

# Статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання

I. С. Сінкевич, О. О. Хаустова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Переїдання є основною ознакою багатьох розладів харчової поведінки, зокрема розладу нападopodobного переїдання. Воно пов'язане із серйозними проблемами психічного та фізичного здоров'я, як-от депресія, тривога, зловживання психоактивними речовинами, хронічні соматичні захворювання тощо. Небагато досліджень розладів харчової поведінки залучають чоловіків через те, що значно менше осіб чоловічої статі повідомляють про труднощі з контролем харчової поведінки, попри їх більшу схильність до переїдання.

**Мета дослідження:** оцінити клініко-психопатологічні характеристики та психосоціальні особливості пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання залежно від статі.

**Матеріали та методи.** Було проведено відкрите когортне дослідження клініко-психопатологічних характеристик і психосоціальних особливостей 163 пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання. Після отримання інформованої згоди пацієнти були оцінені за низкою психометричних шкал, а саме: шкалою неконтрольованого переїдання (The Binge Eating Scale – BES), госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), тестом емоційного інтелекту Гола. Рівень статистичної значущості  $p$  було прийнято на рівні  $< 0,05$ . Під час аналізу використано статистичний пакет IBM SPSS Statistics Base v.22.

**Результати.** Виявлено певні статеві відмінності клініко-психопатологічних і психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання, що надалі враховувались у персоналізованих інтервенціях медико-психологічного супроводу цих хворих. До таких відмінностей варто віднести більшу поширеність у чоловіків компульсивного типу переїдання та значущо частішу наявність змішаних психосоціальних типів переїдання. Чоловіки мали вищий зріст ( $p < 0,001$ ), більшу вагу ( $p < 0,001$ ) та вищий індекс маси тіла ( $p < 0,001$ ), ніж жінки, а також у них частіше відзначали середньотяжкі ступені переїдання. Таким чином, існує вищий ступінь ризику тяжких форм розладу нападopodobного переїдання у чоловіків, попри його вищу поширеність серед жінок. Чоловікам була притаманна достовірно більша амплітуда емоційного тривожного ( $p = 0,001$ ) і депресивного ( $p = 0,003$ ) реагування та значущо вищий рівень клінічно вираженої тривоги ( $p = 0,02$ ). У чоловіків порівняно з жінками простежувалася більша тяжкість переїдання з тривожно-депресивним реагуванням на тлі меншого потенціалу емоційного інтелекту, зокрема емоційної обізнаності, емпатії, управління емоціями (своїми та інших людей). Натомість проблемна самомотивація була притаманна пацієнтам із розладом нападopodobного переїдання незалежно від статі.

**Висновки.** Результати цього дослідження дають уявлення про статеві особливості клініко-психопатологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання. Це дозволяє розробити більш ефективні та індивідуалізовані стратегії терапії з персоналізованими за статтю мішенями медико-психологічного втручання щодо пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання.

**Ключові слова:** психосоматика, розлади харчової поведінки, розлад нападopodobного переїдання, статеві особливості, чоловіки, жінки, тривога, депресія, емоційний інтелект, мішені втручання.

## Sex-specific clinical-psychopathological and psychosocial characteristics of patients with binge eating disorder

I. S. Sinkevich, O. O. Khaustova

Binge eating is the main feature of many eating disorders, in particular, binge eating disorder. It is associated with severe mental and physical health problems, such as depression, anxiety, substance abuse, chronic somatic diseases, etc. Few studies of eating disorders include males because a significant minority of males report difficulties in controlling eating behavior despite their greater tendency to overeat.

**The objective:** the study aimed to assess the clinical-psychopathological characteristics and psychosocial characteristics of patients with binge eating disorders, depending on gender.

**Materials and methods.** An open cohort study of the clinical-psychopathological characteristics and psychosocial features of 163 patients with binge eating disorder was conducted. After obtaining informed consent, patients were assessed using several psychometric scales: the Binge Eating Scale (BES); the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); and the Gola Emotional Intelligence Test. The level of statistical significance  $p$  was set at  $< 0.05$ . The statistical package IBM SPSS Statistics Base v.22 was used for the analysis.

