

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**САК ЛЕСЯ ВІТАЛІВНА**

УДК616.89-008.441.42-053.6-02-085.851:316.363

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З НЕРВОВОЮ  
АНОРЕКСІЄЮ В КОНТЕКСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА  
ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ.**

225 «Медична психологія»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Л.В. Сак

(підпис ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник:** Хаустова Олена Олександрівна, доктор медичних наук,  
професор.

**Київ – 2023**

## АНОТАЦІЯ

*Сак Л.В.* Медико-психологічний супровід пацієнтів з нервовою анорексією в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2023.

### **Зміст анотації.**

Розлади харчової поведінки, до яких належить нервова анорексія, є поширеними, важкими та часто хронічними психічними розладами з вираженими негативними медико-соціальними наслідками. Факторами ризику виникнення нервої анорексії є генетична схильність, особистісні особливості, стрес та чинники середовища. (Schurrer M.,2017; M. L. Norris., W. Spettigue., D. K. Katzman,2018 ) Рання юність та період статевого дозрівання (11–14 років) є перехідними фазами життя, які характеризуються підвищеними рівнями стресу, фізичними, психологічними та соціальними модифікаціями. Через усвідомлення суспільного тиску відносно схуднення та його неадаптивну когнітивну оцінку підвищується рівень стресу, який додатково може спровокувати психологічну дезадаптацію та підвищити ризик психосоматичних та психічних розладів. Саме тому підлітковий вік є періодом найвищого ризику маніфестації симптомів нервої анорексії, як можливий наслідок психологічної дезадаптації, хоча хвороба може виникати у людей різного віку (К. М. Culbert., S. E. Racine., K. L. Klump, 2017; M.Schurrer, 2019). Лікування пацієнтів з нервовою анорексією є складним та часомістким процесом, оскільки все частіше зустрічаються стійкі форми. Біля 19.6 % хворих на нервову анорексію мають хронічний перебіг

захворювання, що спричиняє як фінансові так і психологічні складнощі для родини хворого. Результати досліджень вказують на прямий вплив психо-емоційного статусу та/або наявних психопатологічних проявів і можливих психосоматичних розладів у батьків, на розвиток та підтримку розладів харчової поведінки. Певні особистісні риси, психопатологічні прояви у близьких членів родини хворих на нервову анорексію та особливості сімейного функціонування родини хворого можуть бути предикторами виникнення нервової анорексії, а інші навпаки – можуть виконувати превентивну та підтримуючу роль у лікуванні та профілактиці рецидивів нервової анорексії. (L. Cernigliaa, S. Cimino, G. Ballarottob. 2018; L.Balottin,, S. Mannarini,, M Mensi, 2017; L. Balottin, S. Mannarini, 2018).

**Метою** дисертаційного дослідження було підвищення ефективності надання медико-психологічної допомоги пацієнтам з нервовою анорексією на основі вивчення патопсихологічних особливостей осіб з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів, показників сімейного функціонування та якості соціальної підтримки, шляхом впровадження науково обґрунтованої програми психокорекції в контексті сімейних відносин в стандартну медико-психологічну допомогу.

#### **Завдання дослідження:**

- 1) Дослідити соціально-демографічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.
- 2) Визначити особливості сімейного функціонування пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.
- 3) Визначити якість життя батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.

- 4) Виокремити та стратифікувати за ступенем патогенного впливу детермінанти розвитку нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.
- 5) Науково обґрунтувати та удосконалити медико-психологічний супровід пацієнтів з нервовою анорексією в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів з оцінкою ефективності його впровадження.

У ході роботи було обстежено 333 особи (121 пацієнта з нервовою анорексією, та 212 осіб їх батьки/опікуни). Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця - психоневрологічне відділення Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1. Для досягнення мети було використано теоретичні методи, соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний методи та методи статистичної обробки даних. Дослідження було проведено в 4 етапи.

**Етап 1** полягав у аналізі актуальної наукової літератури. Було проведено контент-аналіз та інтегровано підходи до визначення нервовою анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, проаналізовано прототипні програми психокорекції, проаналізовано сучасні теоретичні моделі нервової анорексії.

