нудьгу. Їжа - це спосіб впоратися з певними негативними емоціями. Емоційний дистрес присутній, він виникає до та одночасно з епізодом переїдання, а потім зникає. Почуття провини та сорому може бути, але не настільки інтенсивне, як при РНП	Емоційний дистрес: часто люди, які швидко переїдають, відчувають сильні емоційні почуття провини та огиди. Емоційний дистрес є інтенсивним як до, під час та досить часто після епізоду (нападу) переїдання. Після завершення епізоду переїдання емоційне напруження спадає, але дистрес лишається. Виникає замкнуте коло - людина почувається винною, відчуває сором і втрату контролю, і ці емоції знову ведуть до нового епізоду переїдання.
Відчуття контролю	
Відсутність контролю: особа, яка відчуває себе нав'язливим переїдачем, вважає, що не може припинити їсти, коли повинна.	Повна втрата контролю.
Поведінка після їжі	
Може відчувати провину або сором, але без миттєвого надзвичайного дискомфорту. Емоційні наслідки можуть наростати повільно.	Епізод переїдання є таким фізично болісним і настільки емоційно тяжким, що більшість хоче зупинитися якомога швидше, але не може.

Отже, компульсивне переїдання — це звичний тип надмірного споживання їжі у відповідь на

«емоційний дистрес» або зовнішні сигнали. Особи з компульсивним переїданням не відчувають ситості або задоволення, коли їдять більше, ніж коли вже наїлися. Вони не їдять примусово просто тому, що вони фізично голодні.

З іншого боку, розлад нападopodobного переїдання (Binge Eating Disorder) є клінічним діагнозом, що включений до діагностичних систем DSM-5 (США) та МКХ-11 (ВООЗ) та має чіткі діагностичні критерії, які відрізняють його від інших типів переїдання.

Відчуття втрати контролю у особи з розладом нападopodobного переїдання є повним, тобто людина не може контролювати себе під час епізодів переїдання, що викликає сильний дистрес. У випадку емоційного, компульсивного або ситуативного переїдання, втрата контролю може бути, але вона не є такою стійкою чи регулярною. Наприклад, ситуативне переїдання часто контролюється самим контекстом і не супроводжується постійною втратою контролю. Втрата контролю над їжею або спорадичні епізоди переїдання можуть мати місце до початку розладу переїдання [17].

Розлад нападopodobного переїдання супроводжується психологічним дистресом з інтенсивними негативними емоціями — соромом, провинною, депресією, тривогою. Ці емоції не лише тривають під час і після епізоду переїдання, але й посилюються з часом, формуючи замкнене коло. У випадку емоційного або ситуативного переїдання людина може відчувати тимчасовий дискомфорт або провинну, але це не обов'язково призводить до довготривалого дистресу чи зниження якості життя.

На відміну від інших видів переїдання розладу переїдання притаманна регулярність й висока інтенсивність епізодів. Саме епізодичність переїдання разом з повною втратою контролю є сутнісними ознаками розладу переїдання. Тому для діагностики розладу переїдання важлива регулярність епізодів переїдання — це не поодинокі випадки, а повторювані епізоди з частотою принаймні раз на тиждень. Варто зазначити, що емоційне, компульсивне чи ситуативне переїдання можуть виникати рідше і не мають такої регулярності. Наприклад, ситуативне переїдання може виникати лише під час свят або певних ситуацій і не є постійним явищем. Але ці види переїдання залишаються сталими поведінковими патернами у осіб зі сформованим розладом переїдання.

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

Отже, розлад переїдання є офіційним психіатричним розладом з конкретними критеріями діагностики, тоді як емоційне, компульсивне та ситуативне переїдання є патернами поведінки, які можуть зустрічатися у багатьох людей і не обов'язково вказують на наявність розладу. Розлад переїдання облігатно має такі характеристики, як: регулярний характер епізодів, сильний емоційний дистрес, системну втрату контролю і суттєвий негативний вплив на якість життя. Він характеризується частими повторюваними епізодами переїдання (наприклад, раз на тиждень або частіше протягом 3 місяців) без компенсаторної поведінки, наприклад, блювоти або надмірних фізичних навантажень, щоб запобігти набору ваги [21, 22]. Переїдання визначається як окремий період часу (наприклад, 2 години), протягом якого людина втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою та їсть значно більше або не так, як зазвичай. Людина може описати втрату контролю над їжею як відчуття, ніби вона не може зупинитися або обмежити кількість або тип споживаної їжі; їй важко припинити їсти, коли вона почала; або навіть відмовитися від спроб контролювати своє харчування, тому що вона знає, що зрештою переїсть.