**Results.** Specific gender differences in the clinical-psychopathological and psychosocial characteristics of patients with binge eating disorder were identified, which were taken into account in personalized interventions for medical and psychological support of such patients. Such differences include a higher incidence of compulsive overeating in males and a significantly higher incidence of mixed psychosocial types of overeating. Males were taller ( $p < 0.001$ ), heavier ( $p < 0.001$ ), and had a higher body mass index than females ( $p < 0.001$ ), and were more likely to have moderate to severe binge eating disorder. Thus, there is a higher risk of severe

forms of binge eating disorder in males despite its greater prevalence among females. Males had a significantly greater amplitude of emotional anxiety ( $p = 0.001$ ) and depressive ( $p = 0.003$ ) response, and a substantially higher level of clinical anxiety ( $p = 0.02$ ). Males, compared to females, had a greater severity of binge eating with anxiety-depressive response against a background of lower potential of emotional intelligence, in particular emotional awareness, empathy, and management of one's own and other people's emotions. In contrast, problematic self-motivation was characteristic of patients with binge eating disorder regardless of gender.

**Conclusions.** The results of this study provide insight into the gender-specific clinical, psychopathological, and psychosocial characteristics of patients with binge eating disorder. This promising finding allows for the development of more effective and personalized treatment strategies with gender-specific targets for medical and psychological intervention for patients with binge eating disorders.

**Keywords:** *psychosomatics, eating disorders, binge eating disorder, sex-specific characteristics, male, female, anxiety, depression, emotional intelligence, intervention targets.*

Розлад нападopodobного переїдання (Binge Eating Disorder), що вперше з'явився як дослідницький діагноз у класифікації хвороб DSM-4 та набув статусу офіційного діагнозу в класифікації хвороб DSM-5 [1], також включений до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Він характеризується частими (1 раз на тиждень або частіше протягом кількох місяців) повторюваними епізодами переїдання, коли впродовж окремого періоду часу людина відчуває суб'єктивну втрату контролю над споживанням їжі: вона їсть значно більше або не так, як зазвичай, і відчуває нездатність припинити їсти або обмежити тип або кількість споживаної їжі. Ці епізоди переїдання супроводжуються негативними емоціями, як-от почуття провини або огиди. На відміну від патерну надмірного споживання в разі нервової булімії, при розладі нападopodobного переїдання епізоди переїдання не передбачають використання компенсаторної поведінки, спрямованої на запобігання збільшенню ваги на кшталт самоіндукованого блювання, інтенсивних фізичних вправ, використання сечогінних і проносних засобів або клізм [2, 3].

Світова поширеність розладу нападopodobного переїдання у 2018–2020 рр. оцінювалась у 0,6–1,8% серед дорослих жінок і 0,3–0,7% у дорослих чоловіків [4]. R. C. Kessler та співавт. [5] зауважували щодо світової поширеності цього розладу в межах 1,4% (0,8–1,9%).

У низці досліджень було засвідчено дуже високі показники поширеності розладу нападopodobного переїдання серед підлітків і молоді, з вищими показниками поширеності в осіб жіночої статі порівняно з чоловіками [6–11]. Повідомлялося також, що серед підлітків близько 26% дівчат та 13% хлопців переживають хоча б 1 епізод нападopodobного переїдання хоча б 1 раз на рік [6].

Отже, поширеність розладу нападopodobного переїдання набагато вища, ніж поширеність інших розладів харчової поведінки. Дослідження засвідчили наявність двох піків початку цього розладу, а саме: перший – одразу після статевого дозрівання, в середньому у віці 14 років, а другий – наприкінці підліткового віку (19–24 роки) [9–11].

Феномен переїдання відзначається в загальній популяції на підпороговому рівні від нормального до неупорядкованого харчування [12]. Він зростає за поширеністю [13] та частотою щотижневих випадків переїдання [14] попри наявну у світі гіподіагностику розладу нападopodobного переїдання.

**Мета дослідження:** оцінити клініко-психопатологічні характеристики та психосоціальні особливості пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання залежно від статі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ми провели відкрите когортне дослідження клініко-психопатологічних характеристик і психосоціальних особливостей 163 пацієнтів із розладом нападopodobного переїдання, дозвіл на проведення якого був наданий Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол № 151 від 25.10.2021). Після отримання інформованої згоди пацієнти були оцінені за низкою психометричних шкал, а саме: шкалою неконтрольованого переїдання (The Binge Eating Scale – BES), госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), тестом емоційного інтелекту Гола.

