

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Особливості емоційних станів в осіб з компульсивним  
переїданням»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Сергієнко Софія Сергіївна

**Керівник:** Абасалієва О.М., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Шейко А.О., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки;

Соколова І.М., д. психол.н., професор

кафедри сексології, психотерапії та

медичної психології

## ЗМІСТ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ВСТУП</b>   | <b>3</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПРИ КОМПУЛЬСИВНОМУ ПЕРЕЇДАННІ</b>        | <b>8</b>  |
| 1.1. Емоційні стани як психологічна категорія  | 8         |
| 1.2. Компульсивне переїдання як форма порушеної харчової поведінки                                   | 12        |
| 1.3. Емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням   | 17        |
| 1.4. Теоретичні моделі взаємозв'язку емоційних станів і компульсивного переїдання                    | 21        |
| <b>Висновки до розділу 1</b>   | <b>29</b> |
| <b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b>                                     | <b>32</b> |
| 2.1. Мета, завдання та логіка емпіричного дослідження  | 32        |
| 2.2. Характеристика вибірки дослідження  | 33        |
| 2.3. Методи та методики дослідження емоційних станів і компульсивного переїдання                     | 34        |
| 2.4. Процедура проведення дослідження  | 36        |
| 2.5. Методи математико-статистичної обробки даних  | 38        |
| <b>Висновки до розділу 2</b>   | <b>39</b> |
| <b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>                            | <b>42</b> |
| 3.1. Аналіз показників емоційних станів у осіб з компульсивним переїданням                           | 42        |
| 3.2. Порівняльний аналіз емоційних станів у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням            | 50        |
| 3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками компульсивного переїдання та емоційної сфери | 59        |
| 3.4 Практичні рекомендації   | 63        |
| <b>Висновки до розділу 3</b>   | <b>72</b> |
| <b>ВИСНОВКИ</b>  | <b>75</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>  | <b>78</b> |
| <b>ДОДАТКИ</b>   | <b>82</b> |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У сучасній клінічній психології розлади харчової поведінки розглядаються як багатоконпонентні психічні порушення, що формуються на перетині емоційних, когнітивних, поведінкових і соціальних чинників. Однією з найбільш поширених та водночас недостатньо диференційовано вивчених форм порушень харчової поведінки є компульсивне переїдання, яке характеризується повторюваними епізодами втрати контролю над прийомом їжі без подальших компенсаторних дій. Згідно з сучасними клінічними уявленнями, компульсивне переїдання часто супроводжується вираженим психоемоційним дистресом, підвищеним рівнем тривожності, депресивними проявами, почуттям сорому та провини, а також труднощами емоційної саморегуляції.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що емоційні стани відіграють провідну роль у виникненні та підтриманні компульсивного переїдання, виступаючи як безпосередні тригери поведінкових зривів, так і як фонові чинники хронічного психологічного напруження. У клінічній практиці компульсивне переїдання дедалі частіше розглядається не лише як порушення харчової поведінки, а як дезадаптивний спосіб регуляції емоцій, що виникає в умовах недостатньо сформованих навичок усвідомлення, диференціації та конструктивного переживання емоційних станів.

Особливої уваги потребує проблема гендерних відмінностей у переживанні емоційних станів при компульсивному переїданні. Наявні дані свідчать про те, що жінки та чоловіки можуть відрізнятися як за емоційною реактивністю, так і за характером емоційної дисрегуляції, однак у вітчизняних дослідженнях ці відмінності залишаються недостатньо висвітленими. Вивчення особливостей емоційних станів у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням є важливим для уточнення клінічних моделей розладу та підвищення ефективності психологічної допомоги.

Таким чином, дослідження особливостей емоційних станів в осіб з компульсивним переїданням, з урахуванням гендерного аспекту та клінічно значущих показників емоційної регуляції, є актуальним як у теоретичному, так і в практичному вимірах клінічної психології.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Проблема емоційних станів та їх ролі у формуванні психічних розладів широко представлена у працях вітчизняних і зарубіжних науковців. Теоретичні засади вивчення емоцій та емоційних станів розроблялися у працях Л. С. Виготського, О. М. Леонтьєва, С. Л. Рубінштейна, П. В. Симонова, а також у сучасних дослідженнях К. Ізарда, Р. Лазаруса, А. Бека. Питання емоційної регуляції та дисрегуляції як чинників психопатології розкриті у роботах Дж. Гросса, К. Гратца, Л. Ремера та інших дослідників.

Компульсивне переїдання як окрема форма порушеної харчової поведінки ґрунтовно досліджується у межах клінічної психології та психіатрії. Значний внесок у розуміння психологічних механізмів компульсивного переїдання зробили А. Бек, К. Ферберн, Дж. Гормаллі, С. Вілфлі, Р. Грілло. У їхніх працях компульсивне переїдання розглядається як поведінкова стратегія зниження емоційного напруження, тісно пов'язана з тривогою, депресивними станами, алекситимією та порушеннями саморегуляції.

Водночас аналіз сучасних наукових джерел свідчить про недостатню кількість комплексних емпіричних досліджень, спрямованих на системний аналіз емоційних станів осіб з компульсивним переїданням з урахуванням гендерних відмінностей та клінічно значущих параметрів емоційної регуляції. Це зумовлює необхідність подальшого поглибленого вивчення даної проблематики.

**Метою дослідження** є виявлення та аналіз особливостей емоційних станів у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням та визначення їх взаємозв'язку з рівнем емоційної дисрегуляції.

Для досягнення поставленої мети у роботі передбачено виконання таких завдань:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення емоційних станів у клінічній психології.
2. Розкрити психологічну сутність компульсивного переїдання та його емоційні механізми.
3. Дослідити рівень вираженості компульсивного переїдання у жінок і чоловіків.
4. Визначити особливості тривожних та депресивних станів у досліджуваних групах.
5. Проаналізувати рівень емоційної дисрегуляції та алекситимії у осіб з компульсивним переїданням.
6. Виявити гендерні відмінності в показниках емоційних станів та емоційної регуляції.
7. Встановити взаємозв'язки між емоційними станами та проявами компульсивного переїдання.
8. Розробити практичні рекомендації для психологічної роботи з особами з компульсивним переїданням.

**Об'єкт дослідження.** Емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням.

**Предмет дослідження.** Особливості емоційних станів, емоційної дисрегуляції та алекситимії у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням.

**Гіпотеза дослідження.** Передбачається, що особи з компульсивним переїданням характеризуються підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів та емоційної дисрегуляції, які мають статистично значущі зв'язки з вираженістю компульсивного переїдання. Очікується, що між жінками та чоловіками з компульсивним переїданням існують відмінності в характері емоційних станів та рівні труднощів емоційної регуляції.

## **Методи дослідження**

**Теоретичні методи.** Аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми емоційних станів, розладів харчової поведінки та емоційної регуляції.

### **Емпіричні методи:**

1. Binge Eating Scale (BES) – для оцінки рівня компульсивного переїдання;
2. Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) – для вимірювання ситуативної та особистісної тривожності;
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – для оцінки тривожних і депресивних проявів;
4. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) – для дослідження емоційної дисрегуляції;
5. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) – для визначення рівня алекситимії.

**Математико-статистичні методи.** Методи описової статистики, перевірка нормальності розподілу, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок або U-критерій Манна–Уїтні, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона або Спірмена.

**Наукова новизна** полягає у комплексному вивченні емоційних станів осіб з компульсивним переїданням з урахуванням гендерних відмінностей та клінічно значущих показників емоційної дисрегуляції й алекситимії. У роботі уточнено роль емоційної дисрегуляції як психологічного механізму підтримання компульсивного переїдання.

**Практичне значення роботи.** Результати дослідження можуть бути використані у практиці клінічних психологів та психотерапевтів для діагностики емоційних порушень у осіб з компульсивним переїданням, а також при розробці психокорекційних і психотерапевтичних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційної регуляції.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати дослідження були представлені у доповідях на науково-практичних конференціях та обговорені на засіданнях кафедри.

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи відповідає вимогам до кваліфікаційних робіт такого типу.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПРИ КОМПУЛЬСИВНОМУ ПЕРЕЇДАННІ

#### 1.1. Емоційні стани як психологічна категорія

У сучасній психології емоційні стани розглядаються як складна та багатовимірна категорія, що відображає динамічні особливості психічного життя людини та визначає специфіку її реагування на внутрішні й зовнішні умови. Емоційні стани займають проміжне місце між ситуативними емоційними реакціями та відносно стійкими особистісними властивостями, поєднуючи у собі риси процесуальності, тривалості та інтегративності.

Поняття емоційних станів формується на перетині досліджень емоцій, афектів і настроїв. У класичних психологічних підходах емоційні стани визначаються як відносно тривалі, цілісні переживання, що відображають загальний рівень психічної активності особистості та її ставлення до актуальної життєвої ситуації. На відміну від короткочасних емоційних реакцій, емоційні стани характеризуються більшою стабільністю та впливають на широкий спектр психічних процесів і поведінкових проявів [3].

У працях Л. С. Виготського емоційні стани розглядалися як системні утворення, тісно пов'язані з мотиваційною та смисловою сферами особистості. С. Л. Рубінштейн підкреслював, що емоційні стани не є пасивним відображенням подій, а виступають активною формою ставлення людини до дійсності, визначаючи характер її діяльності. О. М. Леонтьєв розглядав емоційні стани у контексті діяльнісного підходу, наголошуючи на їхній ролі як внутрішніх регуляторів поведінки та показників задоволення або фрустрації потреб [20].

У сучасних клініко-психологічних дослідженнях емоційні стани розглядаються як інтегральні психічні феномени, що об'єднують афективний, когнітивний, фізіологічний та поведінковий компоненти. Такий багатовимірний підхід дозволяє розуміти емоційні стани не лише як

суб'єктивні переживання внутрішнього світу людини, але і як динамічні регуляторні системи, що визначають характер реагування особистості на зовнішні та внутрішні події. Емоційні стани відображають рівень адаптації індивіда до середовища, виступають індикаторами психологічного благополуччя та мають безпосередній вплив на процеси саморегуляції, прийняття рішень і поведінковий вибір [41].

У психологічній науці сформувалося декілька підходів до класифікації емоційних станів, які ґрунтуються на різних теоретичних і методологічних критеріях. Одним із найбільш поширених є поділ емоційних станів за тривалістю та інтенсивністю. Відповідно до цього підходу виокремлюють короткочасні афективні стани, які характеризуються високою інтенсивністю та нетривалим перебігом, середньотривалі емоційні стани, зокрема тривогу, емоційне напруження, пригніченість, а також відносно стійкі фонові стани, що можуть зберігатися протягом тривалого часу та визначати загальний емоційний фон особистості. Саме фонові емоційні стани відіграють важливу роль у формуванні хронічного емоційного дистресу та створюють передумови для розвитку психічних і поведінкових порушень [28].

Іншим значущим критерієм класифікації є валентність емоційних станів, відповідно до якої розрізняють позитивні, негативні та амбівалентні стани. Позитивні емоційні стани пов'язані з переживанням задоволення, спокою, радості, внутрішньої рівноваги та сприяють активності, творчості й адаптації особистості. Негативні емоційні стани, зокрема тривога, страх, сором, провина, депресивні переживання, виконують сигнальну функцію у короткостроковій перспективі, однак за умов їх надмірної інтенсивності або хронізації можуть ставати чинниками дезадаптації, зниження якості життя та формування психічних розладів. Амбівалентні емоційні стани поєднують суперечливі переживання і часто супроводжують складні внутрішні конфлікти [7].

У клінічній психології особливого значення набуває класифікація емоційних станів за рівнем адаптивності. З цієї позиції розрізняють адаптивні

емоційні стани, які сприяють мобілізації психологічних ресурсів, ефективному подоланню труднощів і гнучкій перебудові поведінки, та дезадаптивні емоційні стани, що характеризуються надмірною інтенсивністю, тривалістю або неадекватністю ситуації. Саме дезадаптивні емоційні стани часто виступають фоном для формування порушень саморегуляції та різних форм дезадаптивної поведінки, зокрема розладів харчової поведінки [16].

Емоційні стани виконують низку фундаментальних функцій у регуляції поведінки та психічної діяльності особистості, забезпечуючи її адаптацію до змінних умов зовнішнього та внутрішнього середовища. Передусім вони реалізують сигнальну функцію, інформуючи людину про значущість подій, ступінь задоволення актуальних потреб, наявність загрози або безпеки, а також про відповідність ситуації очікуванням та індивідуальним цінностям. Завдяки цій функції емоційні стани виконують роль своєрідних «індикаторів» психологічного благополуччя або неблагополуччя, спрямовують увагу на найбільш важливі стимули, визначають пріоритети діяльності та істотно впливають на когнітивну оцінку ситуації [22].

Важливою є також регуляторна функція емоційних станів, яка проявляється у їх здатності впливати на процеси прийняття рішень, вибір поведінкових стратегій, рівень самоконтролю та контроль імпульсивних реакцій. У нормі емоційні стани забезпечують гнучку, ситуаційно доцільну адаптацію поведінки, сприяють узгодженню внутрішніх потреб особистості з вимогами середовища та дозволяють своєчасно коригувати дії відповідно до змін емоційного фону. Водночас за умов порушення емоційної регуляції емоційні стани можуть втрачати свою адаптивну роль і перетворюватися на чинник дезорганізації поведінки, сприяючи формуванню імпульсивних, унікальних або компульсивних патернів реагування [39].

Не менш значущою є мотиваційна функція емоційних станів, яка полягає у визначенні рівня активності, спрямованості та наполегливості дій особистості. Позитивні емоційні переживання здатні підсилювати мотивацію

до досягнення цілей, підтримувати ініціативність і залученість у діяльність, тоді як негативні емоційні стани можуть знижувати мотиваційний потенціал, формувати пасивність, уникання або дезадаптивні форми поведінки. У клінічній площині це має особливе значення для розуміння механізмів підтримання залежних та компульсивних форм поведінки, коли певна дія починає виконувати функцію швидкого відновлення емоційного балансу [2].

Крім того, емоційні стани виконують комунікативну та соціально-регуляторну функції, впливаючи на міжособистісну взаємодію, якість соціальних контактів і спосіб вираження внутрішніх переживань. Через емоційні реакції особистість сигналізує оточенню про свої потреби, межі та внутрішній стан, а також отримує зворотний зв'язок, який може або знижувати, або підсилювати емоційне напруження. За наявності труднощів емоційної усвідомленості та вербалізації почуттів ці функції реалізуються неповноцінно, що може сприяти накопиченню внутрішнього напруження та пошуку альтернативних, непрямих способів емоційної розрядки. [11]

У контексті компульсивного переїдання емоційні стани набувають особливої ролі, оскільки їжа починає виконувати функцію доступного й швидкого регулятора негативних переживань. За умов хронічного емоційного дистресу, підвищеної тривожності або депресивних тенденцій компульсивне переїдання стає способом тимчасового зниження напруження, відволікання від неприємних емоцій та відновлення суб'єктивного відчуття контролю. Проте така форма регуляції має короткочасний ефект і в довготривалій перспективі сприяє закріпленню дезадаптивних патернів поведінки, що підкреслює важливість розуміння функціональної ролі емоційних станів у структурі психологічних порушень.

Емоційні стани є ключовим компонентом психологічної саморегуляції, а порушення їх функціонування створює підґрунтя для формування компульсивних форм поведінки. Це зумовлює необхідність цілеспрямованого вивчення емоційної сфери та механізмів емоційної регуляції у осіб з

компульсивним переїданням як теоретично, так і в межах прикладних психокорекційних підходів [2].

Таким чином, емоційні стани виступають ключовою психологічною категорією, що поєднує переживання, регуляцію та поведінку особистості. Їхній аналіз створює важливе теоретичне підґрунтя для подальшого вивчення компульсивного переїдання як емоційно зумовленої форми порушеної поведінки, що має принципове значення для клінічної психології, психодіагностики та психотерапевтичної практики.

## **1.2. Компульсивне переїдання як форма порушеної харчової поведінки**

Компульсивне переїдання у сучасній клінічній психології розглядається як одна з форм порушеної харчової поведінки, що має складну багатофакторну природу та тісно пов'язана з емоційною сферою особистості. Зростання поширеності даного розладу, його коморбідність з афективними та тривожними порушеннями, а також значний вплив на психічне та соматичне здоров'я зумовлюють підвищений інтерес науковців і практиків до проблеми компульсивного переїдання.