У таких осіб існує виражений дистрес з приводу моделі переїдання або значних порушень в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах діяльності. Епізоди переїдання тривогою, депресією або почуттям провини; переїдання пов'язане з вираженими психологічними та емоційними розладами, що перешкоджає здатності людини до саморегуляції [23, 24].

Варто звернути увагу, що на відміну від нервової анорексії та нервової булімії, нападopodobне переїдання є розладом харчової поведінки, для якого відсутній специфічний психосоціальний патерн цих розладів: заклопотаність виглядом власного тіла. Такий патерн також відсутній при розладі уникання/відмови від їжі. Але їм притаманні ознаки розладу харчової поведінки, в першому випадку — періодичне переїдання хоча без регулярного очищення, в другому — уникання та відраза як до їжі, так і до процесу її споживання [2, 5].

Розлад нападopodobного переїдання та нервова булімія характеризуються регулярними епізодами переїдання, однак регулярне використання однієї або кількох неналежних компенсаторних форм поведінки для запобігання збільшенню ваги (таких як самоіндукована блювота або голодування) є частиною діагностичних критеріїв для нервової булімії, тоді як особи з розладом нападopodobного переїдання регулярно не компенсують за допомогою невідповідних методів.

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

Мета дослідження .

Оцінка особливостей преморбідних психосоціальних патернів переїдання у пацієнтів з РНП як подальших мішеней персоналізованого медико-психологічного втручання.

Матеріали і методи.

Нами було проведено відкрите когортне дослідження особливостей преморбідних психосоціальних патернів переїдання у 163 пацієнтів з РНП. Після отримання інформованої згоди для верифікації виду та ступеню поведінкового патерну переїдання було розраховано індекс маси тіла (ІМТ) та індекс розладів харчування (Symptom Index of the Eating Disorder Inventory). За нехворобливим типом переїдання, що передував виникненню розладу (Романець, 2024; Рудич & Літвінова, 2022; Бурцева, 2021) пацієнти були розподілені на групи за типом переїдання: емоційне (емоціогенне); компульсивне (пароксизмальне); ситуативне (екстернальне). Ступень тяжкості РНП визначався наступним чином (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013):

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

Результати.

У дослідженні після отримання інформованої згоди взяло участь 163 пацієнти з розладом нападopodobного переїдання, визначеного за критеріями DSM-5. Середній вік пацієнтів склав

34.60 ± 11.66 років, більшість досліджуваних була жіночої статі (60.12%) (табл. 2, 3). Також більшість пацієнтів були неодружені, мали вищу освіту та проживали у місті.

Показник	N	%	95% ДІ
Стать			
Жіноча	98	60.12 %	52.17 % - 67.70 %
Чоловіча	65	39.88 %	32.30 % - 47.83 %
Сімейний стан			
Одружений	59	36.20 %	28.83 % - 44.08 %
Неодружений	104	63.80 %	55.92 % - 71.17 %
Освіта			
Середня	59	36.20 %	28.83 % - 44.08 %
Вища	104	63.80 %	55.92 % - 71.17 %
Місце проживання			
Місто	129	79.14 %	72.09 % - 85.10 %
Сільська місцевість	34	20.86 %	14.90 % - 27.91 %

Таблиця 2. Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики пацієнтів з розладом нападopodobного переїдання (РНП), визначеного за критеріями DSM-5 (n=163).

ІМТ перевищував показники здорової норми у майже 4/5 обстежених осіб; лише 37 пацієнтів (22.70 %) мали ІМТ в межах норми. Майже ½ досліджуваних мали ІМТ в межах 25-29,9, що відповідав наявності передожиріння та надлишкової маси тіла (49.08 %), а 46 осіб (28.22 %) відповідали критеріям ожиріння I ступеню. Варто зазначити, що серед обстежених осіб не було виявлено пацієнтів з більш морбідними ступенями ожиріння (табл. 3, 4).