Для описової статистики кількісних показників визначали середнє значення та середньоквадратичне відхилення (при нормальному розподілі ознак), медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних і максимальних значень. Під час оцінювання якісних ознак розраховували частоту та відсоток (%). Для якісних ознак було розраховано 95% довірчий інтервал (ДІ) за Клоппером – Пірсоном. З метою перевірки нормальності розподілу ознак використано критерій Шапіро – Вілка. Для оцінювання рівності дисперсії – тест Бартлета. Щоб визначити різницю між двома групами, застосували t-тест Стюдента для неупорядкованих вибірок (у разі нормального розподілу) або тест Манна – Уїтні (у разі розподілу, відмінного від нормального). У випадку порівняння кількісних показників між пацієнтами, що мали різні психосоціальні типи переїдання, вони могли одночасно належати до двох або трьох груп, тоді під час аналізу використовували тест Фрідмана. Для вивчення зв'язку між кількісними показниками користувалися коефіцієнтами кореляції Пірсона та рангової кореляції Спірмена  $\rho$ . Для порівняння коефіцієнтів кореляції різних підгруп застосували z-трансформацію Фішера. Формальне порівняння коефіцієнтів кореляції не виконували для груп із різним типом психосоціального переїдання, оскільки пацієнти могли належати до двох або трьох груп одночасно. Лінійна регресія зі змішаними ефектами була використана для оцінювання впливу різних факторів на тяжкість переїдання. Використовували модель із випадковим інтерсептом, що варіював у різних пацієнтів, а соціально-демографічні та клінічні показники, вплив яких на тяжкість переїдання вивчався, моделювались як фіксовані ефекти в однофакторних моделях. Рівень статистичної значущості  $p$  було прийнято на рівні  $< 0,05$ . Дані зберігались у Microsoft Excel 365. Під час аналізу було використано статистичний пакет IBM SPSS Statistics Base v.22.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У дослідженні після отримання інформованої згоди взяло участь 163 пацієнти з розладом нападоподібного переїдання, визначеного за критеріями DSM-5. Середній вік пацієнтів становив  $34,60 \pm 11,66$  року, більшість досліджуваних була жіночої статі (60,12%) (табл. 1).

Найчастішим психосоціальним типом переїдання було емоційне, що траплялося майже у 3/4 пацієнтів, за яким слідувало ситуативне. У більшості досліджуваних спостерігали лише один тип переїдання, проте трохи менше третини відзначали наявність одночасно двох або трьох психосоціальних типів, серед яких переважав емоційно-ситуативний (табл. 2).

У чоловіків питома вага компульсивного типу переїдання була більшою порівняно з жінками (табл. 3), однак значущої залежності типу переїдання від статі не зафіксовано ( $p = 0,063$ ). Водночас у чоловіків також значущо частіше відзначали більше ніж 1 психосоціальний тип переїдання.

У разі легкого ступеня переїдання в 3/4 кількості клінічних випадків розладу нападоподібного переїдання преморбідно, між нападами та в період ремісії переважав саме емоційний психосоціальний тип із частковим поєднанням із ситуативним (див. табл. 3). Збільшення ступеня тяжкості переїдання асоціювалося зі збільшенням питомої ваги ситуативного до 1/2 клінічних випадків як додаткового механізму на тлі збереження переважання емоційного патерну переїдання. Лише при важкому ступені переїдання в межах розладу нападоподібного типу значущості набирає компульсивний патерн переїдання (16 осіб; 25,4%), але він повністю перекривається класичними для розладу нападоподібного типу епізодами переїдання при дуже важкому його перебігу.

Таблиця 1

**Статевий розподіл пацієнтів із розладом  
нападоподібного переїдання,  
визначеного за критеріями DSM-5 (n = 163)**

Стать	N	%	95% ДІ
Жіноча	98	60,12	52,17–67,70
Чоловіча	65	39,88	32,30–47,83

Таблиця 2

**Розподіл пацієнтів із розладом нападоподібного  
переїдання за переважаним психосоціальним типом  
переїдання (n = 163)**

Показник	N	%	95% ДІ
<b>Тип переїдання</b>			
Емоційний	119	73,01	65,50–79,65
Компульсивний	24	14,72	9,67–21,11
Ситуативний	76	46,63	38,79–54,59
<b>Кількість типів переїдання в одного пацієнта</b>			
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

Під час аналізу антропометричного профілю та клінічних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання залежно від статі (табл. 4) 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, індексі маси тіла (ІМТ) та ступені тяжкості переїдання. Так, чоловіки мали достовірно вищий зріст порівняно з жінками ( $179,10 \pm 6,43$  проти  $166,5 \pm 6,2$  см;  $p < 0,001$ ), більшу вагу ( $95,6$  ( $92,5–99,4$ ) проти  $70,9$  ( $63,2–80$ ) кг;  $p < 0,001$ ) та вищий ІМТ ( $30$  ( $29,5–30,3$ ) проти  $25,5$  ( $24,4–27,3$ ) кг/м<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ).