**Етап 2** полягав у вивченні структури, факторів та особливостей нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів за допомогою відповідних психодіагностичних методик та статистичних методів. Було виявлено труднощі у різних аспектах емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів. Найбільш виражені порушення емоційної регуляції як у хворих так й у їх батьків/опікунів фіксувалися на рівні неприйняття власних емоцій (пацієнти:  $\mu=24.22$ ,  $SD=5.119$ ;

батьки/опікуни:  $\mu=23.76$ ,  $SD=4.983$ ), що свідчить про виражену тенденцією до відкидання емоцій або їх придушення. Сім'ї пацієнтів з нервовою анорексією мали дисфункціональний тип сімейної системи: сімейна згуртованість як за результатами пацієнтів з нервовою анорексією ( $SD=4.36$ ) так й їх батьків/опікунів ( $SD=4.67$ ) відповідала роз'єднаному типу сімейних стосунків, а показник адаптації у пацієнтів з нервовою анорексією ( $SD=4.15$ ) та їх батьків/опікунів ( $SD=4.65$ ) відносилася до хаотичного типу. Батьки/опікуни мали високий рівень алекситимії ( $\mu=83,46$ ,  $SD=12,334$ ), субклінічні рівні тривоги ( $\mu=8,SD=3,19$ ) та депресії ( $\mu=8,SD=2,31$ ), дуже низький рівень якості життя ( $\mu=26,47$ ,  $SD=2,319$ ). Як пацієнти з нервовою анорексією так й їх батьки/опікуни мали порушення прихильності, а саме стурбовано/тривожний (пацієнти: 49.6%, батьки/опікуни: 47.6%) та нерішучо/дезорганізований (пацієнти: 49.6%, батьки/опікуни: 51.4%) стилі прихильності. Чим складніше пацієнтам з нервовою анорексією було контролювати свої емоції, тим менше вони оцінювали свої сім'ї як згуртовані ( $r=-0.44$ ,  $p<0.001$ ), тим слабшими були їх емоційні зв'язки між членами сім'ї ( $r=-0.18$ ,  $p=0.05$ ), тим менше спільного часу вони проводили із сім'єю та тим менше мали спільних друзів ( $r=-0.2$ ,  $p=0.027$ ). Чим менш гнучкою була сімейна система, тим важче пацієнтам з нервовою анорексією було регулювати свої емоції ( $r=-0.2$ ,  $p=0.026$ ), тим менше змінювалася позиція лідерства в сім'ї ( $r=-0.21$ ,  $p=0.019$ ). Батьки/опікуни пацієнтів з нервовою анорексією, які мали труднощі у регулюванні своїх емоцій, були схильні до меншої згуртованості в сім'ї ( $r=-0.62$ ,  $p<0.001$ ), менш схильні до позитивних емоційних зв'язків ( $r=-0.33$ ,  $p<0.001$ ) з іншими членами сім'ї, до спільних інтересів ( $r=-0.3$ ,  $p<0.001$ ) та дружби ( $r=-0.19$ ,  $p=0.006$ ). Чим складніше батькам/опікунам пацієнтів з нервовою анорексією було регулювати свій емоційний стан, тим менше вони приймали свої емоційні реакції ( $r=-0.24$ ,  $p=0.001$ ), тим складніше їм було підтримувати поведінку, спрямовану на

ціль ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ) тим менш зрозумілими для них були власні емоції ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ), тим менш гнучкими були їх тип сімейної системи ( $r=-0.34$ ,  $p<0.001$ ). Наявність порушення емоційної регуляції у матерів пацієнтів з нервовою анорексією було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією ( $p < 0,0001$ ). Порушене сімейне функціонування було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та асоційоване з низькими показниками індексу маси тіла. Встановлено що стабільність сімейних правил ( $b=-2.341$ ,  $p=.004$ ), лідерство батьків ( $b=-1.197$ ,  $p=.009$ ) сприяло кращій емоційній регуляції пацієнтів з нервовою анорексією, створюючи відчуття безпеки та визначеності в сім'ї.

**Етап 3** полягав у розробці власної програми психокорекції на основі аналізу прототипів та її проведенні. Найбільш ефективні з проаналізованих програм було обрано як прототипи та на їхній основі, а також на основі теоретичних моделей нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів останніх років та отриманих емпіричних даних, було розроблено нову програму психокорекції. Розроблена програма складалась з 4 етапів, де окрім пацієнтів з нервовою анорексією залучалися й родини хворих. На цьому етапі усіх учасників було випадковим чином поділено на дві групи – групу дослідження (пацієнти з нервовою анорексією  $n=63$ , батьки/опікуни  $n=110$ ) та групу порівняння (пацієнти з нервовою анорексією  $n=58$ , батьки/опікуни  $n=102$ ). Учасники групи дослідження отримували і стандартну медико-психологічну допомогу згідно з протоколами і клінічними керівництвами, і додатково залучалися до розробленої програми психокорекції. Учасники групи порівняння отримували стандартну медико-психологічну допомогу, були включені до листа очікування та мали можливість залучитись до програми психокорекції після групи дослідження.