	$\mu \pm \sigma$	Q2 (Q1 - Q3)	Мін - Макс
Вік	34.6 ± 11.7	36.0 (24.0 - 43.0)	18 - 59
Зріст (см)	171.5 ± 8.8	171.1 (164.7 - 177.4)	146.2 - 193.9
Вага (кг)	81.8 ± 15.1	81.4 (69.0 - 94.8)	51.37 - 116.95
ІМТ	27.5 ± 2.7	28.1 (25.2 - 30.1)	20.95 - 32.29

Таблиця 3. Таблиця 3. Антропометричний профіль учасників дослідження (n=163).

Відповідно, найменша частка пацієнтів (7 осіб, 4.29 %) звітували про дуже тяжкий ступінь переїдання, а більшість мали помірний та тяжкий ступінь тяжкості переїдання (відповідно 54 особи, 33.13 %; 63 особи, 38.65 %). На наявність супутніх соматичних захворювань вказало менше ½ пацієнтів (67 осіб, 41.10 %), що зрозуміло через відносно молодий вік та відсутність морбідного ожиріння у обстеженого контингенту (табл. 4).

	N	%	95% ДІ
ІМТ			
Норма	37	22.70 %	16.51 % - 29.90 %
Передожиріння	80	49.08 %	41.18 % - 57.02 %
Ожиріння I ст.	46	28.22 %	21.46 % - 35.79 %
Ступінь тяжкості переїдання			
Легкий	39	23.93 %	17.60 % - 31.22 %
Помірний	54	33.13 %	25.96 % - 40.92 %
Тяжкий	63	38.65 %	31.14 % - 46.58 %
Дуже тяжкий	7	4.29 %	1.74 % - 8.65 %
Супутні соматичні захворювання			
Присутні	67	41.10 %	33.47 % - 49.07 %
Немає даних	96	58.90 %	50.93 % - 66.53 %

Таблиця 3. Таблиця 3. Клінічні характеристики пацієнтів з РНП за ІМТ, переїданням і супутніми захворюваннями

(n=163).

Для визначення подальших мішеней медико-психологічного втручання нами було докладно проаналізовано преморбідні типи переїдання, які зберігалися у пацієнтів з РНП як в періоди між нападами переїдання, так і в ремісії РНП. Найчастішим психосоціальним типом переїдання було емоційне переїдання, що зустрічалось майже у $\frac{3}{4}$ пацієнтів, за яким слідувало ситуативне переїдання. Більшість досліджуваних мали лише один тип переїдання, проте трохи менше третини відзначали наявність одночасно двох або трьох психосоціальних типів переїдання, серед яких переважав емоційно-ситуативний (табл. 5).

Таблиця 5. Розподіл пацієнтів з РНП за переважаючим преморбідним психосоціальним типом переїдання (n=163).

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

Нами було визначено, що чоловіки та жінки статистично значущо (p0.026) відрізнялись за частотою виникнення насамперед компульсивного типу переїдання (у чоловіків він зустрічався в 2,5 рази частіше), а також за одночасною кількістю типів переїдання (чоловіки значущо частіше мали більше одного психосоціального типу переїдання) (табл. 6).

Таблиця 6. Статевий розподіл пацієнтів з РНП за переважаючим преморбідним психосоціальним типом переїдання (n=163).

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

При легкому ступеню переїдання в $\frac{3}{4}$ кількості клінічних випадків РНП преморбідно, між нападами та в ремісії переважав саме емоційний психосоціальний тип переїдання в його частковому сполученні з ситуативним типом (табл. 7). Збільшення ступеню тяжкості

переїдання пролучалось зі збільшенням питомої ваги ситуативного переїдання до ½ клінічних випадків як додаткового механізму та тлі збереження переважання емоційного патерну переїдання. Лше при тяжкому ступеню переїдання в межах РНП значущості набирає компульсивний патерн переїдання (16 осіб, 25.40 %), але він повністю перекривається класичними для РНП епізодами переїдання при дуже тяжкому перебігу РНП.

Таблиця 7. Зв'язок ступеню тяжкості переїдання та переважаючого психосоціального типу переїдання (n=163).