Причому, якщо серед жінок із розладом нападоподібного переїдання понад 1/3 мали ІМТ, що відповідав нормі (від 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup>) (37 осіб, 37,8%;  $p < 0,001$ ),

Таблиця 3

**Статевий розподіл пацієнтів за переважаним  
преморбідним психосоціальним типом  
переїдання (n = 163)**

Показник	Жінки (n = 98), %	Чоловіки (n = 65), %	p
<b>Тип переїдання</b>			
Емоційний	74 (75,51)	45 (69,23)	0,063
Компульсивний	9 (9,18)	15 (23,08)	
Ситуативний	40 (40,82)	36 (55,38)	
<b>Кількість типів переїдання в одного пацієнта</b>			
Один	75 (76,53)	39 (60,00)	0,044
Два	21 (21,43)	21 (32,31)	–
Емоційно-компульсивний	3 (3,06)	5 (7,69)	0,694
Емоційно-ситуативний	18 (18,37)	16 (24,62)	–
Три	2 (2,04)	5 (7,69)	–

Таблиця 4

**Антропометричні та клінічні характеристики  
обстежених пацієнтів залежно від статі (n = 163)**

Показник	Жінки Q2 (Q1–Q3) (n = 98)	Чоловіки Q2 (Q1–Q3) (n = 65)	p
Вік, роки	36 (25,3–43)	37 (24–42)	0,917
Зріст, см	$166,5 \pm 6,2$	$179,1 \pm 6,4$	$< 0,001$
Вага, кг	70,9 (63,2–80)	95,6 (92,5–99,4)	$< 0,001$
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	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%)	
<b>Ступінь тяжкості переїдання (DSM-5)</b>			
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%)	
<b>Супутні соматичні захворювання</b>			
Наявні	38 (38,8%)	29 (44,6%)	0,562
Немає даних	60 (61,2%)	36 (55,4%)	

Соціально-демографічні характеристики пацієнтів залежно від ступеня тяжкості переїдання (n = 163)

Показник	Ступінь тяжкості переїдання				p
	Легкий (n = 39)	Помірний (n = 54)	Тяжкий (n = 63)	Дуже тяжкий (n = 7)	
<b>Вік, роки</b>	34 (26,5–40,5)	36,5 (23,2–45)	36 (23–42,5)	41 (32–42)	0,885
<b>Стать</b>					
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%)	–
<b>Сімейний стан</b>					
Одружена(ий)	13 (33,3%)	20 (37%)	23 (36,5%)	3 (42,9%)	0,962
Неодружена(ий)	26 (66,7%)	34 (63%)	40 (63,5%)	4 (57,1%)	–
<b>Освіта</b>					
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%)	–
<b>Місце проживання</b>					
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%)	–

Таблиця 6

Статевий розподіл обстежених пацієнтів за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) (n = 163)

Показник	Уся вибірка (n = 163)	Жінки (n = 98)	Чоловіки (n = 65)	p
<b>Субшкала тривоги HADS-A</b>				
Загальний бал	11 (7–13)	10 (7–12)	11 (9–14)	0,001
Відсутність тривоги	53 (32,52%)	40 (40,82%)	13 (20,00%)	0,020
Субклінічна тривога	22 (13,50%)	11 (11,22%)	11 (16,92%)	
Клінічна тривога	88 (53,99%)	47 (47,96%)	41 (63,08%)	
<b>Субшкала депресії HADS-D</b>				
Загальний бал	10 (6–11)	8 (4,2–11)	11 (6–12)	0,003
Відсутність депресії	68 (41,72%)	48 (48,98%)	20 (30,77%)	0,067
Субклінічна депресія	18 (11,04%)	10 (10,20%)	8 (12,31%)	
Клінічна депресія	77 (47,24%)	40 (40,82%)	37 (56,92%)	

Примітка: p – оцінює статистично значущу різницю показників у чоловіків та жінок.