**Етап 4** полягав в оцінці ефективності розробленої програми психокорекції шляхом повторної психодіагностичної оцінки і порівняння результатів груп між собою та з початковими рівнями показників за допомогою статистичних методів. Застосування удосконаленої програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів значно покращило труднощі з емоційної регуляції пацієнтів з нервовою анорексією ( $p < .0005$ ) та їх батьків/опікунів ( $p < 0.005$ ); значно покращило рівень сімейного функціонування за показниками пацієнтів з нервовою анорексією ( $p < 0.001$ ) та їх батьків/опікунів ( $p < 0.001$ ); значно вплинула на покращення індексу маси тіла пацієнтів з нервовою анорексією ( $p < .0005$ ); довело, що чим менш ригідними ставали правила у сім'ях пацієнтів з нервовою анорексією, тим більш позитивно це впливало на збільшення індексу маси тіла ( $b = 0.188, p = 0,030$ ); значно покращило рівень якості життя батьків/опікунів ( $p < 0.001$ ).

#### **Висновки:**

1. Емпіричним шляхом було виявлено особливості психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією, а саме наявність порушеної емоційної регуляції, субклінічні рівні тривоги та депресії, високі рівні алекситимії. Таким чином, було підтверджено ряд припущень щодо наявності порушення психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією, що висловлювалися в останніх теоретичних моделях нервової анорексії.
2. Встановлено що батьки/опікуни пацієнтів з нервовою анорексією маючи труднощі з регулюванням своїх емоцій, були схильні до меншої згуртованості в сім'ї, не мали позитивних емоційних зв'язків з членами сім'ї, спільних інтересів та дружніх відносин. Чим складніше їм було регулювати свій емоційний стан, тим менше вони приймали свої емоційні реакції, тим складніше їм було підтримувати поведінку, спрямовану на досягнення цілей та тим менш

зрозумілішими для них були власні емоції і тим менш гнучкими були типи сімейних систем. Наявність складнощів в контролі своїх емоцій у пацієнтів з нервовою анорексією також впливало на їх емоційні зв'язки з членами сім'ї. Це узгоджувалося з неможливістю оцінювати свої сім'ї як згуртовані та мати бажання проводити час разом. Додатково було встановлено що чим менш гнучкою була сімейна система, тим складніше пацієнтам з нервовою анорексією було регулювати свої емоції.

3. Було встановлено, що наявність порушення емоційної регуляції у матерів пацієнтів з нервовою анорексією було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією.

4. Емпіричним шляхом було встановлено, що сім'ї пацієнтів з нервовою анорексією мали дисфункціональний тип сімейної системи (сімейна згуртованість відповідала роз'єднаному типу сімейних стосунків, а показник адаптації належав до хаотичного типу).

5. Емпірично було доведено що порушене сімейне функціонування було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та асоційоване з низькими показниками індексу маси тіла. Встановлено, що стабільність сімейних правил та лідерство батьків сприяло кращій емоційній регуляції пацієнтів з нервовою анорексією, оскільки створювало відчуття безпеки та визначеності в сім'ї. Проте збільшений проведений час разом асоціювався з більшими складнощами в емоційній регуляції пацієнтів з нервовою анорексією. Стабільність у ролі лідера створювало відчуття безпеки в сімейному середовищі. Коли роль лідера змінювалася рідко, це сприяло створенню прогнозованого середовища для пацієнтів з нервовою анорексією, що допомогало у вирішенні емоційних викликів.

6. Встановлено, що рівень емоційної регуляції батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією та тип сімейного функціонування є значущими



предикторами підтримки нервової анорексії, шляхом впливу на емоційну регуляцію пацієнтів, яка в свою чергу має значущий вплив на покращення індексу маси тіла, що дозволило науково обґрунтувати їх використання як мішеней психокорекційного впливу.

7. Емпірично встановлено що пацієнти з нервовою анорексією та їх батьки/опікуни мали порушення прихильності, а саме стурбовано/тривожний та нерішучо/дезорганізований стилі прихильності.

8. На основі комплексного аналізу встановлено, що сучасні програми психокорекції не враховують значущість впливу психо-емоційного статусу батьків/опікунів на ефективність лікування нервової анорексії. Найбільш ефективні з проаналізованих програм було обрано як прототипи та на їх основі удосконалено комплекс медико-психологічних втручань під час сімейно-орієнтованої та індивідуальної психокорекційної роботи з пацієнтами з нервовою анорексією та їхніми батьками/опікунами, які й увішли до розробленої програми.

9. Емпірично доведено цінність змін емоційної регуляції пацієнтів з нервовою анорексією за рахунок змін емоційної регуляції батьків/опікунів щодо відновлення індексу маси тіла до показників норми та збереження цих показників, завдяки залучення їх до розробленої програми психокорекції. Отже, результати дослідження дають впевненість у тому, що розроблена програма психокорекції не завдає шкоди пацієнтам і не зменшує впливу стандартного лікування нервової анорексії.