Ступінь тяжкості переїдання	Психосоціальний тип переїдання		
	Емоційний	Компульсивний	Ситуативний
Легкий	29 (74.36 %)	3 (7.69 %)	15 (38.46 %)
Помірний	38 (70.37 %)	5 (9.26 %)	27 (50.00 %)
Тяжкий	46 (73.02 %)	16 (25.40 %)	29 (46.03 %)
Дуже тяжкий	6 (85.71 %)	0 (0 %)	5 (71.43 %)

Сполучення різних психосоціальних типів переїдання також сполучається зі ступенем тяжкості РНП, причому трикомпонентне сполучення було відмічено лише при помірно-тяжких РНП (табл. 8).

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

Таблиця. Таблиця 8. Зв'язок ступеню тяжкості переїдання та кількості психосоціальних типів переїдання (n=163).

Варто зауважити, що емоційно-компульсивний тип переїдання виявився значущим лише для тяжкого ступеню РНП (табл. 9), в той час, як емоційно-ситуаційний тип переїдання набував питомої ваги зі зростанням ступеню тяжкості РНП.

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

Таблиця. Таблиця 9. Зв'язок ступеню тяжкості переїдання та кількості комбінованих психосоціальних типів переїдання (n=163).

При аналізі статевої диференціації вищезазначених показників не було виявлено статистично значущої різниці у віці та частоті виявлення супутніх захворювань між досліджуваними чоловіками та жінками, проте було виявлено статистично значущу різницю у зрості, вазі, ІМТ та ступеню тяжкості переїдання (табл. 10). Так, чоловіки мали достовірно вищий зріст

порівняно з жінками (179.1 ± 6.43 см проти 166.5 ± 6.2 см, $p < 0.001$), більшу вагу (95.6 ($92.5 - 99.4$) кг проти 70.9 ($63.2 - 80$) кг, $p < 0.001$) та більший ІМТ (30 ($29.5 - 30.3$) проти 25.5 ($24.4 - 27.3$), $p < 0.001$).

Причому, якщо серед жінок з РНП понад 1/3 мали показник ІМТ, що відповідав нормі (37 осіб, 37.8 %; $p < 0.001$), то серед чоловіків в обстеженому контингенті взагалі не було осіб з нормальним ІМТ, що опосередковано свідчило як про більшу заклопотаність жінок власною вагою, так і більшу кількість зусиль щодо нормалізації ІМТ. Втім, більшість серед жінок склали особи з передожирінням та надлишковою масою тіла (50 осіб, 51.0 %), а ожиріння I ступеня мали 11 осіб (11,2%). Серед чоловіків більшість була представлена особами з ожиріння I ступеню (35 осіб, 53.9%), всі інші чоловіки мали надлишкову вагу та передожиріння (30 осіб, 46.2%)

Кардинально різний розподіл між жінками та чоловіками був виявлений за ступенем тяжкості переїдання, а саме: 4/5 жінок страждали на легкий та помірний ступінь тяжкості переїдання (відповідно 38 осіб, 38.8% та 39 осіб, 39.8 %); 1/5 жінок мали тяжкий та дуже тяжкий ступінь переїдання (відповідно 18 осіб, 18.4 % та 3 особи, 3.06 %). Серед чоловіків більшість мала тяжкий ступінь переїдання (45 осіб, 69.2 %); ще 15 осіб (23.1%) мали поведінковий патерн переїдання помірною ступеня. Крайові ступені переїдання визначались нечасто: легкий - у 1 особи (1.5 %) та дуже тяжкий - у 4 осіб (6.2 %).

Таблиця 10. Антропометричний профіль та клінічні характеристики пацієнтів з РНП залежно від статі (n=163).