то серед чоловіків в обстеженому контингенті взагалі не було пацієнтів із нормальним ІМТ, що опосередковано свідчило як про більшу заклопотаність жінок власною вагою, так і більшу кількість зусиль щодо нормалізації ваги. Утім, у більшості жінок відзначали передожиріння та надлишкову масу тіла (ІМТ від 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup>) (50 осіб; 51,0%), а ожиріння I ступеня (ІМТ від 30 до 34,9 кг/м<sup>2</sup>) мали 11 осіб (11,2%). У більшості чоловіків діагностували ожиріння I ступеня (35 осіб; 53,9%), всі інші чоловіки мали надлишкову вагу та передожиріння (30 осіб; 46,2%).

Ступінь тяжкості переїдання суттєво відрізнявся залежно від статі, 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 і дуже тяжкий ступінь переїдання (відповідно 18 осіб – 18,4% та 3 особи – 3,06%). Серед чоловіків у більшості виявляли тяжкий ступінь переїдання (45 осіб; 69,2%); ще у 15 осіб (23,1%) – поведінковий патерн переїдання помірного ступеня. Крайові ступені переїдання визначались нечасто: легкий – в 1 особи (1,5%) та дуже тяжкий – у 4 осіб (6,2%).

Отже, чоловіки мали вищий зріст, більшу вагу та вищий ІМТ, ніж жінки, а також у них частіше виявляли середньотяжкі ступені переїдання, і рідше – легкий ступінь переїдання.

Тяжкий та дуже тяжкий розлад нападоподібного переїдання достовірно частіше зустрічалися в чоловіків (p < 0,001), проте не відзначено значущої різниці у віці (p = 0,885), сімейному стані (p = 0,962), рівні освіти (p = 0,934) та місці проживання (p = 0,916) (табл. 5).

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

Ми також визначили особливості емоційного стану в пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання. Так, для чоловіків була притаманна достовірно більша амплітуда емоційного реагування (тривоги та депресії за шкалою HADS) за загальним балом субшкал (відповідно щодо HADS-A – p = 0,001 та щодо HADS-D – p = 0,003) і значущо вищий рівень клінічно вираженої тривоги (p = 0,02) (табл. 6).

Було виявлено певні статеві відмінності зв'язку між компонентами емоційного інтелекту та тяжкістю переїдання (рис. 1).