**Наукова новизна здобутих результатів.** В результаті проведеної роботи було розв'язано наукову задачу, яка поглиблює знання про особливості психоемоційного статусу пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів в контексті сімейних відносин та покращення ефективності медико-психологічного супроводу даної категорії пацієнтів. Вперше проаналізовано та описано особливості психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з

нервовою анорексією та продемонстрований їх вплив на підтримку хвороби. Вперше встановлено, що рівень емоційної регуляції батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією та тип сімейного функціонування є значущими предикторами підтримки нервовою анорексією, шляхом впливу на емоційну регуляцію пацієнтів з нервовою анорексією, яка має значущий вплив на покращення індексу маси тіла, що дозволило науково обґрунтувати їх використання як мішеней психокорекційного впливу для відновлення індексу маси тіла у пацієнтів з нервовою анорексією. На основі комплексного аналізу психоемоційних особливостей пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів удосконалено комплекс медико-психологічних втручань під час сімейно-орієнтованої та індивідуальної психокорекційної роботи з пацієнтами та їхніми батьками/опікунами, чим підвищено ефективність лікування нервової анорексії. Вперше визначено прогностичну цінність змін емоційної регуляції пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів щодо відновлення індексу маси тіла до показників норми та збереження цих показників. Поглиблено знання про вплив психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією на підтримку хвороби. Вперше було проведено крос-культуральну адаптацію україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS.

**Практичне значення здобутих результатів.** На основі вивчення психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією було запропоновано, науково обґрунтовано, удосконалено та апробовано програму медико-психологічного супроводу пацієнтів з нервовою анорексією в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів, використання якої дозволило покращити ефективність медико-психологічної втручання під час лікування пацієнтів з нервовою анорексією. Обґрунтовано необхідність психодіагностичного дослідження психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією для покращення надання

медико-психологічної допомоги пацієнтам з нервовою анорексією. Доведено, що психоемоційний статус батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією може використовуватись при визначенні медико-психологічних мішеней втручань під час психокорекції пацієнтів з нервовою анорексією. Основні положення дисертації можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів, інтернів та аспірантів, що навчаються за спеціальністю «Медична психологія», а також в клінічній практиці лікарів-психологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики та педіатрів. Результати дослідження впроваджено у практику роботи Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті No1.

**Ключові слова:** розлади харчової поведінки, нервова анорексія, медико-психологічна допомога, психологічна дезадаптація, психо-емоційний статус, прихильність, родина хворого, депресія, тривога, індекс маси тіла, сімейне функціонування, психокорекція, психосоматичні розлади, емоційна регуляція, стрес.

## SUMMARY

*Sak L.V.* Medical and psychological support of patients with anorexia nervosa in the context of family functioning and psycho-emotional status of parents/guardians. - Manuscript of the qualification paper.

Thesis for acquiring the degree of Doctor of Philosophy, specialty 225 «Medical Psychology» (knowledge area 22 «Health care»). – Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2023.

### **Summary.**

Eating disorders, which include anorexia nervosa, are common, severe, and often chronic mental disorders with severe negative health and social consequences. Risk factors for anorexia nervosa include genetic predisposition, personality traits, stress, and environmental factors. (Schurrer M., 2017; M. L. Norris,, W. Spettigue,, D. K. Katzman, 2018) Early adolescence and puberty (11-14 years) are transitional phases of life characterized by increased levels of stress, physical, psychological, and social modifications. Due to the awareness of social pressure to lose weight and its maladaptive cognitive assessment, stress levels increase, which can further provoke psychological maladjustment and increase the risk of psychosomatic and mental disorders. That is why adolescence is the period of the highest risk of manifestation of anorexia nervosa symptoms as a possible consequence of psychological maladjustment, although the disease can occur in people of all ages (K. M. Culbert, S. E. Racine, K. L. Klump, 2017; M. Schurrer, 2019). The treatment of patients with anorexia nervosa is a complex and time-consuming process, as persistent forms are increasingly common. About 19.6% of patients with anorexia nervosa have a chronic course of the disease, which causes both financial and psychological difficulties for the patient's family. Research results indicate a direct influence of psycho-emotional status and/or existing

psychopathological manifestations and possible psychosomatic disorders in parents, on the development and maintenance of eating disorders. Certain personality traits, psychopathological manifestations in close family members of patients with anorexia nervosa and peculiarities of family functioning of the patient's family may be predictors of the onset of anorexia nervosa, and others, on the contrary, may play a preventive and supportive role in the treatment and prevention of relapses of anorexia nervosa. 2018; L. Balottin,, S. Mannarini,, M Mensi, 2017; L. Balottin, S. Mannarini, 2018).

**The purpose** of the research was to improve the effectiveness of providing medical and psychological care to patients with anorexia nervosa based on the study of pathopsychological characteristics of people with anorexia nervosa and their parents/caregivers, indicators of family functioning and quality of social support by introducing a scientifically based psychocorrection program in the context of family relationships into standard medical and psychological care.