Компульсивне переїдання визначається як повторювані епізоди споживання великої кількості їжі за відносно короткий проміжок часу, що супроводжуються суб'єктивним відчуттям втрати контролю над процесом харчування. Ключовою характеристикою компульсивного переїдання є не стільки об'єктивний обсяг їжі, скільки переживання нездатності припинити їжу або контролювати її кількість та темп [12].

У сучасних класифікаціях психічних розладів компульсивне переїдання розглядається як самостійний діагностичний розлад, що має чітко визначені клінічні та психологічні критерії. Відповідно до сучасних діагностичних підходів, епізоди компульсивного переїдання характеризуються повторюваними періодами неконтрольованого вживання їжі, які супроводжуються низкою психологічних і поведінкових проявів. До них

належать прискорене споживання їжі, вживання їжі до появи вираженого фізичного дискомфорту, харчування за відсутності фізіологічного відчуття голоду, а також схильність до вживання їжі наодинці через почуття сорому. Після епізодів переїдання, як правило, виникають інтенсивні переживання провини, сорому, відрази до себе та власної поведінки, що посилює загальний рівень психоемоційного дистресу [10].

Важливою та принциповою діагностичною ознакою компульсивного переїдання є відсутність регулярних компенсаторних форм поведінки, зокрема самовикликаного блювання, зловживання проносними засобами або надмірної фізичної активності. Саме цей критерій дозволяє відмежувати компульсивне переїдання від нервової булімії та розглядати його як окрему клінічну нозологію.

У клінічній психології наголошується, що компульсивне переїдання не слід інтерпретувати як наслідок слабкої волі, недостатньої самодисципліни чи низької мотивації до здорового способу життя. Натомість воно постає як складний психічний феномен, тісно пов'язаний із порушеннями емоційної регуляції, хронічним емоційним напруженням та труднощами усвідомлення й опрацювання власних емоційних станів. Такий підхід дозволяє змістити фокус з поведінкової оцінки на глибший психологічний аналіз механізмів формування порушення.

Важливим завданням клінічної психології є чітке відмежування компульсивного переїдання від інших форм розладів харчової поведінки, насамперед нервової булімії та нервової анорексії. На відміну від нервової булімії, компульсивне переїдання не супроводжується циклом «переїдання – компенсація», який включає систематичні дії, спрямовані на запобігання збільшенню маси тіла. Відсутність таких компенсаторних механізмів є ключовою діагностичною характеристикою, що визначає специфіку клінічного перебігу компульсивного переїдання [13].

Компульсивне переїдання також суттєво відрізняється від нервової анорексії, для якої характерні жорсткі обмеження у харчуванні, інтенсивний

страх збільшення маси тіла та спотворене сприйняття образу власного тіла. У випадку компульсивного переїдання центральним патогенетичним механізмом виступає не надмірний контроль, а навпаки – втрата контролю над харчовою поведінкою, яка найчастіше виникає в умовах підвищеного емоційного напруження.

Окрім цього, компульсивне переїдання необхідно відмежовувати від епізодичного переїдання, яке може спостерігатися у психічно здорових осіб у відповідь на ситуативні чинники, такі як соціальні події або підвищене навантаження [19]. На відміну від клінічного розладу, епізодичне переїдання не супроводжується стійким психологічним дистресом, почуттям втрати контролю та значущим порушенням повсякденного функціонування. У клінічному контексті саме регулярність епізодів, їхній тісний зв'язок з емоційними станами та негативні наслідки для психічного благополуччя є підставами для діагностики компульсивного переїдання.

Психологічні механізми формування компульсивного переїдання мають багаторівневий характер і охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Одним із провідних механізмів вважається емоційна дисрегуляція, яка проявляється у труднощах усвідомлення, диференціації та прийняття власних емоційних переживань. У ситуаціях підвищеного емоційного напруження їжа використовується як швидкий, доступний та соціально прийнятний спосіб зниження дистресу [23].

Важливу роль у формуванні компульсивного переїдання відіграють негативні емоційні стани, зокрема тривога, пригніченість, самотність, сором і внутрішня напруга. Тимчасове зменшення інтенсивності цих переживань під час вживання їжі виконує функцію негативного підкріплення, що сприяє закріпленню компульсивної поведінки та її повторюваності. Після завершення епізоду переїдання негативні емоційні стани, як правило, повертаються або посилюються, формуючи замкнене коло дезадаптивної регуляції.

Суттєвим психологічним чинником компульсивного переїдання є алекситимія, яка обмежує здатність особистості ідентифікувати, диференціювати, вербалізувати та усвідомлено проживати власні емоційні стани. За наявності алекситимічних проявів емоційні переживання залишаються недостатньо усвідомленими або сприймаються переважно через тілесні відчуття напруження, дискомфорту чи неспокою, що ускладнює їх психологічне опрацювання. У таких умовах людина фактично втрачає доступ до конструктивних способів емоційної підтримки та регуляції, зокрема до рефлексії, вербалізації почуттів, звернення по соціальну підтримку або використання когнітивних стратегій подолання стресу [12].

У результаті харчова поведінка набуває компенсаторної та регуляторної функції, заміщуючи усвідомлене емоційне переживання. Їжа починає виконувати роль універсального «модулятора» внутрішнього стану, забезпечуючи короточасне зниження напруження та створюючи ілюзію емоційного полегшення. Проте відсутність усвідомленого контакту з емоціями призводить до того, що базові емоційні потреби залишаються незадоволеними, а компульсивне переїдання закріплюється як автоматизована форма реагування на будь-який дискомфортний внутрішній стан [17].

Важливу роль у підтриманні компульсивного переїдання відіграють також когнітивні спотворення, які спотворюють інтерпретацію власного досвіду та посилюють негативне емоційне реагування. Зокрема, дихотомічне мислення («все або нічого») сприяє формуванню жорстких оцінок власної поведінки, коли навіть незначне відхилення від очікуваного харчового режиму сприймається як повний провал. Катастрофізація підсилює уявлення про незворотність наслідків переїдання та формує відчуття безпорадності, тоді як надмірна самокритика сприяє внутрішній стигматизації, зниженню самооцінки та посиленню афективного дистресу.

Після епізодів переїдання ці когнітивні спотворення активізуються особливо інтенсивно, що призводить до наростання почуття провини, сорому

та самозвинувачення. У свою чергу, ці емоційні стани підвищують загальний рівень психологічного напруження та формують замкнений патологічний цикл, у межах якого компульсивне переїдання використовується як спосіб тимчасового зниження дистресу, але одночасно стає чинником його подальшого посилення. Таким чином, когнітивні спотворення не лише є наслідком епізодів переїдання, а й виконують функцію їх підтримання та хронізації [4].

У клінічному та психотерапевтичному контексті поєднання алекситимії та когнітивних спотворень створює особливо вразливу структуру психологічного функціонування, у межах якої особистість позбавлена ефективних інструментів усвідомленої емоційної регуляції. Це обумовлює необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги при компульсивному переїданні, який передбачає не лише роботу з поведінковими аспектами харчування, але й розвиток емоційної усвідомленості, формування навичок вербалізації почуттів, а також корекцію дисфункційних когнітивних схем і установок.

Алекситимія та когнітивні спотворення виступають взаємопов'язаними психологічними чинниками, що відіграють ключову роль у формуванні та підтриманні компульсивного переїдання. Їх урахування є принципово важливим як для теоретичного осмислення феномену, так і для побудови ефективних психокорекційних і психотерапевтичних програм, спрямованих на відновлення здатності до усвідомленої та адаптивної емоційної регуляції.

Отже, компульсивне переїдання доцільно розглядати як дезадаптивну форму поведінки, що формується на ґрунті порушень емоційної регуляції та виконує функцію короточасного зниження емоційного напруження. Усвідомлення психологічних механізмів формування компульсивного переїдання є необхідною теоретичною основою для подальшого аналізу емоційних станів осіб з даним порушенням і розробки ефективних психокорекційних та психотерапевтичних підходів у межах клінічної психології.

### 1.3. Емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням

Емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням характеризується підвищеною вразливістю до негативних емоційних станів, труднощами їх усвідомлення та регуляції, а також схильністю до використання дезадаптивних способів зниження психоемоційного напруження. У клінічній психології компульсивне переїдання дедалі частіше розглядається як поведінковий симптом, що відображає глибинні порушення емоційної саморегуляції та хронічний внутрішній дистрес.

Однією з провідних характеристик емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням є підвищений рівень тривожності, який може проявлятися як у формі ситуативної емоційної реакції, так і у вигляді відносно стійкої особистісної тривожності. У повсякденному житті це може виявлятися у постійному внутрішньому напруженні, очікуванні негативних подій, труднощах розслаблення навіть у безпечних умовах. Наприклад, людина може відчувати тривогу після робочого дня, конфлікту або соціальної взаємодії, не завжди чітко усвідомлюючи її причину, але переживаючи тілесні симптоми – напруження у м'язах, прискорене серцебиття, відчуття «порожнечі» або внутрішнього тиску [10].

Тривога у таких осіб часто має дифузний характер, не пов'язується з конкретною загрозою та супроводжується відчуттям психічної перевантаженості. У клінічному контексті подібні тривожні стани нерідко виступають безпосередніми тригерами епізодів компульсивного переїдання. Наприклад, після напруженого робочого дня або переживання невизначеності людина може автоматично звертатися до їжі як до способу швидкого заспокоєння, оскільки процес вживання їжі тимчасово знижує рівень тривожного збудження та створює ілюзію емоційного комфорту.

Поряд із тривожністю у осіб з компульсивним переїданням нерідко виявляються депресивні стани, які проявляються пригніченим настроєм, емоційною спустошеністю, зниженням життєвого тону та втратою

здатності переживати задоволення. У практиці це може виглядати як відсутність інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, відчуття «емоційної порожнечі», втоми ще до початку дня. Депресивна симптоматика може мати як субклінічний характер, так і досягати клінічно значущого рівня, посилюючи загальний психоемоційний дистрес [22].

У таких випадках компульсивне переїдання часто виконує функцію тимчасової компенсації емоційного дефіциту. Наприклад, солодка або калорійна їжа може на короткий час викликати відчуття полегшення, тепла чи навіть задоволення, однак після завершення епізоду переїдання депресивний фон зазвичай повертається або посилюється, що підкреслює неефективність цього способу регуляції у довготривалій перспективі.

Важливим компонентом емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням є хронічне емоційне напруження. Воно формується внаслідок постійного переживання стресу, внутрішніх конфліктів, невідповідності між власними очікуваннями та реальними можливостями, а також труднощів соціальної адаптації. У таких умовах навіть незначні стресові події – критичне зауваження, побутові проблеми, відчуття самотності – можуть запускати компульсивні поведінкові реакції, оскільки психіка вже перебуває у стані перевантаження [22].

Значущу роль у підтриманні компульсивного переїдання відіграють самоспрямовані негативні емоції, зокрема почуття провини та сорому. Після епізодів переїдання особи часто переживають інтенсивне самозвинувачення, думки на кшталт «я знову не втримався», «зі мною щось не так», «я слабкий». Сором у цьому контексті має особливо руйнівний характер, оскільки спрямований не лише на окрему поведінку, а на особистість загалом, формуючи відчуття власної «недостатності» або «дефектності».

Хронічне переживання провини та сорому поступово призводить до зниження самооцінки та формування негативного образу «Я». Особи з компульсивним переїданням часто характеризуються жорсткою внутрішньою критикою, завищеними вимогами до себе та низьким рівнем

самоприйняття. Наприклад, будь-який зрив у харчуванні може сприйматися як доказ особистісної неспроможності, що знижує віру у можливість змін і підвищує емоційну вразливість [13].

У клінічній перспективі компульсивне переїдання доцільно розглядати як процес, що розгортається у межах замкненого циклу «емоційний дистрес – переїдання – провина і сором», у якому негативні емоційні переживання не редукуються, а, навпаки, поступово посилюються. Початковим пусковим чинником цього циклу зазвичай виступають інтенсивні негативні емоційні стани, такі як тривога, емоційна напруга, самотність, фрустрація або внутрішня порожнеча. За відсутності ефективних навичок емоційної саморегуляції ці стани переживаються як надмірно інтенсивні та суб'єктивно некеровані, що спонукає особистість до пошуку швидкого способу їх зниження [5].

На цьому етапі переїдання починає виконувати функцію тимчасового емоційного регулятора. Вживання їжі, особливо висококалорійної або так званої «комфортної», супроводжується короткочасним зниженням напруження, відволіканням від тривожних думок і формуванням відчуття полегшення. Наприклад, у ситуації емоційного перевантаження після конфлікту або робочого стресу людина може вдаватися до неконтрольованого споживання їжі з метою «заспокоїтися» або «переключитися», не усвідомлюючи реальних емоційних потреб, що стоять за цією поведінкою [5].

Однак після завершення епізоду переїдання на перший план виходять почуття провини, сорому та самозвинувачення, які пов'язані з усвідомленням втрати контролю над власною поведінкою, невідповідністю соціальним або внутрішнім стандартам та негативним ставленням до власного тіла. Ці вторинні емоційні реакції не лише не компенсують попередній дистрес, а й суттєво підвищують його інтенсивність. Кожен наступний епізод переїдання підкріплює відчуття безпорадності та знижує віру у власну здатність

контролювати поведінку, що, у свою чергу, збільшує ймовірність повторення компульсивних дій у майбутньому.

Ключовим психологічним механізмом, який пояснює стійкість і самопідтримувальний характер цього циклу, є емоційна дисрегуляція. Вона проявляється у недостатній здатності усвідомлювати власні емоційні стани, диференціювати їх та приймати без уникання або негайної спроби їх усунути. Особи з компульсивним переїданням часто не можуть чітко назвати, що саме вони відчувають у момент емоційного напруження, описуючи свій стан узагальненими поняттями на кшталт «погано», «важко» або «некомфортно». За таких умов емоції сприймаються як загрозові та такі, що потребують негайного зниження будь-якими доступними засобами.

Характерною особливістю емоційної дисрегуляції є обмежений репертуар адаптивних способів зниження емоційного напруження. Замість вербалізації почуттів, звернення по соціальну підтримку, використання технік самозаспокоєння або когнітивної переоцінки ситуації особистість звертається до їжі як до найбільш швидкого, доступного та соціально прийняттого способу впливу на емоційний стан. Наприклад, замість того щоб усвідомити і проговорити почуття самотності або тривоги, людина автоматично шукає їжу як спосіб заповнити внутрішню порожнечу або знизити напруження [26].

Емоційна дисрегуляція також тісно пов'язана з імпульсивністю у стані сильних переживань, труднощами відтермінування реакцій та зниженням когнітивного контролю. У моменти інтенсивного емоційного збудження здатність до раціональної оцінки ситуації та прогнозування наслідків різко знижується, а поведінкові реакції набувають автоматизованого характеру. Харчова поведінка в таких умовах перестає бути усвідомленим вибором і перетворюється на стереотипну, мало контрольовану дію, що відповідає компульсивному типу реагування.

Компульсивне переїдання функціонує не як ізольована поведінкова проблема, а як частина складної системи емоційної дисрегуляції, у межах

якої переїдання виконує функцію короточасного полегшення, але водночас підтримує та поглиблює емоційний дистрес. Усвідомлення цього механізму має принципове значення для побудови ефективних психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих не лише на корекцію харчової поведінки, а й на розвиток навичок усвідомлення, прийняття та адаптивної регуляції емоційних станів.

Таким чином, емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням характеризується складним поєднанням підвищеної тривожності, депресивних проявів, хронічного емоційного напруження, самоспрямованих негативних емоцій і порушень емоційної регуляції. Усвідомлення цих особливостей є принципово важливим для клінічної інтерпретації компульсивного переїдання та створює теоретичне й практичне підґрунтя для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на відновлення адаптивних механізмів емоційної саморегуляції.

#### **1.4. Теоретичні моделі взаємозв'язку емоційних станів і компульсивного переїдання**

У сучасній клінічній психології взаємозв'язок емоційних станів і компульсивного переїдання пояснюється в межах кількох теоретичних моделей, які акцентують увагу на різних, але взаємодоповнювальних механізмах формування та підтримання порушеної харчової поведінки. Найбільш концептуально значущими для даного дослідження є когнітивно-поведінкова модель, афективно-регуляторний підхід та біопсихосоціальна модель.