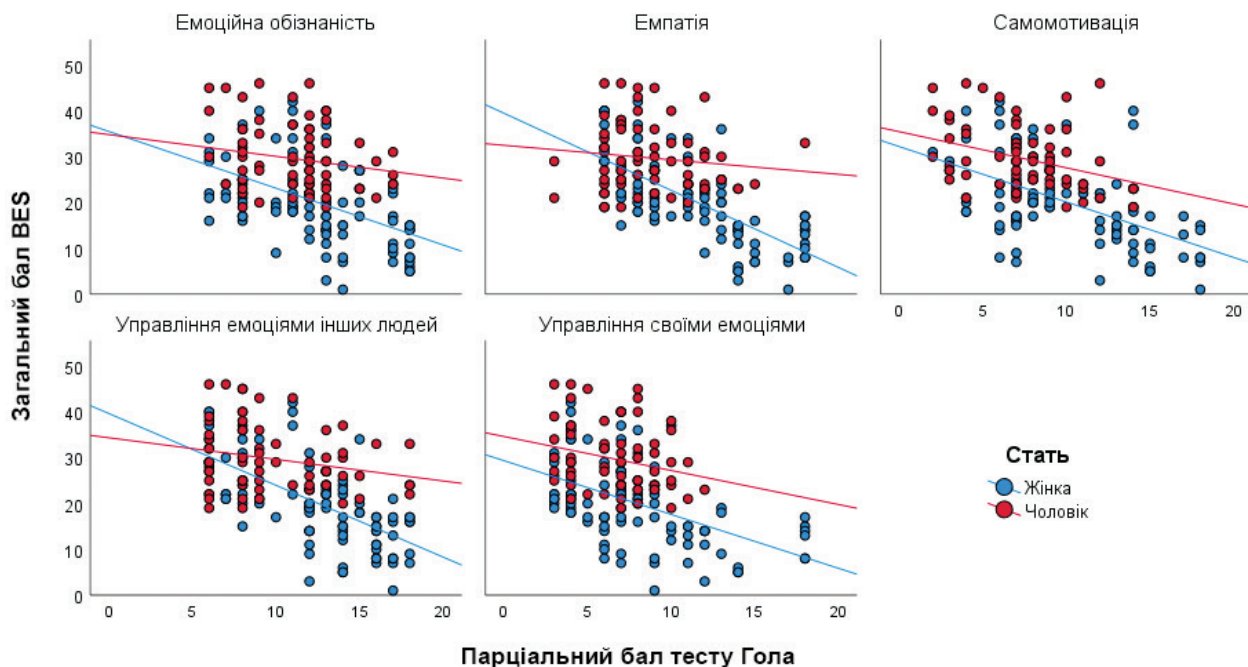


Рис. 1. Кореляція тяжкості переїдання та компонентів емоційного інтелекту за тестом Гола

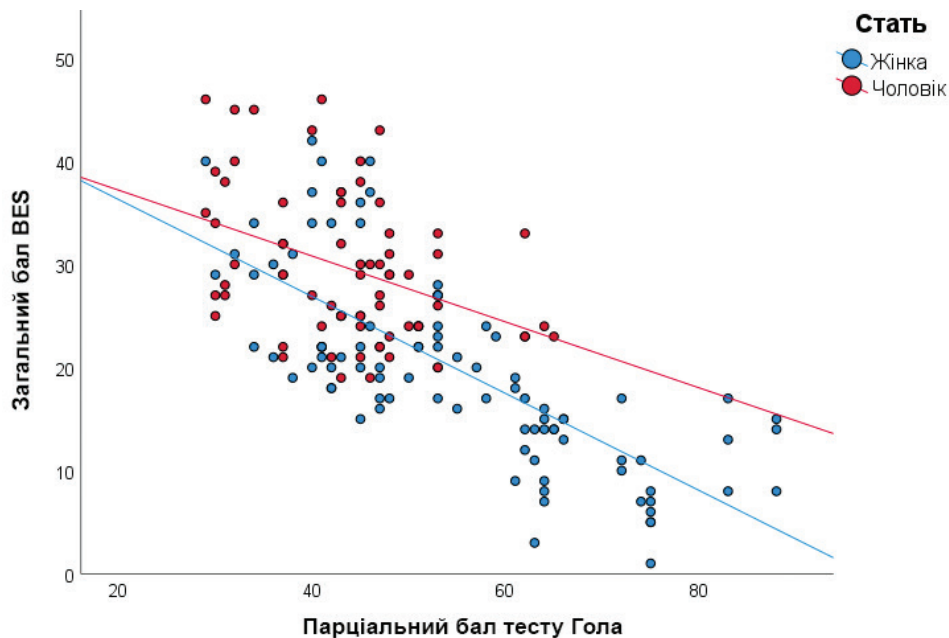


Рис. 2. Кореляція тяжкості переїдання та загального емоційного інтелекту

У підгрупі чоловіків було виявлено незначущість зв'язку між тяжкістю переїдання за шкалою неконтрольованого переїдання (BES) та емоційною обізнаністю ( $\rho = -0,142$ ;  $p = 0,260$ ), управлінням своїми емоціями ( $\rho = -0,241$ ;  $p = 0,053$ ), емпатією ( $\rho = -0,128$ ;  $p = 0,311$ ), статистично значущий зв'язок тяжкості переїдання за шкалою BES та самомотивацією ( $\rho = -0,359$ ;  $p = 0,003$ ), управлінням емоціями інших людей ( $\rho = -0,189$ ;  $p = 0,131$ ) та загальним балом тесту Гола ( $\rho = -0,357$ ;  $p = 0,003$ ).

У підгрупі жінок було виявлено статистично значущий зв'язок між тяжкістю переїдання за шкалою

BES та емоційною обізнаністю ( $\rho = -0,499$ ;  $p < 0,001$ ), управлінням своїми емоціями ( $\rho = -0,528$ ;  $p < 0,001$ ), самомотивацією ( $\rho = -0,519$ ;  $p < 0,001$ ), емпатією ( $\rho = -0,749$ ;  $p < 0,001$ ), управлінням емоціями інших людей ( $\rho = -0,636$ ;  $p < 0,001$ ) та загальним балом тесту Гола ( $\rho = -0,795$ ;  $p < 0,001$ ).