**Objectives of the study:**

- 1) To study the socio-demographic and pathopsychological characteristics of patients with anorexia nervosa and their parents/guardians.
- 2) Determine the peculiarities of family functioning of patients with anorexia nervosa and their parents/guardians.
- 3) To determine the quality of life of parents / guardians of patients with anorexia nervosa.
- 4) To identify and stratify the determinants of anorexia nervosa development in the context of family functioning and psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa by the degree of pathogenic influence.

- 5) To scientifically substantiate and improve the medical and psychological support of patients with anorexia nervosa in the context of family functioning and psycho-emotional status of parents/guardians with an assessment of the effectiveness of its implementation.

In the course of the study, 333 people were examined (121 patients with anorexia nervosa and 212 parents/guardians). The study was conducted at the clinical base of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the Bogomolets National Medical University - Psychoneurological Department of the Kyiv Clinical Hospital for Railway Transport No. 1. To achieve the goal, theoretical methods, socio-demographic, clinical and psychological, psychodiagnostic methods and methods of statistical data processing were used. The study was conducted in 4 stages.

**Stage 1** consisted of analyzing the current scientific literature. Content analysis was conducted and approaches to the definition of anorexia nervosa in the context of family functioning and psychoemotional status of parents/guardians were integrated, prototype psychocorrection programs were analyzed, and modern theoretical models of anorexia nervosa were analyzed.

**Stage 2** consisted of studying the structure, factors, and features of anorexia nervosa in the context of family functioning and the psycho-emotional status of parents/guardians using appropriate psychodiagnostic techniques and statistical methods. Difficulties in various aspects of emotional regulation in patients with anorexia nervosa and their parents/guardians were identified. The most pronounced disorders of emotional regulation in both patients and their parents/guardians were recorded at the level of rejection of their own emotions (patients:  $\mu=24.22$ ,  $SD=5.119$ ; parents/guardians:  $\mu=23.76$ ,  $SD=4.983$ ), which indicates a pronounced tendency to

reject emotions or suppress them. The families of patients with anorexia nervosa had a dysfunctional type of family system: family cohesion in both patients with anorexia nervosa (SD=4.36) and their parents/guardians (SD=4.67) corresponded to a disconnected type of family relationships, and the adaptation index in patients with anorexia nervosa (SD=4.15) and their parents/guardians (SD=4.65) was of the chaotic type. Parents/guardians had a high level of alexithymia ( $\mu=83.46$ , SD=12.334), subclinical levels of anxiety ( $\mu=8$ , SD=3.19) and depression ( $\mu=8$ , SD=2.31), very low level of quality of life ( $\mu=26.47$ , SD=2.319). Both patients with anorexia nervosa and their parents/guardians had attachment disorders, namely, worried/anxious (patients: 49.6%, parents/guardians: 47.6%) and indecisive/disorganized (patients: 49.6%, parents/guardians: 51.4%) attachment styles. The more difficult it was for patients with anorexia nervosa to control their emotions, the less they rated their families as cohesive ( $r=-0.44$ ,  $p<0.001$ ), the weaker their emotional ties between family members ( $r=-0.18$ ,  $p=0.05$ ), the less time they spent together with their families, and the fewer friends they had in common ( $r=-0.2$ ,  $p=0.027$ ). The less flexible the family system was, the more difficult it was for patients with anorexia nervosa to regulate their emotions ( $r=-0.2$ ,  $p=0.026$ ), the less the position of leadership in the family changed ( $r=-0.21$ ,  $p=0.019$ ). Parents/guardians of patients with anorexia nervosa who had difficulties in regulating their emotions were prone to less family cohesion ( $r=-0.62$ ,  $p<0.001$ ), less prone to positive emotional bonds ( $r=-0.33$ ,  $p<0.001$ ) with other family members, common interests ( $r=-0.3$ ,  $p<0.001$ ) and friendship ( $r=-0.19$ ,  $p=0.006$ ). The more difficult it was for parents/guardians of patients with anorexia nervosa to regulate their emotional state, the less they accepted their emotional reactions ( $r=-0.24$ ,  $p=0.001$ ), the more difficult it was for them to maintain goal-directed behavior ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ). The more difficult it was for parents/guardians of patients with anorexia nervosa to regulate their emotional state, the less they accepted their emotional reactions ( $r=-0.24$ ,  $p=0.001$ ), the more difficult it was for them to maintain goal-directed behavior ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ),

the less clear their own emotions were ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ), the less flexible their type of family system was ( $r=-0.34$ ,  $p<0.001$ ). The presence of emotional regulation disorders in the mothers of patients with anorexia nervosa was a predictor of emotional regulation disorders in patients with anorexia nervosa ( $p<0.0001$ ). Dysfunctional family functioning was a predictor of emotional regulation disorder in patients with anorexia nervosa and was associated with low body mass index. It was found that the stability of family rules ( $b=-2.341$ ,  $p=.004$ ), parental leadership ( $b=-1.197$ ,  $p=.009$ ) contributed to better emotional regulation of patients with anorexia nervosa, creating a sense of security and certainty in the family.