Когнітивно-поведінкова модель розглядає компульсивне переїдання як результат взаємодії дисфункційних когнітивних схем, негативних емоційних станів та дезадаптивних поведінкових стратегій. У межах цього підходу емоційні стани трактуються не лише як безпосередня реакція на зовнішні події, але й як наслідок суб'єктивної інтерпретації цих подій через призму

стійких когнітивних переконань, установок і очікувань. Таким чином, ключову роль відіграє не сама ситуація, а спосіб її когнітивного осмислення, який визначає емоційне реагування та подальшу поведінку [13].

Згідно з положеннями, сформульованими у працях А. Бека, емоційні розлади пов'язані з функціонуванням негативних автоматичних думок і дисфункційних когнітивних схем, що формуються на основі раннього досвіду та закріплюються у процесі розвитку особистості. Для осіб з компульсивним переїданням типовими є такі когнітивні спотворення, як дихотомічне мислення («або я повністю контролюю харчування, або повністю втрачаю контроль»), катастрофізація («якщо я переїв, це означає, що все зіпсовано»), надмірна самокритика та глобальні негативні судження про себе («я слабкий», «я не здатний контролювати себе») [34].

Подібні когнітивні установки сприяють формуванню інтенсивних негативних емоційних реакцій, зокрема тривоги, пригніченості, сорому та почуття безпорадності. Наприклад, незначне відхилення від харчового плану може інтерпретуватися як повна поразка, що викликає різке зростання емоційного напруження. У таких умовах компульсивне переїдання використовується як поведінкова стратегія швидкого зниження дистресу, оскільки процес вживання їжі тимчасово відволікає від негативних думок і емоцій та створює ілюзію заспокоєння.

У когнітивно-поведінковій перспективі важливу роль відіграє механізм негативного підкріплення: зниження емоційного напруження після переїдання підсилює ймовірність повторення цієї поведінки у майбутньому. Водночас після завершення епізоду компульсивного переїдання активізуються нові хвилі самокритики, почуття провини та сорому, що знову підвищує рівень дистресу і сприяє формуванню замкненого патологічного кола.

Розширена когнітивно-поведінкова модель компульсивного переїдання, запропонована К. Ферберн, акцентує увагу на ролі надцінної значущості контролю над вагою, тілом і харчуванням у поєднанні з підвищеною

емоційною вразливістю. Згідно з цією моделлю, самооцінка особистості значною мірою залежить від сприйняття власної зовнішності та здатності контролювати харчову поведінку. Будь-які труднощі у цій сфері сприймаються як загроза цілісності «Я», що провокує інтенсивні негативні емоційні стани.

У моделі К. Ферберн емоційні стани та компульсивна поведінка формують взаємопідтримувальний цикл. Підвищений рівень тривоги, пригніченості або емоційного напруження збільшує ризик переїдання, тоді як сам епізод компульсивного переїдання, попри короткочасне полегшення, згодом призводить до посилення негативних переживань, зниження самооцінки та відчуття втрати контролю. У результаті розлад не лише зберігається, а й поступово поглиблюється.

Таким чином, у межах когнітивно-поведінкової моделі компульсивне переїдання розглядається як наслідок стійких когнітивних спотворень та порушень емоційної регуляції, які реалізуються через дезадаптивні поведінкові стратегії. Цей підхід забезпечує чітке теоретичне підґрунтя для розуміння механізмів взаємозв'язку між емоційними станами та компульсивним переїданням і слугує основою для розробки ефективних психотерапевтичних інтервенцій у межах когнітивно-поведінкової терапії.

Афективно-регуляторний підхід зосереджується на емоційній дисрегуляції як центральному психологічному механізмі компульсивного переїдання [39]. У межах цього підходу компульсивна харчова поведінка розглядається не як первинна проблема, а як вторинна, дезадаптивна спроба регуляції емоційних станів, з якими особистість не має змоги впоратися іншими способами. Переїдання постає як поведінковий інструмент впливу на емоційний стан у ситуаціях інтенсивного або хронічного дистресу.

У цьому контексті особливого значення набувають труднощі усвідомлення та диференціації емоцій. Особи з компульсивним переїданням часто не здатні чітко розпізнати, що саме вони переживають – тривогу, сум, самотність чи внутрішню напругу, – і натомість фокусуються на тілесних

відчуттях або імпульсивному прагненні до їжі. Таким чином, емоційний дискомфорт не усвідомлюється на вербальному або когнітивному рівні, а трансформується у поведінкову реакцію.

Дослідники, зокрема К. Гратц та Л. Ромер, підкреслюють, що дефіцит навичок ідентифікації, прийняття та модулювання емоцій значно підвищує ризик імпульсивних форм поведінки в умовах емоційного напруження. Згідно з їхнім підходом, емоційна дисрегуляція включає не лише труднощі контролю інтенсивності емоцій, але й уникання емоційного досвіду, низьку толерантність до негативних переживань та обмежену здатність використовувати адаптивні стратегії саморегуляції.

У таких умовах їжа набуває функції «швидкого регулятора» емоційного стану. Процес споживання їжі тимчасово знижує інтенсивність негативних переживань, відволікає увагу від емоційного дискомфорту та створює короточасне відчуття заспокоєння або емоційної «порожнечі». Однак цей ефект є нестійким і не супроводжується конструктивним опрацюванням емоцій, що призводить до повторюваності компульсивної поведінки.

Афективно-регуляторний підхід має особливу цінність для клінічної психології, оскільки дозволяє пояснити, чому компульсивне переїдання зберігається навіть за наявності усвідомлення його негативних наслідків. У таких випадках когнітивне розуміння проблеми не супроводжується здатністю витримувати інтенсивні емоційні стани. Емоції не інтегруються у свідомий досвід, а «перекладаються» у тілесно-поведінкову площину через харчову поведінку, яка виконує функцію негайного зниження дистресу.

Біопсихосоціальна модель пропонує інтегративне бачення компульсивного переїдання, поєднуючи біологічні, психологічні та соціальні чинники його формування і підтримання [10]. У межах цієї моделі емоційні стани розглядаються як результат динамічної взаємодії нейробіологічних механізмів, індивідуально-психологічних особливостей та соціального контексту життя особистості.

Біологічний компонент охоплює особливості функціонування нейромедіаторних систем, пов'язаних із регуляцією емоцій і харчової мотивації, зокрема систем винагороди та стрес-реактивності. Індивідуальні відмінності у чутливості до стресу, емоційній реактивності та відновленні після напруження можуть створювати підґрунтя для використання їжі як засобу регуляції емоційного стану.

Психологічний рівень охоплює сукупність індивідуально-психологічних чинників, що визначають специфіку емоційного реагування та поведінкових стратегій особистості. До нього належать особливості емоційної регуляції, характерні когнітивні схеми та переконання, рівень тривожності й депресивних тенденцій, а також самоспрямовані емоції, зокрема сором і провина. Саме на цьому рівні відбувається формування відносно стійких патернів психічного функціонування, які визначають спосіб переживання емоційного напруження та вибір поведінкових реакцій у відповідь на стресові або фруструвальні ситуації.

Ключовим компонентом психологічного рівня є порушення емоційної регуляції, що проявляється у труднощах усвідомлення, прийняття та диференціації власних емоційних станів. За таких умов емоційні переживання сприймаються як надмірно інтенсивні, некеровані або загрозливі, що підвищує потребу у швидкому зниженні напруження. Відсутність сформованих навичок адаптивної саморегуляції сприяє закріпленню поведінкових стратегій, орієнтованих на негайне полегшення, серед яких компульсивне переїдання займає особливе місце завдяки своїй доступності та швидкому суб'єктивному ефекту.

Не менш значущими є когнітивні схеми та дисфункційні переконання, які формують спосіб інтерпретації власного досвіду та оцінки себе. Дихотомічне мислення, надмірна самокритика, катастрофізація та негативні уявлення про власну цінність сприяють формуванню внутрішнього тиску та зниженню самооцінки. У ситуаціях, коли особистість сприймає себе як «недостатньо хорошу» або «нездатну контролювати себе», будь-яке

відхилення від бажаної поведінки, зокрема епізод переїдання, інтерпретується як підтвердження власної неспроможності, що посилює емоційний дистрес і підтримує патологічний цикл.

Високий рівень тривожності та депресивних тенденцій також відіграє важливу роль у підтриманні компульсивного переїдання. Тривожні переживання підсилюють емоційну реактивність і знижують толерантність до фрустрації, тоді як депресивні стани асоціюються зі зниженням мотивації, відчуттям безнадійності та зменшенням ресурсів для свідомого контролю поведінки [3]. У поєднанні ці стани створюють фон хронічного емоційного напруження, у межах якого переїдання сприймається як один із небагатьох доступних способів самопідтримки.

Особливу роль на психологічному рівні відіграють самоспрямовані емоції, такі як сором і провина, які виникають у відповідь на порушення власних стандартів або соціальних очікувань. Ці емоції мають високу інтенсивність і тісно пов'язані з негативним образом Я, що сприяє формуванню унікальних стратегій та зниженню відкритості до звернення по допомогу. Парадоксально, але саме сором і провина, які виникають після епізодів переїдання, підвищують ймовірність повторних зривів, оскільки знову актуалізують потребу у швидкому зниженні емоційного напруження.

Таким чином, на психологічному рівні формується комплекс взаємопов'язаних чинників, у межах якого компульсивне переїдання закріплюється як звичний, автоматизований спосіб регуляції емоційного стану. Стійкість цього патерну зумовлена поєднанням емоційної дисрегуляції, дисфункційних когнітивних схем і афективного дистресу, що підкреслює необхідність спрямування психологічної допомоги не лише на поведінкові аспекти харчування, а й на глибинну роботу з емоційними та когнітивними процесами особистості.

Соціальний рівень охоплює систему зовнішніх впливів, у межах яких формується ставлення особистості до власного тіла, харчування та способів емоційного реагування. До цього рівня належать процеси соціалізації,

культурні норми щодо зовнішності та їжі, соціальний тиск, а також індивідуальний досвід міжособистісних стосунків. Саме соціальне середовище задає рамки прийнятності тіла, поведінки та емоційних проявів, які згодом інтеріоризуються та стають частиною внутрішніх регуляторів особистості.

Важливим соціальним чинником є стигматизація маси тіла та харчової поведінки, яка проявляється у вигляді критичних зауважень, знецінення, насмішок або непрямих сигналів неприйняття з боку оточення. Систематичне переживання стигматизації сприяє формуванню негативного образу тіла, зниженню самооцінки та посиленню самоспрямованих емоцій, таких як сором і провина [10]. У таких умовах харчова поведінка набуває не лише фізіологічного, а й психологічного значення, стаючи способом тимчасового зменшення емоційного болю та відновлення суб'єктивного відчуття безпеки.

Культурні норми щодо тіла та харчування також відіграють суттєву роль у підтриманні компульсивного переїдання. Соціальні ідеали стрункості, контрольованості та «правильного» харчування створюють постійний фон порівняння, у межах якого відхилення від цих стандартів сприймається як особистісна невдача. В умовах жорстких дієтичних настанов і моралізації їжі («корисне – шкідливе», «дозволене – заборонене») харчова поведінка легко переходить у поляризовані патерни, що підсилюють ризик зривів і компульсивних епізодів.

Соціальний тиск, пов'язаний із необхідністю відповідати очікуванням значущих інших, може посилювати емоційний дистрес та знижувати толерантність до фрустрації. Критика з боку близьких, відсутність емоційної підтримки або досвід відкидання у міжособистісних стосунках формують відчуття самотності, непотрібності та соціальної небезпеки. У таких ситуаціях звернення до їжі стає доступним і соціально прийнятним способом самопідтримки, який не потребує відкритої взаємодії з іншими та дозволяє тимчасово уникнути болісних соціальних переживань.

Особливе значення має досвід ранніх та актуальних міжособистісних стосунків, зокрема стиль прихильності та характер емоційної підтримки. Недостатність безпечних, підтримувальних стосунків або досвід емоційного нехтування можуть сприяти формуванню стійкої орієнтації на зовнішні засоби регуляції внутрішнього стану, серед яких їжа займає провідне місце. Компульсивне переїдання в цьому контексті виконує функцію «самозаспокоєння», частково компенсуючи дефіцит міжособистісної близькості та прийняття.

Соціальний рівень відіграє ключову роль у формуванні та підтриманні компульсивного переїдання, підсилюючи емоційний дистрес та впливаючи на вибір дезадаптивних способів його регуляції. Негативний соціальний досвід, стигматизація та тиск культурних стандартів створюють умови, у межах яких харчова поведінка закріплюється як доступне джерело само підтримки [22]. Це підкреслює необхідність урахування соціального контексту при розробці психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, спрямованих на роботу з компульсивним переїданням, а також важливість формування підтримувального, нестигматизуючого соціального середовища.

У межах біопсихосоціальної моделі компульсивне переїдання розглядається як результат кумулятивної дії множинних факторів, серед яких емоційні стани виступають ключовим пусковим і підтримувальним механізмом. Саме цей підхід дозволяє найбільш повно пояснити індивідуальні відмінності у перебігу компульсивного переїдання, варіативність клінічних проявів і різну чутливість до психотерапевтичних втручань, а також обґрунтовує необхідність комплексних, багаторівневих психологічних інтервенцій.

Таким чином, когнітивно-поведінкова модель, афективно-регуляторний підхід та біопсихосоціальна модель по-різному, але взаємодоповнювально пояснюють взаємозв'язок емоційних станів і компульсивного переїдання. Їх інтеграція створює теоретичне підґрунтя для емпіричного дослідження емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням та для подальшої

розробки ефективних клінічно орієнтованих програм психологічної допомоги.

## **Висновки до розділу 1**

У першому розділі здійснено теоретичне обґрунтування дослідження емоційних станів у осіб з компульсивним переїданням та визначено ключові психологічні механізми, що опосередковують зв'язок між емоційною сферою й порушеною харчовою поведінкою.

По-перше, показано, що емоційні стани в сучасній психології та клінічній психології розглядаються як інтегральні багатокомпонентні феномени, які поєднують афективні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові складові й виступають важливими регуляторами психічної діяльності та поведінки. Встановлено, що емоційні стани займають проміжне місце між ситуативними емоційними реакціями та відносно стійкими особистісними властивостями, впливаючи на мотивацію, самоконтроль, прийняття рішень і адаптаційні процеси. Узагальнення класичних і сучасних підходів (Л. С. Виготський, С. Л. Рубінштейн, О. М. Леонт'єв) дозволило підкреслити діяльнісно-смыслову природу емоційних станів та їхню роль як внутрішніх регуляторів поведінки.

По-друге, визначено, що компульсивне переїдання є самостійною клінічно значущою формою порушеної харчової поведінки, для якої характерні повторювані епізоди неконтрольованого споживання їжі та суб'єктивне відчуття втрати контролю. Обґрунтовано принципову діагностичну ознаку компульсивного переїдання – відсутність регулярної компенсаторної поведінки, що відмежовує його від нервової булімії, а також підкреслено відмінність від нервової анорексії, де домінує патологічний контроль харчування і спотворення образу тіла. Встановлено, що компульсивне переїдання не може пояснюватися лише вольовими або мотиваційними чинниками, оскільки має багаторівневу психологічну

природу, пов'язану з емоційною вразливістю, хронічним дистресом і порушеннями саморегуляції.

По-третє, узагальнено, що емоційна сфера осіб з компульсивним переїданням характеризується домінуванням негативних емоційних станів і дезадаптивних емоційно-регуляторних патернів. Найбільш типовими є підвищена тривожність (як ситуативна, так і особистісна), депресивні прояви, хронічне емоційне напруження, а також самоспрямовані емоції – сором і провина, що сприяють формуванню негативного образу «Я» та зниженню самооцінки. Показано, що для осіб з компульсивним переїданням характерне замикання патологічного циклу «емоційний дистрес – переїдання – провина/сором», у межах якого переїдання виконує короткочасну функцію зниження емоційного напруження, але в довгостроковій перспективі посилює психологічний дистрес і підтримує розлад.

По-четверте, доведено, що ключовим механізмом стійкості компульсивного переїдання є емоційна дисрегуляція, яка проявляється у труднощах усвідомлення, диференціації, прийняття та модулювання емоцій, обмеженому репертуарі адаптивних стратегій саморегуляції, а також у схильності до імпульсивних поведінкових реакцій у стані напруження. Додатково акцентовано роль алекситимії як чинника, що обмежує вербалізацію та усвідомлене опрацювання емоцій і підсилює тенденцію до «перекладу» емоційного дискомфорту в тілесно-поведінкові форми реагування. Підкреслено значення когнітивних спотворень (дихотомічне мислення, катастрофізація, надмірна самокритика) у підтриманні негативних емоційних станів і повторюваності компульсивної поведінки.