Не було виявлено статистично значущої різниці між жінками та чоловіками в силі зв'язку тяжкості переїдання за шкалою BES та самомотивації ( $z = 1,22$ ;  $p = 0,221$ ).

Було виявлено статистично значущу різницю між жінками та чоловіками в силі зв'язку між тяжкістю переїдання за шкалою BES та емоційною обізнаніс-

тю ( $z = 2,48$ ;  $p = 0,012$ ), управління своїми емоціями ( $z = 2,09$ ;  $p = 0,036$ ), емпатією ( $z = 5,16$ ;  $p < 0,001$ ), управління емоціями інших людей ( $z = 3,43$ ;  $p < 0,001$ ) та загальним балом тесту Гола ( $z = 4,360$ ;  $p < 0,001$ ) (рис. 2).

### ВИСНОВКИ

Існують певні статеві відмінності клініко-психопатологічних і психосоціальних характеристик пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання, що має враховуватися в персоналізованих інтервенціях медико-психологічного супроводу таких хворих. У чоловіків відзначено більшу частоту компульсивного типу переїдання та значущо частішу наявність змішаних психосоціальних типів переїдання. Чоловіки мали вищий зріст ( $p < 0,001$ ), більшу вагу ( $p < 0,001$ ) та вищий ІМТ ( $p < 0,001$ ), ніж жінки, а також у них частіше виявляли середньотяжкі ступені переїдання. Таким чином, існує

вищий ступінь ризику тяжких форм розладу нападоподібного переїдання в чоловіків попри його більшу поширеність серед жінок. Чоловікам була притаманна достовірно більша амплітуда емоційного тривожного ( $p = 0,001$ ) і депресивного ( $p = 0,003$ ) реагування та значущо вищий рівень клінічно вираженої тривоги ( $p = 0,02$ ). У чоловіків порівняно з жінками простежувалася більша тяжкість переїдання з тривожно-депресивним реагуванням на тлі меншого потенціалу емоційного інтелекту, зокрема емоційної обізнаності, емпатії, управління своїми емоціями та емоціями інших людей. Натомість проблемна самомотивація була притаманна пацієнтам із розладом нападоподібного переїдання незалежно від статі. Ці показники були визначені як персоналізовані мішені медико-психологічного втручання щодо пацієнтів із розладом нападоподібного переїдання.

### Відомості про авторів

**Сінкевич Інна Сергіївна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (098) 355-08-52. *E-mail: innesasinkevych@gmail.com*  
ORCID: 0000-0003-2145-387X  
**Хаустова Олена Олександрівна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (063) 801-88-38. *E-mail: 7974247@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-8262-5252

### Information about the authors

**Sinkevich Inna S.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (098) 355-08-52. *E-mail: innesasinkevych@gmail.com*  
ORCID: 0000-0003-2145-387X  
**Khaustova Olena O.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (063) 801-88-38. *E-mail: 7974247@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-8262-5252

### ПОСИЛАННЯ

- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) [Internet]. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Burton AL, Abbott MJ. Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behavior Change*. 2017;34(3):168-98. doi: 10.1017/bec.2017.12.
- Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021;21(6):206. doi: 10.1186/s12911-021-01534-6.
- Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers*. 2022;8(1):16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
- Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health*. 2002;31(2):166-75. doi: 10.1016/s1054-139x(02)00368-3.
- Yuryeva L, Ogorenko V, Shornikov A. Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict. *Psychosomatic Med General Pract*. 2022;7(1). doi: 10.26766/pmgp.v7i1.355.
- Racine SE, Horvath SA. Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. *Eating Disorders*. 2018;26(1):13-25. doi: 10.1080/10640266.2018.1418381.
- Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):610-9. doi: 10.1002/eat.22316.
- Ribeiro M, Conceição E, Vaz AR, Machado PP. The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *Eur Eat Disord Rev*. 2014;22(3):185-90. doi: 10.1002/erv.2283.
- Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;(9):17-30. doi: 10.2147/AHMT.S148050.
- Kolar DR, Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):363-71. doi: 10.1097/YCO.0000000000000279.
- Sinkevych I. Disordered eating: current knowledge and psychological aspects. *Psychosomatic Med General Pract*. 2023;7(2). doi: 10.26766/pmgp.v7i2.354.
- Prete A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43(14):1125-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.

Стаття надійшла до редакції 03.02.2025. – Дата першого рішення 10.02.2025. – Стаття подана до друку 1.03.2025