**Stage 3** consisted of developing and implementing the psychocorrection program based on the analysis of the prototypes. The most effective of the analyzed programs were selected as prototypes, and a new psychocorrection program was developed on their basis, as well as on the basis of theoretical models of anorexia nervosa in the context of family functioning and the psychoemotional status of parents/guardians in recent years and the empirical data obtained. The developed program consisted of 4 stages, where, in addition to patients with anorexia nervosa, families of patients were involved. At this stage, all participants were randomly divided into two groups: the study group (patients with anorexia nervosa  $n=63$ , parents/guardians  $n=110$ ) and the comparison group (patients with anorexia  $n=58$ , parents/guardians  $n=102$ ). Participants in the study group received both standard medical and psychological care in accordance with protocols and clinical guidelines, and were additionally involved in the developed psychocorrection program. Participants in the comparison group received standard medical and psychological care, were included in the waiting list, and had the opportunity to join the psychocorrection program after the study group.

**Stage 4** consisted of evaluating the effectiveness of the developed psychocorrection program by repeating the psychodiagnostic assessment and



comparing the results of the groups with each other and with the initial levels of indicators using statistical methods. Application of an improved program of medical and psychological support for patients with anorexia nervosa and their parents/caregivers significantly improved emotional regulation difficulties of patients with anorexia nervosa ( $p < .0005$ ) and their parents/caregivers ( $p < 0.005$ ); significantly improved family functioning in patients with anorexia nervosa ( $p < 0.001$ ) and their parents/caregivers ( $p < 0.001$ ); significantly influenced the improvement of body mass index of patients with anorexia nervosa ( $p < .0005$ ); proved that the less rigid the rules in the families of patients with anorexia nervosa became, the more positive it was for the increase in body mass index ( $b = 0.188, p = 0.030$ ); significantly improved the level of quality of life of parents/caregivers ( $p < 0.001$ ).

### **Conclusions:**

1. Empirically, we have identified the peculiarities of the psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa, namely the presence of impaired emotional regulation, subclinical levels of anxiety and depression, and high levels of alexithymia. Thus, a number of assumptions about the presence of a violation of the psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa, which were expressed in recent theoretical models of anorexia nervosa, were confirmed.
2. It was found that parents/guardians of patients with anorexia nervosa had difficulty regulating their emotions, were prone to less family cohesion, did not have positive emotional ties with family members, common interests and friendly relations. The more difficult it was for them to regulate their emotional state, the less they accepted their emotional reactions, the more difficult it was for them to maintain goal-oriented behavior, and the less clear their own emotions were and the less flexible their family systems were. Difficulties in controlling their emotions in patients with anorexia

nervosa also affected their emotional connections with family members. This was consistent with the inability to evaluate their families as cohesive and to have a desire to spend time together. Additionally, it was found that the less flexible the family system was, the more difficult it was for patients with anorexia nervosa to regulate their emotions.

3. It was found that the presence of emotional regulation disorders in mothers of patients with anorexia nervosa was a predictor of emotional regulation disorders in patients with anorexia nervosa.

4. Empirically, it was found that families of patients with anorexia nervosa had a dysfunctional type of family system (family cohesion corresponded to a disconnected type of family relationships, and the adaptation index belonged to the chaotic type).

5. It has been empirically proven that dysfunctional family functioning was a predictor of emotional regulation in patients with anorexia nervosa and was associated with low body mass index. It was found that the stability of family rules and parental leadership contributed to better emotional regulation of patients with anorexia nervosa, as it created a sense of security and certainty in the family. However, increased time spent together was associated with greater difficulties in the emotional regulation of patients with anorexia nervosa. Stability in the role of the leader created a sense of security in the family environment. When the role of the leader changed rarely, it contributed to the creation of a predictable environment for patients with anorexia nervosa, which helped in solving emotional challenges.

6. It has been established that the level of emotional regulation of parents/guardians of patients with anorexia nervosa and the type of family functioning are significant predictors of the maintenance of anorexia nervosa by influencing the emotional

regulation of patients, which in turn has a significant impact on improving body mass index, which allowed us to scientifically substantiate their use as targets of psychocorrectional intervention.

7. It has been empirically established that patients with anorexia nervosa and their parents/caregivers had attachment disorders, namely worried/anxious and indecisive/disorganized attachment styles.

8. Based on a comprehensive analysis, it was found that modern psychocorrection programs do not take into account the significance of the influence of the psycho-emotional status of parents/guardians on the effectiveness of anorexia nervosa treatment. The most effective of the analyzed programs were selected as prototypes and, on their basis, a set of medical and psychological interventions was improved during family-oriented and individual psychocorrectional work with patients with anorexia nervosa and their parents/guardians, which were included in the developed program.