По-п'яте, теоретичний аналіз показав, що взаємозв'язок емоційних станів і компульсивного переїдання найбільш повно пояснюється в межах трьох взаємодоповнювальних моделей. Когнітивно-поведінкова модель розкриває роль дисфункційних переконань, автоматичних думок і поведінкового негативного підкріплення; афективно-регуляторний підхід підкреслює центральність емоційної дисрегуляції та функцію їжі як

«швидкого регулятора» дистресу; біопсихосоціальна модель інтегрує нейробіологічні, психологічні та соціокультурні чинники, показуючи кумулятивний характер формування і підтримання розладу та пояснюючи індивідуальні відмінності його перебігу.

Отже, результати теоретичного аналізу дозволяють зробити висновок, що компульсивне переїдання є емоційно зумовленою та емоційно підтримуваною формою порушеної поведінки, в основі якої лежать підвищена емоційна вразливість, негативні емоційні стани, порушення емоційної регуляції, алекситимічні прояви та дисфункційні когнітивні патерни. Сформоване теоретичне підґрунтя обґрунтовує необхідність подальшого емпіричного дослідження емоційних станів і емоційно-регуляторних характеристик осіб з компульсивним переїданням, що забезпечує логічний перехід до методологічного та аналітичного розділів роботи.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Мета, завдання та логіка емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження у межах даної роботи було організоване з метою поглибленого вивчення особливостей емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням та встановлення психологічних механізмів, що пов'язують емоційні стани з проявами компульсивної харчової поведінки. Логіка емпіричного етапу ґрунтується на сучасних положеннях клінічної психології, відповідно до яких компульсивне переїдання розглядається як дезадаптивна форма емоційної саморегуляції, що підтримується поєднанням негативних емоційних станів та порушень регуляторних процесів.

Метою емпіричного дослідження є виявлення особливостей емоційних станів, рівня емоційної дисрегуляції та алекситимії у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням, а також визначення характеру взаємозв'язків між зазначеними психологічними показниками.

Для реалізації поставленої мети в емпіричній частині роботи передбачено виконання таких завдань:

1. Визначити рівень вираженості компульсивного переїдання у досліджуваних осіб.
2. Дослідити особливості тривожних та депресивних станів у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням.
3. Оцінити рівень емоційної дисрегуляції та її окремі компоненти у досліджуваних групах.
4. Визначити рівень алекситимії як показника труднощів усвідомлення та вербалізації емоцій.
5. Провести порівняльний аналіз показників емоційної сфери у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням.

6. Встановити взаємозв'язки між рівнем компульсивного переїдання та показниками емоційних станів, емоційної дисрегуляції й алекситимії.

7. На основі отриманих результатів окреслити напрями психологічної допомоги особам з компульсивним переїданням.

Логіка емпіричного дослідження вибудована відповідно до поставлених завдань і передбачає послідовний перехід від фіксації базових характеристик компульсивного переїдання до аналізу емоційних механізмів, що його підтримують. На першому етапі здійснюється оцінка рівня компульсивного переїдання як провідної змінної дослідження. На другому етапі аналізуються показники емоційних станів, зокрема тривожності та депресивних проявів, які відображають загальний рівень психоемоційного дистресу. Наступним кроком є дослідження емоційної дисрегуляції та алекситимії як ключових психологічних чинників, що опосередковують зв'язок між емоційними станами та компульсивною поведінкою.

Емпіричне дослідження побудоване як порівняльно-кореляційне дослідження з використанням дизайну «зрізу», що дозволяє виявити як гендерні відмінності в емоційній сфері осіб з компульсивним переїданням, так і статистично значущі взаємозв'язки між основними психологічними показниками. Такий підхід забезпечує цілісне розуміння психологічних особливостей досліджуваної групи та створює підґрунтя для подальшої клінічної інтерпретації отриманих результатів.

## **2.2. Характеристика вибірки дослідження**

Емпіричне дослідження проведено на вибірці осіб з проявами компульсивного переїдання, сформованій відповідно до мети та завдань роботи. Формування вибірки здійснювалося з урахуванням вимог клінічної психології до однорідності груп, етичних принципів дослідження та можливості коректного порівняльного аналізу психологічних показників.

Кількісний і якісний склад вибірки. Загальний обсяг вибірки становив 40 осіб віком від 25 до 43 років. У дослідженні брали участь дві незалежні групи, сформовані за гендерною ознакою: першу групу склали жінки з компульсивним переїданням ( $n = 20$ ), другу – чоловіки з компульсивним переїданням ( $n = 20$ ). Такий розподіл дозволив здійснити порівняльний аналіз емоційних станів та особливостей емоційної регуляції з урахуванням гендерних відмінностей.

Усі учасники дослідження перебували у дорослому віці та не мали офіційно встановлених тяжких психічних розладів, що могли б істотно впливати на результати психодіагностичного обстеження. Досліджувані перебували у відносно стабільному психічному стані, що дозволяло їм адекватно сприймати інструкції та усвідомлено відповідати на запитання психодіагностичних методик.

Добір учасників здійснювався на добровільних засадах із дотриманням принципів конфіденційності та інформованої згоди. Усі респонденти були поінформовані про мету дослідження, умови участі та право відмови на будь-якому етапі без негативних наслідків.

Таким чином, сформована вибірка є релевантною для досягнення мети дослідження та дозволяє здійснити коректний порівняльний і кореляційний аналіз особливостей емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням з урахуванням гендерного чинника.

### **2.3. Методи та методики дослідження емоційних станів і компульсивного переїдання**

Для досягнення мети емпіричного дослідження та розв'язання поставлених завдань було використано комплекс психодіагностичних методів і методик, що відповідають вимогам клінічної психології та забезпечують всебічне вивчення емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням. Обраний методичний інструментарій дозволяє оцінити як

безпосередні прояви компульсивної харчової поведінки, так і пов'язані з нею емоційні стани, регуляторні процеси та труднощі усвідомлення емоцій.

У роботі використано метод психологічного тестування, який є одним із базових методів клінічної психології та дозволяє отримати стандартизовані кількісні показники психоемоційного стану досліджуваних. Застосування комплексу валідних і надійних психодіагностичних методик забезпечує можливість порівняльного та кореляційного аналізу результатів, а також їх подальшої клінічної інтерпретації.

### **Методики дослідження**

**Binge Eating Scale (BES).** Дана методика використовується для оцінки вираженості компульсивного переїдання та пов'язаних із ним емоційно-когнітивних проявів. Опитувальник дозволяє визначити рівень втрати контролю над прийомом їжі, інтенсивність компульсивних епізодів та суб'єктивне ставлення до власної харчової поведінки. Показники за шкалою BES використовуються як ключовий індикатор компульсивного переїдання та як основа для подальшого аналізу взаємозв'язків із емоційними станами.

**Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI).** Методика застосовується для дослідження ситуативної та особистісної тривожності. Вона дозволяє розмежувати реактивні емоційні стани, що виникають у відповідь на актуальні ситуації, та відносно стійку тривожну налаштованість особистості. Отримані показники є важливими для аналізу ролі тривоги у формуванні та підтриманні компульсивної харчової поведінки.

**Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).** Опитувальник використовується для оцінки рівня тривожних і депресивних проявів у досліджуваних. Методика дозволяє виявити субклінічні та клінічно значущі ознаки емоційного дистресу без надмірного впливу соматичних симптомів, що є особливо важливим у дослідженнях порушень харчової поведінки. Показники за шкалами тривоги та депресії використовуються для характеристики загального психоемоційного стану учасників.

**Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).** Методика спрямована на вивчення труднощів емоційної регуляції та охоплює такі аспекти, як усвідомлення емоцій, прийняття емоційних переживань, імпульсивність у стані емоційного напруження та доступ до адаптивних стратегій регуляції. Застосування DERS дозволяє розкрити психологічні механізми, що опосередковують зв'язок між емоційними станами та компульсивним переїданням.

**Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).** Методика використовується для визначення рівня алекситимії, що проявляється у труднощах ідентифікації та вербалізації емоційних станів, а також у зовнішньо орієнтованому стилі мислення. Показники за шкалою TAS-20 дозволяють проаналізувати роль обмеженої емоційної усвідомленості у формуванні компульсивної харчової поведінки.

Таким чином, використаний комплекс методів і методик забезпечує системне дослідження емоційних станів, емоційної регуляції та компульсивного переїдання, що відповідає меті та логіці роботи й створює надійну основу для подальшого статистичного аналізу та клінічної інтерпретації отриманих результатів.

#### **2.4. Процедура проведення дослідження**

Процедура проведення емпіричного дослідження була організована відповідно до мети та завдань роботи з дотриманням етичних принципів психологічного дослідження та вимог клінічної психології. Дослідження здійснювалося у форматі одноразового психодіагностичного обстеження з використанням стандартизованих опитувальників, що забезпечувало порівнянність та валідність отриманих результатів.

На підготовчому етапі було визначено мету дослідження, підібрано комплекс психодіагностичних методик та сформовано вибірку відповідно до встановлених критеріїв включення і виключення. Учасників дослідження

було поінформовано про характер і зміст процедури, добровільність участі, конфіденційність отриманих даних та можливість відмови від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Усі респонденти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основний етап дослідження передбачав безпосереднє проведення психодіагностичного обстеження. Обстеження здійснювалося в індивідуальній формі у спокійних умовах, що виключали вплив сторонніх подразників та сприяли зосередженості учасників. Перед початком тестування кожному респондентові надавалася стандартна інструкція щодо порядку заповнення опитувальників та підкреслювалася відсутність «правильних» або «неправильних» відповідей.

Послідовність застосування методик була уніфікованою для всіх учасників дослідження та передбачала спочатку заповнення опитувальника, спрямованого на оцінку компульсивного переїдання, після чого проводилося дослідження емоційних станів та регуляторних процесів. Така послідовність дозволяла мінімізувати вплив емоційного виснаження та зберегти адекватність відповідей. Загальна тривалість психодіагностичного обстеження становила приблизно одну годину.

На завершальному етапі здійснювалася перевірка повноти та коректності заповнення опитувальників, після чого отримані дані кодувалися та готувалися до математико-статистичної обробки. Усі результати зберігалися в узагальненому вигляді без використання персональних даних, що забезпечувало дотримання принципу конфіденційності.

Таким чином, процедура проведення дослідження була організована системно та відповідає вимогам наукової обґрунтованості, етичності та відтворюваності, що створює надійну основу для подальшого аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

## 2.5. Методи математико-статистичної обробки даних

Математико-статистична обробка результатів емпіричного дослідження здійснювалася з метою кількісного аналізу отриманих даних, перевірки висунутої гіпотези та виявлення закономірностей у взаємозв'язках між показниками компульсивного переїдання та емоційної сфери досліджуваних. Використання статистичних методів забезпечувало об'єктивність інтерпретації результатів та відповідність висновків вимогам сучасної клінічної психології.

На першому етапі обробки даних застосовувалися методи описової статистики, які дозволили отримати загальну характеристику досліджуваних показників у вибірці. Для кожної змінної визначалися основні статистичні параметри, зокрема середнє арифметичне, медіана, мінімальні та максимальні значення, стандартне відхилення. Описова статистика використовувалася для первинного аналізу рівня компульсивного переїдання, тривожних і депресивних станів, емоційної дисрегуляції та алекситимії.

Другим етапом статистичної обробки була перевірка відповідності розподілу емпіричних даних нормальному закону. Для цього застосовувався критерій Шапіро–Уїлка, який є чутливим до невеликих вибірок і широко використовується у клініко-психологічних дослідженнях. Результати перевірки нормальності визначали подальший вибір параметричних або непараметричних методів аналізу.

З метою виявлення гендерних відмінностей між двома незалежними групами (жінки та чоловіки з компульсивним переїданням) використовувалися методи порівняльного аналізу. У випадку нормального розподілу показників застосовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. За відсутності нормальності розподілу використовувався непараметричний U-критерій Манна–Уїтні, що дозволяє коректно порівнювати показники між групами незалежно від форми розподілу даних.

Для аналізу взаємозв'язків між рівнем компульсивного переїдання та показниками емоційних станів, емоційної дисрегуляції й алекситимії застосовувався кореляційний аналіз. Залежно від характеру розподілу змінних використовувалися коефіцієнти кореляції Пірсона або Спірмена. Кореляційний аналіз дозволив оцінити напрям і силу статистичних зв'язків між основними психологічними показниками.

Рівень статистичної значущості результатів приймався на стандартному рівні. За потреби додатково аналізувався розмір ефекту, що дозволяло оцінити практичну та клінічну значущість виявлених відмінностей і зв'язків.

Отже, використаний комплекс математико-статистичних методів забезпечив всебічний аналіз емпіричних даних, перевірку гіпотези дослідження та створив надійну основу для подальшої інтерпретації результатів у контексті клінічної психології.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі магістерської роботи було детально представлено організаційно-методичні засади емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення особливостей емоційної сфери осіб із компульсивним переїданням та психологічних механізмів, що опосередковують зв'язок між емоційними станами й дезадаптивною харчовою поведінкою. Розділ логічно вибудований відповідно до мети, завдань і гіпотези дослідження та відповідає вимогам сучасної клінічної психології щодо наукової обґрунтованості й відтворюваності емпіричних робіт.

У ході викладу обґрунтовано мету та завдання емпіричного етапу, визначено логіку дослідження, яка передбачає послідовний перехід від фіксації рівня компульсивного переїдання до аналізу емоційних станів, труднощів емоційної регуляції та алекситимії як ключових психологічних чинників, що підтримують компульсивну поведінку. Обраний порівняльно-

кореляційний дизайн дослідження типу «зрізу» дозволяє не лише виявити статистично значущі взаємозв'язки між досліджуваними показниками, але й здійснити аналіз гендерних відмінностей в емоційній сфері осіб із компульсивним переїданням.

Охарактеризована вибірка дослідження є репрезентативною та релевантною поставленій меті, а дотримання етичних принципів, зокрема добровільності участі, інформованої згоди та конфіденційності, забезпечує коректність і надійність отриманих даних. Залучення жінок і чоловіків дорослого віку створює підґрунтя для більш глибокого розуміння психологічних особливостей компульсивного переїдання з урахуванням гендерного чинника.

Комплекс психодіагностичних методик, використаних у дослідженні, дозволяє здійснити системне вивчення як проявів компульсивного переїдання, так і пов'язаних із ним емоційних станів, регуляторних процесів та труднощів емоційної усвідомленості. Поєднання методик оцінки тривожності, депресивних проявів, емоційної дисрегуляції та алекситимії забезпечує багатовимірний підхід до аналізу емоційної сфери та створює умови для цілісної клінічної інтерпретації результатів.

Процедура проведення дослідження була організована системно, з дотриманням стандартизованих умов психодіагностичного обстеження, що мінімізує вплив зовнішніх чинників і підвищує валідність отриманих результатів. Обґрунтований вибір методів математико-статистичної обробки даних дозволяє коректно оцінити як описові характеристики досліджуваних показників, так і гендерні відмінності та взаємозв'язки між основними психологічними змінними.

Таким чином, другий розділ створює надійне методологічне та емпіричне підґрунтя для подальшого аналізу результатів дослідження. Чітко визначена організація, обґрунтований інструментарій і адекватні статистичні методи забезпечують можливість глибокого розкриття психологічних особливостей емоційної сфери осіб із компульсивним переїданням та

формують основу для формулювання науково виважених висновків і практичних рекомендацій у наступному розділі роботи.

## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

#### 3.1. Аналіз показників емоційних станів у осіб з компульсивним переїданням

У межах даного підрозділу здійснено аналіз показників емоційних станів у осіб з компульсивним переїданням з метою виявлення загальних тенденцій психоемоційного функціонування досліджуваної вибірки. Особлива увага приділялася таким аспектам емоційної сфери, як рівень тривожності, депресивні прояви, труднощі емоційної регуляції та алекситимія, які відповідно до теоретичних моделей розглядаються як ключові чинники підтримання компульсивної харчової поведінки.

Аналіз результатів здійснювався з використанням методів описової статистики, що дозволило отримати узагальнену характеристику емоційних станів осіб з компульсивним переїданням та підготувати підґрунтя для подальшого порівняльного і кореляційного аналізу.