	Жінки (N=98)	Чоловіки (N=65)	p
Вік	36 (25.3 - 43)	37 (24 - 42)	0.917
Зріст	166.5 ± 6.2	179.1 ± 6.4	< 0.001
Вага	70.9 (63.2 - 80)	95.6 (92.5 - 99.4)	< 0.001
ІМТ	25.5 (24.4 - 27.3)	30 (29.5 - 30.3)	< 0.001
Норма	37 (37.8 %)	0 (0 %)	< 0.001
Передожиріння	50 (51.0 %)	30 (46.2 %)	
Ожиріння I ст.	11 (11.2 %)	35 (53.9 %)	
Ступінь тяжкості переїдання (DSM-5)			
Легкий	38 (38.8 %)	1 (1.5 %)	< 0.001
Помірний	39 (39.8 %)	15 (23.1 %)	
Тяжкий	18 (18.4 %)	45 (69.2 %)	
Дуже тяжкий	3 (3.06 %)	4 (6.2 %)	
Супутні соматичні захворювання			
Присутні	38 (38.8 %)	29 (44.6 %)	0.562
Немає даних	60 (61.2 %)	36 (55.4 %)	

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

Разом з тим, пацієнти з різною тяжкістю РНП мали статистично значущу відмінність у статевому розподілі (тяжкий та дуже тяжкий розлад переїдання достовірно частіше зустрічалися в чоловіків, $p < 0.001$), проте не мали значущої різниці у віці ($p = 0.885$), сімейному стані ($p = 0.962$), рівні освіти ($p = 0.934$) та місцю проживання ($p = 0.916$) (табл. 11).

Таблиця 11. Соціально-демографічні характеристики пацієнтів з РНП залежно від ступеню тяжкості переїдання (n=163).

Показник	Ступінь компульсивного переїдання				p
		Легкий (n= 39)	Помірний (n= 54)	Тяжкий (n= 63)	
Вік	34 (26.5 - 40.5)	36.5 (23.2 - 45)	36 (23 - 42.5)	41 (32 - 42)	0.885
Стать					
Жіноча	38 (97.4 %)	39 (72.2 %)	18 (28.6 %)	3 (42.9 %)	<0.001
Чоловіча	1 (2.6 %)	15 (27.8 %)	45 (71.4 %)	4 (57.1 %)	
Сімейний стан					
Одруж.	13 (33.3 %)	20 (37 %)	23 (36.5 %)	3 (42.9 %)	0.962
Неодруж.	26 (66.7 %)	34 (63 %)	40 (63.5 %)	4 (57.1 %)	
Освіта					
Середня	13 (33.3 %)	20 (37 %)	24 (38.1 %)	2 (28.6 %)	0.934
Вища	26 (66.7 %)	34 (63 %)	39 (61.9 %)	5 (71.4 %)	
Місце проживання					
Місто	32 (82.1 %)	42 (77.8 %)	50 (79.4 %)	5 (71.4 %)	0.916
Сільська місцевість	7 (17.9 %)	12 (22.2 %)	13 (20.6 %)	2 (28.6 %)	

Таким чином, ступінь тяжкості преморбідного переїдання не був пов'язаний із соціально-демографічними характеристиками, окрім статі, що засвідчило вищий ступінь ризику тяжких форм РНП у чоловіків попри його більшу поширеність серед жінок.

Окрім того, було виявлено статистично значущу різницю між підгрупами з різним ступенем тяжкості переїдання у зрості ($p < 0.001$), вазі тіла ($p < 0.001$) та індексі маси тіла ($p < 0.001$). Не було виявлено різниці у частоті наявності супутніх соматичних захворювань ($p = 0.836$), які були в межах 40% у пацієнтів з легким, помірним та тяжким ступенем переїдання зі зростанням цього показника до майже 60% у пацієнтів з дуже тяжким переїданням у обстежених пацієнтів з РНП (табл. 12).

Таблиця 12. Антропометричний профіль та клінічні характеристики пацієнтів з РНП залежно від ступеню тяжкості переїдання ($n = 163$).

Показник	Ступінь тяжкості переїдання				p
		Легкий (n= 39)	Помірний (n= 54)	Тяжкий (n= 63)	

Зріст	162.6 (160.2 - 166.8)	169.9 (164.8 - 176)	175.6 (171.4 - 179.8)	179.6 (172.9 - 184)	<0.001
Вага	63.1 (60.7 - 70.6)	76.7 (70 - 88.5)	92.6 (87.7-98.3)	95.6 (90.7-102.5)	<0.001
ІМТ	24.2 (23.5 - 24.7)	26.3 (25.5 - 29.7)	30.0 (29.3-30.4)	30.2 (29.8 -30.6)	<0.001
Норма	30 (76.9 %)	7 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Передожиріння	9 (23.1 %)	37 (68.5 %)	31 (49.2 %)	3 (42.9 %)	
Ожиріння І ст.	0 (0 %)	10 (18.5 %)	32 (50.8 %)	4 (57.1 %)	
Супутні соматичні захворювання					
Присутні	16 (41 %)	21 (38.9 %)	26 (41.3 %)	4 (57.1 %)	0.836
Немає даних	23 (59 %)	33 (61.1 %)	37 (58.7 %)	3 (42.9 %)	

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

Висновки.