9. The value of changes in the emotional regulation of patients with anorexia nervosa due to changes in the emotional regulation of parents/guardians to restore body mass index to normal and maintain these indicators through their involvement in the developed psychocorrection program has been empirically proven. Thus, the results of the study give confidence that the developed psychocorrection program does not harm patients and does not reduce the effect of standard treatment of anorexia nervosa.

**Scientific novelty of the results.** As a result of the work, the scientific task was solved, which deepens knowledge about the peculiarities of the psycho-emotional status of patients with anorexia nervosa and their parents/guardians in the context of family relationships and improves the effectiveness of medical and psychological

support for this category of patients. For the first time, the peculiarities of the psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa were analyzed and described and their influence on the maintenance of the disease was demonstrated. For the first time, it was found that the level of emotional regulation of parents/guardians of patients with anorexia nervosa and the type of family functioning are significant predictors of maintenance of anorexia nervosa by influencing the emotional regulation of patients with anorexia nervosa, which has a significant impact on improving body mass index, which allowed us to scientifically substantiate their use as targets of psychocorrectional intervention to restore body mass index in patients with anorexia nervosa. Based on a comprehensive analysis of the psycho-emotional characteristics of patients with anorexia nervosa and their parents/guardians, a set of medical and psychological interventions in family-oriented and individual psychocorrectional work with patients and their parents/guardians was improved, which increased the effectiveness of treatment of anorexia nervosa. For the first time, the prognostic value of changes in the emotional regulation of patients with anorexia nervosa and their parents/guardians in terms of restoring body mass index to normal values and maintaining of these indicators. The knowledge about the influence of the psychoemotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa on the maintenance of the disease has been deepened. For the first time, a cross-cultural adaptation of the Ukrainian version of the DERS Emotional Regulation Difficulties Scale was conducted.

**Practical significance of the results.** Based on the study of the psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa, a program of medical and psychological support for patients with anorexia nervosa in the context of family functioning and the psycho-emotional status of parents/guardians was proposed, scientifically substantiated, improved and tested, the use of which improved the

effectiveness of medical and psychological intervention in the treatment of patients with anorexia nervosa. The necessity of a psychodiagnostic study of the psycho-emotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa is substantiated to improve the provision of medical and psychological care to patients with anorexia nervosa. It has been proved that the psychoemotional status of parents/guardians of patients with anorexia nervosa can be used to determine the medical and psychological targets of interventions in the psychocorrection of patients with anorexia nervosa. The main provisions of the dissertation can be used in the preparation of lecture courses and practical classes for students, interns and graduate students studying in the specialty "Medical Psychology", as well as in the clinical practice of psychologists, psychiatrists, psychotherapists, general practitioners and pediatricians.

The results of the study have been implemented in the practice of the Kyiv Clinical Hospital for Railway Transport No. 1.

**Key words:** eating disorders, anorexia nervosa, medical and psychological care, psychological maladjustment, psycho-emotional status, attachment, patient's family, depression, anxiety, body mass index, family functioning, psychocorrection, psychosomatic disorders, emotional regulation, stress.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### **Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:**

1. Сак Л. & Хаустова О., (2019). Порухення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4):e0404247 <https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I4.247>
2. Сак Л.,(2020). Сучасні підходи до обстеження пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 5(4):e0504270. <https://doi.org/10.26766/PMGP.V5I4.270>
3. Sak L., Khaustova O., Avramenko O., Parathanasiou I. (2022). Development of anorexia nervosa in a female adolescent in a dysfunctional family environment with impaired attachment and emotional regulation: a case report. *Wiad Lek.*, 75(8 pt 1):1932-1937. <https://doi.org/10.36740/WLek202208120>.
4. Сак Л. (2023). Клініко-психопатологічні особливості батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією. *Український вісник психоневрології*, 2 (115) <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-10>

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:**

1. Khaustova, O., & Sak L. (2020). Cognitive impairment in patients with anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 63, S122-S122. <https://doi.org/>
2. Khaustova, O., & Sak L. (2020). Dysfunctional families of patients with eating disorders. *European Psychiatry*, 63, S121-S122.
3. Chaban, O., Khaustova, O., & Sak, L. (2021). P. 0352 Avoidant/Restrictive food intake disorder in adult female treated with attachment-based therapy and

cognitive behavioral therapy: case report. *European Neuropsychopharmacology*, 53, S256-S257.