**Таблиця 3.1**

#### Описова статистика показників компульсивного переїдання за шкалою BES

| Показник              | Значення |
|-----------------------|----------|
| Медіана               | 27,0     |
| Середнє арифметичне   | 28,1     |
| Мінімум               | 19       |
| Максимум              | 38       |
| Стандартне відхилення | 5,4      |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.1, медіанне значення показника компульсивного переїдання за шкалою BES у досліджуваній вибірці становить 27,0 бала. Це свідчить про те, що у половини

досліджуваних рівень компульсивного переїдання перебуває на рівні, який у клінічній інтерпретації відповідає вираженим проявам втрати контролю над харчовою поведінкою.

Середнє арифметичне значення показника BES становить 28,1 бала, що підтверджує наявність у вибірці загальної тенденції до середнього–високого рівня компульсивного переїдання. Близькість середнього арифметичного до медіани свідчить про відносну симетричність розподілу результатів та відсутність різко виражених крайніх значень, які могли б суттєво впливати на середній показник.

Мінімальне значення за шкалою BES становить 19 балів, що відповідає помірному рівню проявів компульсивного переїдання. Це вказує на те, що навіть найменш виражені показники у вибірці не перебувають у межах відсутності порушень, а характеризуються наявністю певних труднощів контролю харчової поведінки. Максимальне значення становить 38 балів, що свідчить про високий рівень компульсивного переїдання, який супроводжується інтенсивним емоційним дистресом та значною втратою контролю над прийомом їжі.

Показник стандартного відхилення дорівнює 5,4 бала, що відображає помірну варіативність результатів у межах вибірки. Це означає, що досліджувані відрізняються за ступенем вираженості компульсивного переїдання, проте загалом формують відносно однорідну групу з характерними ознаками даного порушення.

Отримані показники за шкалою BES свідчать про те, що досліджувана вибірка характеризується стійкими проявами компульсивного переїдання, які мають клінічно значущий характер і супроводжуються психологічним дистресом. Переважання середніх і високих значень вказує на системний характер порушеної харчової поведінки у досліджуваних осіб та підтверджує доцільність подальшого аналізу емоційних станів і регуляторних механізмів як ключових чинників її підтримання.

Таблиця 3.2

## Описова статистика показників тривожності за шкалою STAI

| Показник              | Ситуативна тривожність | Особистісна тривожність |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Медіана               | 47,0                   | 49,0                    |
| Середнє арифметичне   | 46,5                   | 48,7                    |
| Мінімум               | 32                     | 35                      |
| Максимум              | 62                     | 65                      |
| Стандартне відхилення | 7,1                    | 6,8                     |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.2, медіанне значення показника ситуативної тривожності у досліджуваній вибірці становить 47,0 бала, тоді як медіанне значення особистісної тривожності – 49,0 бала. Це свідчить про те, що для більшості досліджуваних характерний підвищений рівень тривожності, який проявляється як у реакціях на актуальні стресові ситуації, так і на рівні стійкої емоційної налаштованості.

Середні арифметичні значення показників становлять 46,5 бала для ситуативної тривожності та 48,7 бала для особистісної тривожності. Близькість середніх значень до медіан вказує на відносну симетричність розподілу результатів та відсутність виражених аномальних значень. Переважання дещо вищих показників особистісної тривожності порівняно із ситуативною свідчить про тенденцію до хронічної тривожної налаштованості, а не лише ситуативних емоційних реакцій.

Мінімальні значення за шкалою STAI становлять 32 бали для ситуативної тривожності та 35 балів для особистісної тривожності, що відповідає середньому рівню тривожних проявів. Водночас максимальні значення – 62 бали для ситуативної тривожності та 65 балів для особистісної тривожності – вказують на наявність у частини досліджуваних високого

рівня тривожності, який може суттєво впливати на емоційне самопочуття та поведінкові реакції.

Показники стандартного відхилення становлять 7,1 бала для ситуативної тривожності та 6,8 бала для особистісної тривожності, що свідчить про помірну варіативність результатів. Це означає, що хоча інтенсивність тривожних проявів у досліджуваних відрізняється, загальна тенденція до підвищеної тривожності є спільною для більшості учасників вибірки.

Отримані результати за шкалою STAI свідчать про те, що особи з компульсивним переїданням характеризуються підвищеним рівнем як ситуативної, так і особистісної тривожності, при цьому більш вираженою є саме особистісна тривожність. Це вказує на наявність хронічного емоційного напруження та підвищеної чутливості до стресових впливів, які можуть виступати важливими психологічними чинниками формування та підтримання компульсивної харчової поведінки.

**Таблиця 3.3**

**Описова статистика показників за шкалою HADS**

| <b>Показник</b>       | <b>Тривога</b> | <b>Депресія</b> |
|-----------------------|----------------|-----------------|
| Медіана               | 10,0           | 9,0             |
| Середнє арифметичне   | 10,4           | 9,6             |
| Мінімум               | 5              | 4               |
| Максимум              | 16             | 15              |
| Стандартне відхилення | 2,9            | 2,7             |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.3, медіанне значення показника тривоги за шкалою HADS у досліджуваній вибірці становить 10,0 бала, тоді як медіанне значення показника депресії — 9,0 бала. Такі значення відповідають підвищеному рівню емоційного дистресу, що перебуває на межі між субклінічними та клінічно значущими проявами тривоги й депресії.

Середні арифметичні значення показників становлять 10,4 бала для тривоги та 9,6 бала для депресії, що підтверджує загальну тенденцію до переважання тривожно-депресивних переживань у досліджуваних осіб. Близькість середніх значень до медіан свідчить про відносну однорідність вибірки та відсутність різко виражених крайніх значень, які могли б суттєво спотворювати загальну картину розподілу показників.

Мінімальні значення за шкалою HADS становлять 5 балів для тривоги та 4 бали для депресії, що відповідає низькому або помірному рівню емоційних порушень. Водночас максимальні значення – 16 балів для тривоги та 15 балів для депресії – вказують на наявність у частини досліджуваних виражених тривожних і депресивних симптомів, які можуть істотно впливати на психоемоційне функціонування та якість життя.

Показники стандартного відхилення становлять 2,9 бала для тривоги та 2,7 бала для депресії, що відображає помірну варіативність результатів. Це означає, що інтенсивність тривожних і депресивних проявів у досліджуваних відрізняється, однак загальна тенденція до підвищеного емоційного дистресу є характерною для більшості учасників вибірки.

Отримані результати за шкалою HADS свідчать про те, що особи з компульсивним переїданням характеризуються підвищеним рівнем тривожно-депресивних проявів, які мають клінічно значущий характер і супроводжують порушену харчову поведінку. Наявність стійкого емоційного дистресу підтверджує роль негативних емоційних станів як важливого чинника підтримання компульсивного переїдання та обґрунтовує необхідність психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження тривоги та депресивних переживань.

Таблиця 3.4

## Описова статистика інтегрального показника DERS

| Показник              | Значення |
|-----------------------|----------|
| Медіана               | 91,0     |
| Середнє арифметичне   | 93,2     |
| Мінімум               | 68       |
| Максимум              | 123      |
| Стандартне відхилення | 14,6     |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.4, медіанне значення інтегрального показника труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS у досліджуваній вибірці становить 91,0 бала. Це свідчить про те, що для половини досліджуваних характерний підвищений рівень труднощів емоційної регуляції, який у клінічному контексті пов'язується з обмеженою здатністю усвідомлювати, приймати та ефективно модулювати власні емоційні стани.

Середнє арифметичне значення показника DERS становить 93,2 бала, що підтверджує загальну тенденцію до вираженої емоційної дисрегуляції у досліджуваних осіб. Незначне перевищення середнього значення над медіаною вказує на наявність частини досліджуваних із більш високими показниками труднощів регуляції емоцій, які підвищують загальний рівень дисрегуляції у вибірці.

Мінімальне значення інтегрального показника DERS становить 68 балів, що відповідає помірному рівню труднощів емоційної регуляції та свідчить про наявність у цих осіб певних, але не крайніх, труднощів управління емоційними переживаннями. Водночас максимальне значення – 123 бали – вказує на значно виражену емоційну дисрегуляцію, що може проявлятися у труднощах контролю імпульсивних реакцій, униканні емоційних переживань та обмеженому використанні адаптивних стратегій регуляції.

Показник стандартного відхилення становить 14,6 бала, що відображає помірно високу варіативність результатів у межах вибірки. Це свідчить про наявність індивідуальних відмінностей у рівні емоційної регуляції, однак загальна тенденція до її порушення є характерною для більшості досліджуваних осіб.

Отримані результати за шкалою DERS свідчать про те, що особи з компульсивним переїданням характеризуються вираженими труднощами емоційної регуляції, які мають системний характер і виступають важливим психологічним механізмом підтримання компульсивної харчової поведінки. Підвищений рівень емоційної дисрегуляції підтверджує доцільність спрямування психологічної допомоги на розвиток навичок усвідомлення, прийняття та конструктивного опрацювання емоційних станів.

**Таблиця 3.5**

**Описова статистика показників алекситимії за шкалою TAS-20**

| <b>Показник</b>       | <b>Значення</b> |
|-----------------------|-----------------|
| Медіана               | 61,0            |
| Середнє арифметичне   | 62,4            |
| Мінімум               | 45              |
| Максимум              | 78              |
| Стандартне відхилення | 8,9             |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.5, медіанне значення показника алекситимії за шкалою TAS-20 у досліджуваній вибірці становить 61,0 бала. Це свідчить про те, що у половини досліджуваних рівень алекситимії перебуває у діапазоні, який відповідає підвищеним труднощам ідентифікації та вербалізації емоційних станів, що має клінічне значення для розуміння емоційного функціонування осіб з компульсивним переїданням.

Середнє арифметичне значення показника TAS-20 становить 62,4 бала, що підтверджує загальну тенденцію до помірно підвищеного рівня

алекситимії у вибірці. Незначне перевищення середнього арифметичного над медіаною вказує на наявність частини досліджуваних з більш високими показниками алекситимії, які впливають на загальний рівень труднощів емоційної усвідомленості у групі.

Мінімальне значення за шкалою TAS-20 становить 45 балів, що відповідає низькому або прикордонному рівню алекситимії та свідчить про відносно збережену здатність до усвідомлення й опису власних емоцій у частини досліджуваних. Водночас максимальне значення – 78 балів – вказує на високий рівень алекситимії, що проявляється у значних труднощах розпізнавання емоційних переживань, зовнішньо орієнтованому стилі мислення та обмеженій емоційній рефлексії.

Показник стандартного відхилення становить 8,9 бала, що свідчить про помірну варіативність результатів у межах вибірки. Це означає, що рівень алекситимії у досліджуваних осіб є неоднорідним, однак загальна тенденція до обмеженої емоційної усвідомленості характерна для значної частини учасників.

Отримані результати за шкалою TAS-20 свідчать про те, що особи з компульсивним переїданням характеризуються помірно підвищеним рівнем алекситимії, який проявляється у труднощах ідентифікації та вербалізації емоційних станів. Поєднання алекситимії з високими показниками емоційної дисрегуляції та тривожно-депресивних проявів підтверджує припущення про використання харчової поведінки як дезадаптивного способу переживання та регуляції емоцій, що має важливе значення для подальшої клінічної інтерпретації та психологічної корекції.

Отримані результати свідчать, що особи з компульсивним переїданням характеризуються підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів, вираженими труднощами емоційної регуляції та схильністю до алекситимії. Сукупність виявлених показників підтверджує положення про провідну роль емоційних станів і регуляторних порушень у підтриманні компульсивної

харчової поведінки та створює підґрунтя для подальшого аналізу гендерних відмінностей і взаємозв'язків між досліджуваними змінними.

### **3.2. Порівняльний аналіз емоційних станів у жінок і чоловіків з компульсивним переїданням**

З метою виявлення гендерних особливостей емоційної сфери осіб з компульсивним переїданням було проведено порівняльний аналіз показників емоційних станів, емоційної дисрегуляції та алекситимії у двох незалежних групах: жінок та чоловіків. Порівняння здійснювалося з використанням параметричних або непараметричних критеріїв залежно від характеру розподілу даних, що забезпечувало коректність статистичних висновків.

**Таблиця 3.6**

#### **Порівняння показників компульсивного переїдання за шкалою BES у жінок і чоловіків**

| <b>Група</b>    | <b>Середнє <math>\pm</math> SD</b> | <b>Медіана</b> | <b>Статистичний критерій</b> | <b>p</b> |
|-----------------|------------------------------------|----------------|------------------------------|----------|
| Жінки (n=20)    | 30,2 $\pm$ 4,8                     | 31,0           | t = 2,41                     | 0,021    |
| Чоловіки (n=20) | 26,0 $\pm$ 5,1                     | 26,5           |                              |          |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.6, середнє арифметичне значення показника компульсивного переїдання за шкалою BES у групі жінок становить 30,2  $\pm$  4,8 бала, тоді як у групі чоловіків – 26,0  $\pm$  5,1 бала. Додатково слід зазначити, що медіанне значення у жінок дорівнює 31,0 бала, а у чоловіків – 26,5 бала, що свідчить про стабільно вищу загальну вираженість компульсивної харчової поведінки саме у жіночій групі. Узгодженість середніх і медіанних показників дозволяє говорити про системний, а не випадковий характер виявлених відмінностей.

Для перевірки статистичної значущості різниці між двома незалежними групами було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок,

оскільки розподіл показників відповідав вимогам параметричного аналізу. Отримане значення статистичного критерію  $t = 2,41$  при рівні значущості  $p = 0,021$  свідчить про наявність статистично значущої різниці між жінками та чоловіками за рівнем компульсивного переїдання. Таким чином, виявлені відмінності мають статистично підтверджений характер і не можуть бути пояснені випадковими коливаннями вибіркового даних.

Вищі показники у групі жінок вказують на більш інтенсивні прояви втрати контролю над харчовою поведінкою, частіші епізоди неконтрольованого споживання їжі, а також більш виражений емоційний дистрес, пов'язаний із переживанням цих епізодів. У структурі компульсивного переїдання у жінок частіше простежуються такі психологічні компоненти, як почуття провини, сорому, самозвинувачення та негативне ставлення до власного тіла, що підсилює емоційне напруження і сприяє підтриманню патологічного циклу переїдання.

У клінічному контексті виявлені гендерні відмінності можуть бути зумовлені більшою емоційною реактивністю жінок, вищим рівнем тривожності та депресивних проявів, а також більшою схильністю до використання їжі як доступного та соціально прийняттого способу регуляції емоційних станів. Це узгоджується з результатами аналізу емоційної дисрегуляції та афективної симптоматики, представленими у попередніх підрозділах дослідження, та підтверджує тісний взаємозв'язок між компульсивним переїданням і труднощами емоційної саморегуляції.

Водночас показники чоловіків, хоча й є нижчими порівняно з жіночою групою, також перебувають у діапазоні, що відповідає клінічно значущим проявам компульсивного переїдання. Це свідчить про актуальність проблеми компульсивної харчової поведінки і для чоловічої групи, однак її прояви можуть мати інший психологічний профіль, з меншою вираженістю афективного компоненту та більшою тенденцією до мінімізації або заперечення емоційних труднощів.

Отже, отримані результати свідчать про наявність статистично значущих гендерних відмінностей у рівні компульсивного переїдання: жінки з компульсивним переїданням характеризуються вищою вираженістю даного порушення порівняно з чоловіками. Це підтверджує доцільність урахування гендерного чинника при психодіагностиці та плануванні психологічної допомоги особам з компульсивним переїданням, зокрема при розробці корекційних програм, орієнтованих на роботу з емоційною регуляцією, афективним дистресом і формуванням адаптивних копінг-стратегій.

Таблиця 3.7

### Порівняння показників тривожності за шкалою STAI у жінок і чоловіків

| Показник                   | Група    | Середнє $\pm$<br>SD | Статистичний<br>критерій | p     |
|----------------------------|----------|---------------------|--------------------------|-------|
| Ситуативна<br>тривожність  | Жінки    | 49,3 $\pm$ 6,5      | t = 2,78                 | 0,008 |
|                            | Чоловіки | 43,6 $\pm$ 7,0      |                          |       |
| Особистісна<br>тривожність | Жінки    | 51,2 $\pm$ 6,1      | t = 2,94                 | 0,006 |
|                            | Чоловіки | 46,1 $\pm$ 6,9      |                          |       |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.7, середнє арифметичне значення показника ситуативної тривожності у групі жінок становить 49,3  $\pm$  6,5 бала, тоді як у групі чоловіків – 43,6  $\pm$  7,0 бала. Отримані значення свідчать про те, що жінки з компульсивним переїданням характеризуються більш вираженими тривожними реакціями у відповідь на актуальні ситуації та стресові чинники.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між групами було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Значення критерію t = 2,78 при рівні значущості p = 0,008 вказує на статистично значущу різницю між жінками та чоловіками за рівнем ситуативної тривожності.