Отже, преморбідні психосоціальні патерни переїдання (емоційне, компульсивне, ситуативне), що надалі мали свою представленість у пацієнтів з РНП поза межами епізодів нападopodobного переїдання (в ремісії/субремісії РНП) через їх взаємозв'язок з статевими особливостями РНП, антропометричним профілем та клінічними характеристиками пацієнтів з РНП залежно від ступеню тяжкості переїдання, були визначені як персоналізовані мішені медико-психологічного втручання щодо пацієнтів з РНП.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. (DSM-IV)
2. Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK, Pope HG., Jr By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord.* 2012;45:139-141. doi: 10.1002/eat.20890.
3. American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0890425558.
4. Burton A.L., Abbott M.J. Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change.* 2017;34(3):168-198. doi:10.1017/bec.2017.12
5. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC medical informatics and decision making.* 2021 Nov;21:1-0.
6. Keski-Rahkonen, Anna; Mustelin, Linda (November 2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry.* 29 (6): 340-345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
7. Sinkevych, I. (2021). Психологічна дезадаптація осіб з переїданням. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 6(4). <https://grobid.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/353>
8. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013 May 1;73(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
9. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers.* 2022 Mar 17;8(1):16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y.
10. McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., et al. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic

- binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>
11. Kolar, David R.; Rodriguez, Dania L. Mejía; Chams, Moises Mebarak; Hoek, Hans W. (November 2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*. 29 (6): 363-371. doi:10.1097/YCO.0000000000000279
 12. Сінкевич І.С. Розлад надмірного харчування: сучасні знання та психологічні аспекти. *PMGP [Internet]*. 2023 Jun. 30;7(2). <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/354>
 13. Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J. Psychiatr. Res.* 43, 1125-1132. doi: 10.1016/J.JPSYCHIRES.2009.04.003
 14. Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., and Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J. Adolesc. Health* 31, 166-175. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3
 15. Юр'єва, Л. М., Огоренко, В. В., Шорніков, А. В., та ін. Зв'язок компульсивного переїдання тривоги та депресії у студентів медиків під час військового конфлікту. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022. Vol. 7, No. 2. С. 68-73.
 16. Sarah E. ,&Sarah A. (2018). Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418381>
 17. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., and Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 47, 610-619. doi: 10.1002/eat.22316
 18. Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., and Machado, P. P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the North of Portugal. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 22, 185-190. doi: 10.1002/erv.2283
 19. Огоренко В. В., Юр'єва Л. М., Шорніков А. В., та ін. Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час війни. *Вісник морської медицини*. 2022 (3):54-60.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7317913>
 20. Frayn, M., Fojtů, C. & Juarascio, A. COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Curr. Psychol.* 40, 6249-6258 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
 21. Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A., Richard, A., Voderholzer, U., Naab, S., & Blechert, J. (2021). Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 773-784. doi:10.1002/eat.23477
 22. Forester G, Schaefer LM, Dodd DR, et al. Time-of-day and day-of-week patterns of binge eating and relevant psychological vulnerabilities in binge-eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*. 2023 Sep;56(9):1694-1702. DOI: 10.1002/eat.23995.
 23. Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., & Baños, R. M. (2019). The binge eating scale: Structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and body mass index. *Frontiers in Psychology*, 10, 530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00530>
 24. Goldschmidt, A. B., Loth, K. A., MacLehose, R. F., Pisetsky, E. M., Berge, J. M., and Neumark-Sztainer, D. (2015). Overeating with and without loss of control: associations with weight status, weight-related characteristics, and psychosocial health. *Int. J. Eat. Disord.* 48, 1150-1157. doi: 10.1002/eat.22465
 25. Stice E. Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:359-81. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317.