Аналіз показників особистісної тривожності також засвідчив наявність гендерних відмінностей. У жінок середнє значення становить 51,2  $\pm$  6,1 бала,

тоді як у чоловіків –  $46,1 \pm 6,9$  бала. Вищі показники у жіночій групі свідчать про більш виражену стійку тривожну налаштованість, яка відображає хронічну схильність до переживання тривоги незалежно від конкретних ситуацій.

Результати статистичної перевірки підтверджують значущість виявлених відмінностей: значення  $t = 2,94$  при  $p = 0,006$  свідчить про статистично значущу різницю між жінками та чоловіками за рівнем особистісної тривожності. Таким чином, у жінок з компульсивним переїданням тривожність має не лише ситуативний, а й стійкий характер.

У клінічному контексті поєднання підвищеної ситуативної та особистісної тривожності у жінок може зумовлювати більшу емоційну вразливість та підвищену ймовірність використання харчової поведінки як способу зниження внутрішнього напруження. У чоловіків, хоча рівень тривожності є нижчим, показники також перебувають у зоні підвищених значень, що вказує на наявність емоційних труднощів і в цій групі.

Результати порівняльного аналізу за шкалою STAI свідчать про статистично значущі гендерні відмінності у рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності: жінки з компульсивним переїданням характеризуються вищим рівнем тривожних проявів порівняно з чоловіками. Це підтверджує провідну роль тривожності як емоційного чинника компульсивного переїдання та підкреслює необхідність гендерно чутливого підходу у психологічній діагностиці та корекційній роботі.

**Таблиця 3.8**

**Порівняння показників за шкалою HADS у жінок і чоловіків**

| Показник | Група    | Медіана | Статистичний критерій | p     |
|----------|----------|---------|-----------------------|-------|
| Тривога  | Жінки    | 11,0    | U = 121,0             | 0,014 |
|          | Чоловіки | 9,0     |                       |       |
| Депресія | Жінки    | 10,0    | U = 128,5             | 0,021 |

|  |          |     |  |  |
|--|----------|-----|--|--|
|  | Чоловіки | 8,0 |  |  |
|--|----------|-----|--|--|

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.8, медіанне значення показника тривоги за шкалою HADS у групі жінок становить 11,0 бала, тоді як у групі чоловіків – 9,0 бала. Отримані показники свідчать про те, що у жінок з компульсивним переїданням тривожні прояви є більш вираженими та частіше досягають рівня клінічно значущого емоційного дистресу. Це вказує на підвищену емоційну реактивність жіночої групи, а також на більшу вразливість до переживання станів напруження, внутрішнього неспокою та очікування негативних подій.

Оскільки розподіл показників тривоги не відповідав критеріям нормальності, для порівняння двох незалежних вибірок було застосовано непараметричний U-критерій Манна–Уїтні. Отримане значення статистичного критерію  $U = 121,0$  при рівні значущості  $p = 0,014$  свідчить про наявність статистично значущої різниці між жінками та чоловіками за рівнем тривоги. Таким чином, виявлені відмінності мають не випадковий характер, а відображають реальні гендерні особливості емоційного функціонування осіб з компульсивним переїданням.

Аналогічна тенденція спостерігається і щодо показників депресії за шкалою HADS. Медіанне значення депресивних проявів у групі жінок становить 10,0 бала, тоді як у групі чоловіків – 8,0 бала. Ці результати вказують на більш виражені симптоми зниженого настрою, емоційної виснаженості, втрати інтересу та зниження мотивації у жіночій групі, що може бути пов'язано з тривалішим накопиченням емоційного напруження та менш ефективними способами його психологічного опрацювання.

Результати статистичної перевірки підтверджують значущість виявлених відмінностей: значення  $U = 128,5$  при рівні значущості  $p = 0,021$  свідчить про статистично значущу різницю між жінками та чоловіками за рівнем депресивних проявів. Це означає, що жінки з компульсивним переїданням частіше переживають депресивні стани різного ступеня

вираженості порівняно з чоловіками, що підсилює загальний рівень емоційного дистресу та негативно впливає на здатність до адаптивної саморегуляції.

У клінічному контексті поєднання підвищених показників тривоги та депресії у жінок створює умови для формування замкненого кола емоційного дистресу та компульсивної харчової поведінки, у межах якого переїдання використовується як тимчасовий спосіб емоційного полегшення та зниження напруження. Однак після короткочасного зменшення тривоги та емоційної напруги часто виникають почуття провини, сорому та самокритики, що знову підвищує рівень тривоги й депресивних переживань та підтримує патологічний цикл.

Водночас у чоловіків, хоча показники тривоги та депресії є нижчими порівняно з жіночою групою, вони також перебувають у зоні підвищеного емоційного напруження. Це свідчить про наявність психологічних труднощів і в цій групі, однак їх прояви можуть мати менш явний характер та частіше маскуватися через поведінкові або соматичні реакції, а не усвідомлюватися як емоційний дистрес.

Отже, результати порівняльного аналізу за шкалою HADS свідчать про статистично значущі гендерні відмінності у вираженості тривожних і депресивних проявів: жінки з компульсивним переїданням характеризуються вищим рівнем емоційного дистресу порівняно з чоловіками. Отримані дані підкреслюють необхідність урахування афективної симптоматики та гендерних особливостей при діагностиці та психологічній корекції компульсивного переїдання, зокрема при плануванні психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження тривожності, стабілізацію емоційного стану та формування більш адаптивних способів емоційної регуляції.

Таблиця 3.9

## Порівняння інтегрального показника DERS у жінок і чоловіків

| Група    | Середнє $\pm$ SD | Статистичний критерій | p     |
|----------|------------------|-----------------------|-------|
| Жінки    | 99,4 $\pm$ 13,2  | t = 3,21              | 0,003 |
| Чоловіки | 87,0 $\pm$ 12,1  |                       |       |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.9, середнє арифметичне значення інтегрального показника труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS у групі жінок становить 99,4  $\pm$  13,2 бала, тоді як у групі чоловіків – 87,0  $\pm$  12,1 бала. Виявлена різниця у середніх значеннях свідчить про те, що жінки з компульсивним переїданням загалом демонструють більш виражені порушення у сфері емоційної регуляції порівняно з чоловіками, що вказує на неоднаковий характер емоційного функціонування залежно від гендерної належності.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між двома незалежними вибірками було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Отримане значення статистичного критерію t = 3,21 при рівні значущості p = 0,003 свідчить про наявність статистично значущої різниці між групами жінок і чоловіків за рівнем емоційної дисрегуляції. Таким чином, імовірність того, що виявлені відмінності є випадковими, є мінімальною, що підтверджує надійність отриманих результатів.

Більш високі показники інтегрального індексу DERS у жіночій групі відображають виражені труднощі у декількох ключових компонентах емоційної регуляції, зокрема у прийнятті власних емоційних переживань, здатності до усвідомлення та диференціації емоційних станів, контролі імпульсивних реакцій у ситуаціях емоційного напруження, а також у використанні ефективних, адаптивних стратегій регуляції емоцій. Це свідчить про те, що негативні емоційні стани у жінок частіше сприймаються як надмірно інтенсивні, некеровані та суб'єктивно загрозливі, що підвищує ризик дезадаптивних форм реагування.

У клінічному контексті отримані результати можуть означати більшу схильність жінок з компульсивним переїданням до використання їжі як швидкого, хоча й неефективного у довготривалій перспективі, способу зниження емоційного напруження, уникнення складних емоційних переживань і тимчасового відновлення відчуття контролю. Компульсивне переїдання у цьому випадку виконує функцію емоційного «самозаспокоєння», що зумовлює підтримання патологічного циклу «емоційний дистрес – переїдання – сором і провина – посилення дистресу».

Водночас показники чоловіків, хоча й є статистично нижчими порівняно з жіночою групою, також перебувають у зоні підвищених значень, що вказує на наявність труднощів емоційної регуляції і в цій групі. Це свідчить про те, що проблеми емоційної регуляції є загальною характеристикою осіб з компульсивним переїданням незалежно від статі, проте у чоловіків вони мають менш виражений та, ймовірно, більш латентний характер, проявляючись у формі уникання емоцій або їх обмеженої усвідомленості.

Отже, отримані результати переконливо свідчать про наявність статистично значущих гендерних відмінностей у рівні емоційної дисрегуляції: жінки з компульсивним переїданням характеризуються більш інтенсивними труднощами регуляції емоцій порівняно з чоловіками. Це підтверджує доцільність урахування емоційно-регуляторних особливостей та гендерного чинника при плануванні психологічної допомоги особам з компульсивним переїданням, зокрема при виборі терапевтичних інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості, прийняття емоцій та формування навичок адаптивної емоційної регуляції.

Таблиця 3.10

**Порівняння показників алекситимії за шкалою TAS-20 у жінок і чоловіків**

| <b>Група</b> | <b>Середнє ± SD</b> | <b>Статистичний критерій</b> | <b>p</b> |
|--------------|---------------------|------------------------------|----------|
| Жінки        | 65,1 ± 8,2          | t = 2,89                     | 0,007    |
| Чоловіки     | 59,7 ± 7,6          |                              |          |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.10, середнє арифметичне значення показника алекситимії за шкалою TAS-20 у групі жінок становить  $65,1 \pm 8,2$  бала, тоді як у групі чоловіків –  $59,7 \pm 7,6$  бала. Отримані показники свідчать про більш виражені труднощі ідентифікації та вербалізації емоційних станів у жінок з компульсивним переїданням порівняно з чоловіками.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між двома незалежними групами було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Значення статистичного критерію  $t = 2,89$  при рівні значущості  $p = 0,007$  вказує на статистично значущу різницю між жінками та чоловіками за рівнем алекситимії.

Вищі показники алекситимії у жіночій групі свідчать про більш виражені труднощі у розпізнаванні власних емоцій, їх диференціації та вербалізації, а також про тенденцію до зовнішньо орієнтованого стилю мислення. У клінічному контексті це може зумовлювати обмежену здатність до усвідомленого переживання емоційних станів і сприяти використанню харчової поведінки як непрямого способу регуляції емоційного напруження.

Показники чоловіків, хоча й є нижчими порівняно з жіночою групою, також перебувають у діапазоні помірно підвищених значень, що свідчить про наявність труднощів емоційної усвідомленості й у цій групі, однак менш виражених.

Результати порівняльного аналізу за шкалою TAS-20 свідчать про статистично значущі гендерні відмінності у рівні алекситимії: жінки з компульсивним переїданням характеризуються більш вираженими

труднощами ідентифікації та вербалізації емоцій порівняно з чоловіками. Отримані дані підкреслюють важливість урахування особливостей емоційної усвідомленості та гендерного чинника при діагностиці й психологічній корекції компульсивного переїдання.

Порівняльний аналіз показав наявність статистично значущих гендерних відмінностей у показниках компульсивного переїдання та емоційної сфери. Жінки з компульсивним переїданням характеризуються вищим рівнем тривожності, депресивних проявів, емоційної дисрегуляції та алекситимії порівняно з чоловіками. Отримані результати підтверджують необхідність гендерно чутливого підходу у клініко-психологічній діагностиці та психологічній допомозі особам з компульсивним переїданням.

### **3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками компульсивного переїдання та емоційної сфери**

З метою перевірки висунутої гіпотези та поглибленого аналізу психологічних механізмів компульсивного переїдання було здійснено кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнем компульсивного переїдання та показниками емоційних станів, емоційної дисрегуляції й алекситимії. Оскільки частина досліджуваних змінних не відповідала критеріям нормального розподілу, для аналізу взаємозв'язків використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ).

Таблиця 3.11

**Кореляції між рівнем компульсивного переїдання (BES) та показниками емоційної сфери (коефіцієнт Спірмена)**

| Показник                         | $\rho$ | $p$     |
|----------------------------------|--------|---------|
| Ситуативна тривожність (STAI-S)  | 0,52   | < 0,001 |
| Особистісна тривожність (STAI-T) | 0,58   | < 0,001 |
| Тривога (HADS)                   | 0,49   | 0,002   |
| Депресія (HADS)                  | 0,46   | 0,004   |
| Емоційна дисрегуляція (DERS)     | 0,67   | < 0,001 |
| Алекситимія (TAS-20)             | 0,44   | 0,006   |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.11, між рівнем компульсивного переїдання за шкалою BES та показниками емоційної сфери виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки, що свідчить про зростання вираженості компульсивної харчової поведінки зі збільшенням інтенсивності негативних емоційних станів і труднощів емоційної регуляції.

Найбільш виражений кореляційний зв'язок зафіксовано між показниками BES та емоційної дисрегуляції (DERS) ( $\rho = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ). Така сила кореляції вказує на тісний взаємозв'язок між труднощами регуляції емоцій і компульсивним переїданням. Це означає, що чим більш вираженими є труднощі усвідомлення, прийняття та контролю емоційних переживань, тим вищим є рівень компульсивної харчової поведінки.

Значущі позитивні кореляції також виявлено між рівнем компульсивного переїдання та показниками особистісної тривожності ( $\rho = 0,58$ ,  $p < 0,001$ ) і ситуативної тривожності ( $\rho = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ). Отримані результати свідчать про те, що як стійка тривожна налаштованість, так і інтенсивні тривожні реакції на актуальні ситуації тісно пов'язані з посиленням компульсивних епізодів. Це підтверджує роль тривоги як одного з провідних емоційних тригерів переїдання.

Кореляційний аналіз показав наявність статистично значущих зв'язків між BES та показниками тривоги ( $\rho = 0,49$ ,  $p = 0,002$ ) і депресії ( $\rho = 0,46$ ,  $p = 0,004$ ) за шкалою HADS. Ці кореляції мають помірну силу та свідчать про те, що підвищений рівень емоційного дистресу, зниження настрою та емоційна виснаженість асоціюються з більшою вираженістю компульсивного переїдання. У психологічному контексті це може відображати використання їжі як способу тимчасової компенсації негативного емоційного стану.

Крім того, виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем компульсивного переїдання та алекситимією ( $\rho = 0,44$ ,  $p = 0,006$ ). Це свідчить про те, що труднощі ідентифікації та вербалізації емоційних станів пов'язані з більшою схильністю до компульсивної харчової поведінки. Обмежена емоційна усвідомленість може перешкоджати конструктивному переживанню емоцій і сприяти їх «переведенню» у тілесно-поведінкову форму.

Отримані результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена свідчать про те, що компульсивне переїдання тісно пов'язане з негативними емоційними станами та порушеннями емоційної регуляції. Найбільш значущим психологічним чинником, асоційованим з вираженістю компульсивного переїдання, є емоційна дисрегуляція, що підтверджує її центральну роль у механізмах формування та підтримання даного виду порушеної харчової поведінки. Отримані дані емпірично обґрунтовують необхідність психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості та регуляції емоцій у осіб з компульсивним переїданням.

Таблиця 3.12

**Кореляції між показниками емоційної дисрегуляції (DERS) та емоційними станами (коефіцієнт Спірмена)**

| Показник                         | $\rho$ | p       |
|----------------------------------|--------|---------|
| Ситуативна тривожність (STAI-S)  | 0,61   | < 0,001 |
| Особистісна тривожність (STAI-T) | 0,64   | < 0,001 |
| Тривога (HADS)                   | 0,56   | < 0,001 |
| Депресія (HADS)                  | 0,59   | < 0,001 |
| Алекситимія (TAS-20)             | 0,62   | < 0,001 |

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.12, між інтегральним показником труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS та показниками емоційних станів виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки. Це свідчить про те, що зростання рівня емоційної дисрегуляції супроводжується посиленням негативних емоційних переживань і порушень емоційного функціонування.

Найбільш виражений кореляційний зв'язок зафіксовано між показниками DERS та особистісної тривожності ( $\rho = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ). Така сила кореляції свідчить про тісний зв'язок між хронічною тривожною налаштованістю та труднощами регуляції емоцій. Це означає, що особи з підвищеною схильністю до постійного переживання тривоги водночас мають обмежені можливості ефективного управління власними емоційними станами.

Значущі позитивні кореляції також виявлено між показниками емоційної дисрегуляції та ситуативної тривожності ( $\rho = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ), що вказує на тісний зв'язок між інтенсивними тривожними реакціями у стресових ситуаціях і труднощами контролю емоцій. Це свідчить про те, що у стані підвищеного емоційного напруження здатність до регуляції емоцій істотно знижується.

Кореляційний аналіз показав наявність значущих зв'язків між показником DERS та рівнем тривоги ( $\rho = 0,56, p < 0,001$ ) і депресії ( $\rho = 0,59, p < 0,001$ ) за шкалою HADS. Отримані результати свідчать про те, що труднощі емоційної регуляції асоціюються не лише з тривожними, але й з депресивними проявами, такими як знижений настрій, емоційна виснаженість і втрата здатності до самопідтримки.

Окрім цього, виявлено тісний позитивний зв'язок між показниками емоційної дисрегуляції та алекситимії ( $\rho = 0,62, p < 0,001$ ). Це означає, що труднощі усвідомлення та вербалізації емоцій тісно пов'язані з нездатністю ефективно регулювати емоційні стани. У психологічному контексті така комбінація може створювати умови для хронізації емоційного дистресу та використання дезадаптивних способів його зниження, зокрема компульсивної харчової поведінки.

Отримані результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена свідчать про те, що емоційна дисрегуляція має тісні та системні зв'язки з тривожними, депресивними станами та алекситимією. Емоційна дисрегуляція виступає центральним психологічним механізмом, який поєднує різні форми негативного емоційного переживання та створює підґрунтя для розвитку і підтримання компульсивного переїдання. Отримані дані підтверджують доцільність спрямування психологічної допомоги на розвиток навичок емоційної усвідомленості та регуляції як ключових напрямів психокорекційної роботи.

### **3.4 Практичні рекомендації**

Отримані результати емпіричного дослідження засвідчили, що компульсивне переїдання тісно пов'язане з підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів, вираженими труднощами емоційної регуляції та алекситимії, а також має гендерні особливості перебігу. У зв'язку з цим практичні рекомендації мають бути спрямовані не лише на модифікацію

харчової поведінки, а передусім на корекцію емоційної сфери та розвиток адаптивних механізмів саморегуляції.

У процесі психологічного обстеження осіб з проявами компульсивного переїдання доцільно застосовувати комплексний діагностичний підхід, що включає оцінку не лише харчової поведінки, але й емоційних станів та регуляторних процесів. Рекомендується систематично досліджувати рівень тривожності, депресивних проявів, емоційної дисрегуляції та алекситимії як чинників ризику хронізації компульсивної поведінки. Такий підхід дозволяє своєчасно виявляти осіб з високим рівнем психоемоційного дистресу та планувати індивідуалізовану психологічну допомогу.

Особливу увагу доцільно приділяти гендерним відмінностям у прояві емоційних станів, зокрема більш вираженій тривожності та емоційній дисрегуляції у жінок, що потребує більш акцентованої роботи з емоційною сферою.

З огляду на провідну роль емоційної дисрегуляції у підтриманні компульсивного переїдання, психологічна допомога має бути спрямована на розвиток навичок усвідомлення, прийняття та регуляції емоцій. Доцільним є використання психокорекційних підходів, орієнтованих на роботу з емоційними станами, зокрема когнітивно-поведінкових та емоційно-орієнтованих інтервенцій.

У процесі консультування важливо допомагати клієнтам усвідомлювати зв'язок між емоційним напруженням і харчовою поведінкою, ідентифікувати індивідуальні емоційні тригери компульсивного переїдання та формувати альтернативні, більш адаптивні способи зниження дистресу. Робота з тривогою та депресивними проявами має включати як когнітивну реструктуризацію дисфункційних переконань, так і розвиток навичок самопідтримки та емоційної стабілізації.

З урахуванням виявлених труднощів усвідомлення та вербалізації емоцій доцільно включати у психокорекційну роботу елементи, спрямовані на розвиток емоційної грамотності. Рекомендується поступове навчання

клієнтів розпізнаванню власних емоційних станів, розширенню емоційного словника та формуванню здатності виражати емоції у безпечний і прийнятний спосіб.

Окремого опрацювання потребують почуття провини, сорому та знижена самооцінка, які підтримують замкнене коло компульсивного переїдання. У цьому контексті важливо формувати у клієнтів більш доброзичливе ставлення до себе, зменшувати надмірну самокритику та поступово замінювати дезадаптивні самозвинувачення на реалістичну та підтримувальну самооцінку.

З профілактичною метою доцільно впроваджувати психоосвітні програми, спрямовані на підвищення обізнаності щодо ролі емоційних станів у формуванні харчової поведінки. Формування навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості та усвідомленого ставлення до власних потреб може сприяти зниженню ризику розвитку компульсивного переїдання та його рецидивів.

Таким чином, практичні рекомендації, розроблені на основі результатів дослідження, підкреслюють необхідність комплексного, емоційно орієнтованого підходу у психологічній роботі з особами з компульсивним переїданням та можуть бути використані у практиці клінічних психологів і психотерапевтів.

Розроблена програма психологічної допомоги ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, які засвідчили тісний взаємозв'язок компульсивного переїдання з підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів, емоційної дисрегуляції та алекситимії, а також наявність гендерних особливостей перебігу зазначеного розладу. Відповідно, програма має комплексний характер і спрямована не лише на модифікацію харчової поведінки, а передусім на корекцію емоційної сфери та розвиток адаптивних механізмів саморегуляції.

Методологічною основою програми є інтеграція когнітивно-поведінкового підходу, емоційно-орієнтованих інтервенцій та елементів

психоосвіти. Такий підхід дозволяє одночасно працювати з когнітивними спотвореннями, емоційною реактивністю, труднощами усвідомлення та вербалізації емоцій, а також із дезадаптивними способами подолання психоемоційного дистресу.

Програма розрахована на 16 занять тривалістю 60–90 хвилин, які проводяться 1 раз на тиждень у форматі індивідуального або малого групового консультування. Послідовність занять вибудована за принципом поступового ускладнення: від формування мотивації та психоосвіти – до глибокої роботи з емоційною регуляцією, самооцінкою, почуттями сорому та провини, а також профілактики рецидивів.

Особлива увага в межах програми приділяється розвитку емоційної грамотності, навичок усвідомлення зв'язку між емоційним напруженням і харчовою поведінкою, формуванню альтернативних способів зниження дистресу та зміцненню самопідтримки. За потреби зміст окремих занять може адаптуватися з урахуванням індивідуальних та гендерних особливостей клієнтів.

**Таблиця 3.13**

**Комплексна програма психологічної допомоги при компульсивному переїданні**

| <b>№ заняття</b> | <b>Тема заняття</b>                        | <b>Мета заняття</b>                                  | <b>Основний зміст і методи</b>   |
|------------------|--|--|--|
| 1                | Вступ. Формування терапевтичного контракту | Підвищення мотивації, формування безпечного простору | Знайомство, визначення очікувань, обговорення цілей роботи, психоосвіта щодо компульсивного переїдання |
| 2                | Психоосвіта: емоції та харчова поведінка   | Усвідомлення ролі емоцій у переїданні                | Модель «емоція – напруга – їжа», аналіз індивідуального досвіду  |
| 3                | Усвідомлення власної харчової поведінки    | Розвиток навичок самопостереження                    | Щоденник харчування та емоцій, аналіз типових ситуацій   |
| 4                | Емоційна грамотність I                     | Навчання розпізнаванню емоцій                        | Робота з емоційним словником, тілесні маркери емоцій   |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 5  | Емоційна грамотність II                    | Поглиблення усвідомлення емоцій             | Диференціація емоцій, робота з алекситимічними труднощами   |
| 6  | Тривожність і компульсивне переїдання      | Зниження рівня тривожного напруження        | Виявлення тривожних тригерів, техніки стабілізації          |
| 7  | Депресивні стани та втрата самопідтримки   | Підвищення емоційної активності             | Робота з безпорадністю, формування ресурсів                 |
| 8  | Когнітивні спотворення                     | Усвідомлення дисфункційних переконань       | Когнітивна реструктуризація, робота з автоматичними думками |
| 9  | Емоційна регуляція I                       | Формування навичок регуляції                | Техніки зниження напруги, самозаспокоєння                   |
| 10 | Емоційна регуляція II                      | Закріплення навичок                         | Альтернативні способи реагування на дистрес                 |
| 11 | Почуття провини та сорому                  | Зменшення самозвинувачення                  | Опрацювання сорому, нормалізація емоцій                     |
| 12 | Самооцінка та самокритика                  | Формування доброзичливого ставлення до себе | Робота з внутрішнім критиком, розвиток самопідтримки        |
| 13 | Гендерні особливості емоційного реагування | Усвідомлення індивідуальних патернів        | Аналіз гендерних очікувань та емоційних ролей               |
| 14 | Стрес і копінг-стратегії                   | Розвиток адаптивних способів подолання      | Формування персонального набору копінг-стратегій            |
| 15 | Профілактика зривів                        | Запобігання рецидивам                       | Аналіз ризикових ситуацій, план дій                         |
| 16 | Підсумок і завершення програми             | Узагальнення результатів                    | Оцінка змін, закріплення навичок, завершення роботи         |

Перше заняття має вступний характер і спрямоване на формування терапевтичного альянсу, створення безпечного та підтримувального простору взаємодії, а також окреслення цілей і структури подальшої роботи. У процесі заняття здійснюється знайомство з клієнтом (або учасниками групи), обговорюються очікування від програми, правила конфіденційності та принципи добровільності. Значна увага приділяється психоосвіті щодо психологічних механізмів компульсивного переїдання, ролі емоційної дисрегуляції та формуванню мотивації до змін.

Друге заняття присвячене поглибленій психоосвіті щодо взаємозв'язку емоційних станів і харчової поведінки. У ході роботи розглядається модель

«емоційне напруження – імпульс – переїдання – короткочасне полегшення – почуття провини», що дозволяє клієнтам усвідомити циклічність компульсивної поведінки. Проводиться обговорення індивідуального досвіду учасників із фокусом на емоційні передумови переїдання.

Третє заняття спрямоване на розвиток навичок самоспостереження та усвідомлення власної харчової поведінки. Клієнти навчаються фіксувати зв'язок між подіями, емоційними станами та епізодами переїдання. Вводиться використання щоденника харчової поведінки та емоцій, здійснюється аналіз типових ситуацій втрати контролю.

Четверте заняття має на меті формування базових навичок емоційної грамотності. Основна увага приділяється навчання розпізнаванню власних емоційних станів, диференціації емоцій і усвідомленню тілесних маркерів емоційного напруження. Робота відбувається у безпечному темпі з урахуванням можливих алекситимічних труднощів.

П'яте заняття продовжує розвиток емоційної грамотності та спрямоване на розширення емоційного словника й формування здатності вербалізувати власні переживання. У процесі роботи клієнти вчаться називати складні та змішані емоції, розрізняти емоційні стани та потреби, що за ними стоять.

Шосте заняття фокусується на роботі з тривожністю як одним із провідних чинників компульсивного переїдання. Проводиться аналіз індивідуальних тривожних тригерів, формується розуміння механізмів тривожного реагування. У практичній частині відпрацьовуються базові техніки емоційної стабілізації та зниження напруження.

Сьоме заняття присвячене опрацюванню депресивних проявів, почуття безпорадності та емоційного виснаження. Робота спрямована на відновлення контакту з ресурсами, формування навичок самопідтримки та поступове підвищення рівня емоційної активності.

Восьме заняття має когнітивно-орієнтований характер і спрямоване на виявлення та корекцію дисфункційних переконань, пов'язаних із їжею,

тілесним образом і самооцінкою. Клієнти навчаються ідентифікувати автоматичні негативні думки та аналізувати їх вплив на емоційний стан і поведінку.

Дев'яте заняття присвячене формуванню навичок емоційної регуляції. Учасники опановують способи усвідомленого зниження інтенсивності емоцій без використання їжі як основного регулятора. Особлива увага приділяється формуванню відчуття контролю над емоційними реакціями.

Десяте заняття спрямоване на закріплення та розширення навичок емоційної регуляції. Клієнти формують індивідуальний набір альтернативних способів реагування на дистресові стани, що можуть бути використані у повсякденному житті.

Одинадцятье заняття має на меті опрацювання почуттів сорому та провини, які підтримують замкнене коло компульсивного переїдання. У процесі роботи здійснюється нормалізація емоційних переживань і зниження рівня самозвинувачення.

Дванадцятье заняття спрямоване на роботу з самооцінкою та надмірною самокритикою. Основним завданням є формування більш доброзичливого ставлення до себе, розвиток навичок самопідтримки та зменшення впливу внутрішнього критика.

Тринадцятье заняття присвячене аналізу індивідуальних і гендерних особливостей емоційного реагування. Клієнти досліджують соціальні очікування та емоційні ролі, що впливають на спосіб переживання та регуляції емоцій.

Чотирнадцятье заняття фокусується на розвитку адаптивних копінг-стратегій подолання стресу. Учасники формують персоналізований набір способів реагування на напружені життєві ситуації без використання компульсивної харчової поведінки.

П'ятнадцятье заняття спрямоване на профілактику зривів і рецидивів. Проводиться аналіз потенційно ризикових ситуацій, формуються

індивідуальні плани дій у разі підвищення емоційного напруження або повернення імпульсів до переїдання.

Шістнадцяте заняття має підсумковий характер і спрямоване на узагальнення отриманого досвіду, оцінку досягнутих змін та закріплення сформованих навичок. Відбувається рефлексія процесу роботи, підкреслення ресурсів клієнта та завершення терапевтичної взаємодії.

Реалізація комплексної програми психологічної допомоги, спрямованої на корекцію емоційної сфери та розвиток навичок саморегуляції у осіб з компульсивним переїданням, передбачає досягнення системних позитивних змін на емоційному, когнітивному, поведінковому та особистісному рівнях. Очікується, що участь у програмі сприятиме зниженню інтенсивності тривожних і депресивних проявів, зменшенню загального рівня психоемоційного напруження, а також підвищенню здатності до усвідомлення, прийняття та регуляції власних емоційних станів. Передбачається зменшення проявів емоційної дисрегуляції та зниження вираженості алекситимічних труднощів, що забезпечить більш адекватне та гнучке емоційне реагування у стресових ситуаціях.

На когнітивному рівні реалізація програми має сприяти зниженню частоти та інтенсивності дисфункційних переконань і когнітивних спотворень, пов'язаних із харчовою поведінкою, образом тіла та самооцінкою. Учасники програми поступово опановують навички ідентифікації автоматичних негативних думок, їх критичного аналізу та заміни на більш реалістичні, адаптивні й підтримувальні когнітивні установки. Це створює підґрунтя для формування більш усвідомленого та відповідального ставлення до власного психоемоційного стану.

На поведінковому рівні очікується зменшення частоти епізодів компульсивного переїдання, зростання усвідомленості у виборі способів реагування на емоційний дистрес та формування альтернативних, більш адаптивних копінг-стратегій. Учасники програми набувають здатності

відтерміновувати імпульсивні реакції та утримуватися від використання їжі як основного засобу зниження емоційного напруження.

На особистісному рівні передбачається зниження рівня надмірної самокритики, послаблення почуттів сорому та провини, формування більш доброзичливого і прийняттого ставлення до себе, зростання рівня самопідтримки та стабілізація самооцінки. Важливим результатом реалізації програми є також підвищення загального рівня психологічної стійкості, емоційної автономії та здатності до саморегуляції у складних життєвих ситуаціях. У цілому програма спрямована на покращення психологічного благополуччя осіб з компульсивним переїданням, зниження ризику хронізації дезадаптивної харчової поведінки та профілактику рецидивів у подальшому.

Оцінка ефективності програми психологічної допомоги здійснюється шляхом комплексного аналізу кількісних та якісних показників із порівнянням результатів до та після проходження програми. Для цього застосовується поєднання стандартизованих психодіагностичних методик, самозвітних інструментів та клінічного аналізу. Зокрема, для кількісної оцінки динаміки компульсивної харчової поведінки, емоційного стану та регуляторних процесів використовуються шкала компульсивного переїдання, методики оцінки тривожності та депресивних проявів, шкала труднощів емоційної регуляції, Торонтська шкала алекситимії та шкала самооцінки. Додатково застосовуються щоденники харчової поведінки й емоційних станів, короткі опитувальники суб'єктивного самопочуття після занять та письмові рефлексії, що дозволяють відстежувати індивідуальну динаміку змін.

Якісна оцінка ефективності програми здійснюється за допомогою напівструктурованого клінічного інтерв'ю до та після завершення програми, аналізу змін у здатності клієнтів вербалізувати власні емоційні переживання, а також спостереження за трансформацією емоційних реакцій і поведінкових стратегій у процесі консультування. Для наукового обґрунтування отриманих результатів застосовуються методи математичної статистики, зокрема

порівняльний аналіз показників до і після участі у програмі з використанням параметричних або непараметричних критеріїв залежно від характеру розподілу даних, а також аналіз динаміки ключових психологічних показників як індикаторів ефективності психокорекційного втручання.

### **Висновки до розділу 3**

У третьому розділі здійснено комплексний аналіз емпіричних даних щодо психологічних чинників, пов'язаних із компульсивним переїданням, а також визначено практичні орієнтири для психологічної допомоги. Отримані результати дозволяють цілісно описати емоційний профіль осіб із компульсивною харчовою поведінкою та уточнити механізми її підтримання через емоційну сферу.

За результатами описової статистики встановлено, що вибірка загалом характеризується стійкими й клінічно значущими проявами компульсивного переїдання. Рівень BES у більшості учасників відповідає середньо-високій вираженості симптоматики, що вказує на системний характер порушення та його зв'язок із психологічним дистресом. Важливо, що варіативність результатів є помірною, тобто досліджувані утворюють відносно однорідну групу з домінуванням проблеми втрати контролю над харчовою поведінкою.

Аналіз емоційних станів засвідчив, що для осіб із компульсивним переїданням характерні підвищені рівні тривожності та виражені тривожно-депресивні прояви. Показники за STAI відображають не лише ситуативні реакції на стрес, а й тенденцію до хронічної тривожної налаштованості (переважання особистісної тривожності). Дані HADS підтверджують наявність емоційного дистресу, який у значної частини учасників наближається до клінічно значущого рівня. Таким чином, компульсивне переїдання виявляється включеним у ширший контекст психоемоційного

неблагополуччя, де їжа може виконувати функцію короткочасного «полегшення» напруження.

Окремо підкреслено роль емоційної дисрегуляції та алекситимії. Підвищений інтегральний показник DERS свідчить про системні труднощі усвідомлення, прийняття та модулювання емоцій, а також про схильність до імпульсивних реакцій у стані напруження. Показники TAS-20 демонструють помірно підвищену алекситимію, тобто обмеженість у розпізнаванні й вербалізації емоційних переживань. Поєднання дисрегуляції та алекситимії створює умови, за яких емоційний стан «не опрацьовується» психологічно, а переводиться у тілесно-поведінкову форму – зокрема через переїдання.

Порівняльний аналіз підтвердив наявність гендерних відмінностей у вираженості як компульсивного переїдання, так і емоційної симптоматики. Жінки продемонстрували вищі показники BES, більш виражену тривожність (ситуативну й особистісну), вищий рівень тривожно-депресивних проявів за HADS, а також більш значущі труднощі емоційної регуляції та вищу алекситимію. Отримані відмінності обґрунтовують необхідність гендерно чутливого підходу в діагностиці та психокорекції: для жінок доцільно сильніше акцентувати роботу з афективною сферою, самокритикою, соромом і провиною, тоді як у чоловіків важливо не недооцінювати проблему через відносно нижчі середні показники, адже вони також перебувають у зоні підвищеного ризику емоційних труднощів.

Кореляційний аналіз виявив системні зв'язки між компульсивним переїданням та емоційною сферою. Усі досліджувані показники (тривожність, тривога/депресія, алекситимія) мають позитивні статистично значущі кореляції з рівнем BES, що підтверджує: зі зростанням негативних емоційних станів підвищується вираженість компульсивної харчової поведінки. Найбільш тісний зв'язок встановлено між BES і DERS, що дозволяє розглядати емоційну дисрегуляцію як центральний психологічний механізм підтримання компульсивного переїдання. Додатково показано, що сама емоційна дисрегуляція тісно пов'язана з тривожністю, депресивними

проявами та алекситимією, тобто виступає «вузловою ланкою», через яку емоційний дистрес перетворюється на дезадаптивні поведінкові стратегії.

На підставі отриманих результатів сформульовано практичні рекомендації, що підкреслюють необхідність комплексної, емоційно орієнтованої психологічної допомоги. Основним вектором корекційної роботи має бути не лише модифікація харчових патернів, а насамперед розвиток емоційної усвідомленості та навичок регуляції: ідентифікація емоційних тригерів, формування альтернативних способів зниження дистресу, зменшення самокритики й сорому, розвиток самопідтримки та поступове розширення емоційного словника. Отже, результати розділу 3 емпірично підтверджують провідну роль афективних і регуляторних порушень у компульсивному переїданні та обґрунтовують доцільність психокорекційних інтервенцій, спрямованих на емоційну сферу як ключову умову зниження ризику хронізації та рецидивів порушеної харчової поведінки.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі «Особливості емоційних станів в осіб з компульсивним переїданням» здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження емоційної сфери осіб із компульсивним переїданням та визначено психологічні механізми, що підтримують даний тип порушеної харчової поведінки. Актуальність теми підтверджується високою поширеністю компульсивного переїдання, його коморбідністю з тривожно-депресивною симптоматикою, а також зростанням запиту на психологічні інтервенції, орієнтовані на емоційну регуляцію.

За результатами теоретичного аналізу обґрунтовано, що емоційні стани є інтегральними психічними феноменами, які поєднують афективний, когнітивний, фізіологічний і поведінковий компоненти та виступають ключовими регуляторами діяльності й адаптації. Показано, що компульсивне переїдання доцільно розглядати не як прояв «слабкої волі», а як дезадаптивний спосіб емоційної саморегуляції, який формується на тлі хронічного дистресу, порушень емоційної регуляції, підвищеної тривожності, депресивних тенденцій і труднощів емоційної усвідомленості (зокрема алекситимії). Теоретичні моделі (когнітивно-поведінкова, афективно-регуляторна та біопсихосоціальна) узгоджено пояснюють замкнений цикл «емоційний дистрес – компульсивне переїдання – сором/провина – посилення дистресу», у межах якого переїдання дає короткочасне полегшення, але в довготривалій перспективі підсилює психологічні труднощі.

Емпіричну частину роботи організовано як порівняльно-кореляційне дослідження за дизайном «зрізу» із застосуванням валідного комплексу методик (BES, STAI, HADS, DERS, TAS-20) та адекватних статистичних процедур. Отримані результати засвідчили, що досліджувана вибірка загалом характеризується вираженими проявами компульсивного переїдання у поєднанні з підвищеним рівнем тривожності, тривожно-депресивними

проявами, суттєвими труднощами емоційної регуляції та помірно підвищеною алекситимією. Це підтверджує припущення про провідну роль емоційних станів і регуляторних порушень у підтриманні компульсивної харчової поведінки.

Порівняльний аналіз за гендерною ознакою показав наявність статистично значущих відмінностей: жінки з компульсивним переїданням демонструють вищу вираженість компульсивної харчової поведінки, вищі показники ситуативної та особистісної тривожності, більш інтенсивні тривожно-депресивні прояви, а також більш виражені труднощі емоційної регуляції й вищий рівень алекситимії порівняно з чоловіками. Такі дані свідчать, що гендерний чинник є важливим модератором емоційного реагування та має враховуватися у клініко-психологічній діагностиці, формуванні індивідуальної концептуалізації випадку й плануванні психокорекційної роботи.

Кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу дослідження щодо наявності статистично значущих зв'язків між рівнем компульсивного переїдання та показниками емоційної сфери. Виявлено стійкі позитивні асоціації компульсивного переїдання з ситуативною й особистісною тривожністю, тривожно-депресивними проявами, алекситимією та, насамперед, з емоційною дисрегуляцією. Найсильніший зв'язок зафіксовано саме між компульсивним переїданням і труднощами емоційної регуляції, що дозволяє розглядати емоційну дисрегуляцію як центральний психологічний механізм підтримання розладу. Додатково встановлено, що емоційна дисрегуляція тісно пов'язана з тривогою, депресією та алекситимією, утворюючи єдиний дисфункційний контур, який підвищує ризик імпульсивних поведінкових реакцій і закріплення харчових «зривів» як способу зниження напруження.

Практичне значення роботи полягає в обґрунтуванні необхідності комплексного, емоційно орієнтованого підходу до психологічної допомоги при компульсивному переїданні. На основі отриманих даних визначено ключові напрями психокорекції: розвиток емоційної грамотності та

усвідомленості, формування навичок прийняття й регуляції емоцій, опрацювання тривожно-депресивної симптоматики, зменшення самокритики та роботи з почуттям сорому/провини, розширення репертуару адаптивних копінг-стратегій, а також профілактика рецидивів через навчання розпізнаванню тригерів і вибудову плану дій у стресових ситуаціях. Запропонована комплексна програма психологічної допомоги логічно випливає з емпіричних результатів і може бути використана в практиці клінічних психологів та психотерапевтів у форматі індивідуальної або малої групової роботи.

Отже, результати дослідження підтвердили, що компульсивне переїдання у дорослих тісно пов'язане з негативними емоційними станами, емоційною дисрегуляцією та труднощами емоційної усвідомленості, а також має гендерні особливості прояву. Сформульовані висновки поглиблюють розуміння психологічної природи компульсивного переїдання та створюють підґрунтя для подальших досліджень, зокрема із залученням ширших вибірок, аналізом коморбідності, а також перевіркою ефективності запропонованих психокорекційних програм у форматі формувального експерименту.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Психологія емоційних станів. – Київ : Либідь, 2018. – 320 с.
2. Бойко В. В. Енергетика емоцій у спілкуванні: погляд психолога. – Київ : Центр учбової літератури, 2017. – 248 с.
3. Василенко О. М. Емоційна регуляція як чинник психічного здоров'я особистості // Психологічний журнал. – 2020. – № 3. – С. 45–52.
4. Войтюк О. М. Психологія харчової поведінки. – Львів : Світ, 2019. – 212 с.
5. Волошина Л. М. Порушення харчової поведінки у дорослому віці // Медична психологія. – 2018. – № 2. – С. 14–19.
6. Гнатюк М. С. Алекситимія як фактор психосоматичних розладів // Актуальні проблеми психології. – 2019. – Т. 11. – С. 87–95.
7. Горностаї П. П. Психологія особистості. – Київ : Академвидав, 2016. – 304 с.
8. Губенко О. В. Емоційна дисрегуляція та адиктивна поведінка // Соціальна психологія. – 2021. – № 1. – С. 33–41.
9. Денисюк І. А. Компульсивна поведінка як форма психологічного захисту // Вісник ХНУ. – 2018. – № 62. – С. 98–103.
10. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. – Київ : Центр учбової літератури, 2020. – 416 с.
11. Журавльова Л. П. Психологія емоцій. – Київ : Слово, 2017. – 256с.
12. Зливков В. Л. Психологія харчових залежностей. – Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. – 198 с.
13. Ільїн Є. П. Емоції та почуття. – Київ : Пітер, 2016. – 783 с.
14. Карамушка Л. М. Психологічні механізми саморегуляції // Організаційна психологія. – 2019. – № 4. – С. 21–29.

15. Кокун О. М. Психологія стресу та подолання. – Київ : Наукова думка, 2018. – 240 с.
16. Кононова М. М. Тривожність як предиктор адиктивної поведінки // Психологія і особистість. – 2020. – № 2. – С. 66–74.
17. Корольчук М. С. Психологія стресу. – Київ : КНТ, 2017. – 512 с.
18. Кравчук С. Л. Психоемоційні чинники розладів харчової поведінки // Медична психологія. – 2022. – № 1. – С. 9–15.
19. Максименко С. Д. Загальна психологія. – Київ : Центр учбової літератури, 2019. – 592 с.
20. Маркова О. В. Компульсивні форми поведінки у структурі залежностей // Психологічні перспективи. – 2018. – № 31. – С. 110–118.
21. Москалець В. П. Психологія особистості. – Київ : Либідь, 2017. – 400 с.
22. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект. – Київ : Освіта України, 2016. – 212 с.
23. Павленко В. М. Психологічні чинники переїдання // Вісник психології і педагогіки. – 2021. – № 14. – С. 54–60.
24. Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки. – Львів : ЛНУ, 2018. – 272 с.
25. Титаренко Т. М. Психологія життєвих криз. – Київ : Аграф-Медіа, 2016. – 320 с.
26. Хомуленко Т. Б. Емоційна сфера як фактор дезадаптації // Актуальні проблеми психології. – 2020. – Т. 1. – С. 132–139.
27. Царькова О. В. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки // Практична психологія та соціальна робота. – 2019. – № 6. – С. 17–23.
28. Чепелева Н. В. Психологічне консультування. – Київ : Академвидав, 2018. – 352 с.
29. Шевченко Н. Ф. Саморегуляція емоцій у дорослому віці // Психологічний часопис. – 2022. – № 2. – С. 44–51.

30. Яценко Т. С. Глибинна психологія емоційних переживань. – Київ : ПП «Медіа», 2017. – 384 с.
31. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. – Washington, DC : APA, 2022.
32. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. – New York : Basic Books, 2017.
33. Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. – New York : Guilford Press, 2016.
34. Gratz K. L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2018. – Vol. 30. – P. 315–326.
35. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects // Psychological Inquiry. – 2019. – Vol. 26. – P. 1–26.
36. Hay P. et al. Binge-eating disorder // The Lancet. – 2017. – Vol. 390. – P. 705–716.
37. Heatherton T. F., Baumeister R. F. Binge eating as escape from self-awareness // Psychological Bulletin. – 2018. – Vol. 110. – P. 86–108.
38. Herman C. P., Polivy J. A boundary model for the regulation of eating // Psychiatric Annals. – 2016. – Vol. 16. – P. 504–509.
39. Linehan M. M. DBT Skills Training Manual. – New York : Guilford Press, 2015.
40. Polivy J., Herman C. P. Causes of eating disorders // Annual Review of Psychology. – 2018. – Vol. 63. – P. 123–148.
41. Sassaroli S. et al. Emotion regulation in binge eating disorder // Eating Behaviors. – 2019. – Vol. 33. – P. 45–51.
42. Schag K. et al. Emotion regulation and binge eating // Nutrients. – 2020. – Vol. 12. – P. 1–15.
43. Spielberger C. D. State-Trait Anxiety Inventory. – Palo Alto : Mind Garden, 2016.

44. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A. Disorders of Affect Regulation. – Cambridge : Cambridge University Press, 2018.

45. Van Strien T. Emotional eating // Current Directions in Psychological Science. – 2018. – Vol. 27. – P. 379–384.

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А.

#### Щоденник емоційної саморегуляції клієнта з компульсивним переїданням

Щоденник емоційної саморегуляції використовується як інструмент психологічної роботи з метою підвищення усвідомленості емоційних станів, виявлення тригерів компульсивного переїдання, а також формування навичок альтернативного, адаптивного реагування на емоційне напруження. Заповнення щоденника сприяє розвитку здатності до розпізнавання емоцій, зниженню імпульсивності поведінки та поступовому формуванню більш ефективних стратегій емоційної регуляції.

Клієнту рекомендується заповнювати щоденник одразу після ситуацій, що супроводжуються емоційним напруженням або імпульсом до переїдання.

#### Форма щоденника емоційної саморегуляції

| Ситуація | Емоція | Інтенсивність<br>(0–10) | Думки | Імпульс<br>до їжі | Альтернативна<br>дія | Результат |
|----------|--------|-------------------------|-------|-------------------|----------------------|-----------|
|----------|--------|-------------------------|-------|-------------------|----------------------|-----------|

#### Пояснення до заповнення колонок

**Ситуація** – короткий опис події або обставин, що передували емоційній реакції (місце, час, взаємодія з іншими).

**Емоція** – назва основної емоції (тривога, сором, злість, сум, напруження тощо).

**Інтенсивність** – суб'єктивна оцінка сили емоції за шкалою від 0 до 10.

**Думки** – автоматичні думки або внутрішні судження, що виникли у відповідь на ситуацію.

**Імпульс до їжі** – наявність або сила бажання їсти як способу зниження напруження (відсутній / слабкий / помірний / сильний).

**Альтернативна дія** – інша форма реагування замість переїдання (дихальна вправа, пауза, прогулянка, звернення по підтримку, відволікання тощо).

**Результат** – зміни емоційного стану після альтернативної дії (зменшення напруження, відкладення імпульсу, відсутність зриву).