4. Khaustova, O., & Sak, L. (2021). Emotional regulation and attachment in adolescents with anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 64(S1), S353-S353. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.945

## Зміст

АНОТАЦІЯ .....	2
SUMMARY .....	12
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	22
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	28
ВСПУП .....	30
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ НЕРОВОЇ АНОРЕКСІЇ.....	40
1.1. Контент-аналіз сучасного стану проблеми вивчення нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів. ....	41
1.2. Клінічні аспекти нервової анорексії. ....	42
1.2.1. Діагностичні критерії нервової анорексії. ....	42
1.2.2. Медичні проблеми та ускладнення нервової анорексії. ....	45
1.3. Психологічні аспекти нервової анорексії.....	46
1.3.1. Етіопатогенетичні фактори .....	47
1.3.2. Дисфункціональна емоційна обробка у пацієнтів з нервовою анорексією.....	49
1.3.3. Нервова анорексія як розлад «Я».....	51
1.4. Аналіз сучасних підходів до психокорекції нервової анорексії. ....	53
1.4.1. Перша лінія психокорекційного втручання підлітків з нервовою анорексією.....	55



1.4.2. Друга лінія психокорекційного втручання підлітків з нервовою анорексією.....	57
Висновки до розділу 1.....	63
<b>РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>	<b>65</b>
2.1. Дизайн та етапи організації дослідження. ....	65
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення. ....	67
2.3. Методи дослідження .....	73
Висновки до розділу 2.....	83
<b>РОЗДІЛ 3. ....</b>	<b>84</b>
<b>ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З НЕРОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ ТА ЇХ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ.....</b>	<b>84</b>
3.1. Опис вибірки за досліджуваними характеристиками .....	85
3.1.1. Дослідження індексу маси тіла у пацієнтів з нервовою анорексією. ....	88
3.1.2. Труднощі емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.....	89
3.1.3. Сімейне функціонування у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів. ....	94
3.1.4. Алекситимія у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією. ....	97
3.1.5. Тривога та депресія у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.....	98

3.1.6. Якість життя у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією. .....	99
3.1.7. Тип прихильності у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів. ....	99
3.2. Взаємозв'язок сімейного функціонування з емоційною регуляцією. .	101
3.3. Взаємозв'язок емоційної регуляції із показниками тривоги, депресії та алексетимії .....	108
3.4. Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS. ....	110
Висновки до розділу 3.....	119
<b>РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З НЕРОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ В КОНТЕКСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ БАТЬКІВ/ ОПІКУНІВ.....</b>	
4.1. Структура розробленої програми психокорекції .....	121
4.1.1. Фактори ризику та підтримки як мишені програми психокорекційного втручання.....	122
4.2. Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції. ....	142
4.2.1 Вплив емоційної регуляції та сімейного функціонування на зміну індексу маси тіла хворих на нервову анорексію. ....	161
4.2.2. Вплив емоційної регуляції батьків на емоційну регуляцію пацієнтів з нервовою анорексією.....	163
4.2.3. Вплив сімейного функціонування на емоційну регуляцію пацієнтів з нервовою анорексією.....	166

4.2.4. Вплив емоційної регуляції на якість життя батьків/опікунів. ....	170
Висновки до частини 4.....	173
ВИСНОВКИ.....	175
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	178
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	180
ДОДАТОК А .....	208
ДОДАТОК Б.....	210
ДОДАТОК В .....	212
ДОДАТОК Г.....	215

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

AAI- опитувальник прихильності у дорослих

AFT-підлітково-орієнтована терапія

DEERS- шкала труднощів емоційної регуляції.

CONSORT – консолідовані стандарти звітності про дослідження.

CBT-E - посилена когнітивно-поведінкова терапія

CQLS – шкала оцінки рівня якості життя.

EFT – техніки емоційного вивільнення.

FACES III- шкала сімейного функціонування

FBT- сімейно-орієнтована терапія

g – критерій Хеджа.

HADS – госпітальна шкала тривоги та депресії.

LMM – лінійна регресія зі змішаними ефектами.

Me – медіана.

TAS-20 – шкала рівня алекситимії

p – значення імовірності.

Q – квантиль.

$r$  – коефіцієнт кореляції.

SD – стандартне відхилення.

SE – стандартна похибка.

$t$  – критерій Стюдента.

TAU – стандартне лікування.

$\alpha$  – альфа Кронбаха.

$\beta$  – стандартизований коефіцієнт регресії.

$\mu$  – середнє значення.

$\chi^2$  – критерій Пірсона.

ДІ – довірчий інтервал.

ІМТ – індекс маси тіла

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія.

НА-нервова анорексія

СІЗЗС -селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну

РХП- розлади харчової поведінки

## ВСПУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Нервова анорексія (НА)- це складний багатофакторний розлад харчової поведінки. Багато різних психологічних, біологічних, екологічних, сімейних та соціокультурних факторів беруть участь у виникненні та перебігу розладу . [1] Потенційна роль сімейних факторів все частіше визнається як у складних патогенетичних і підтримуючих механізмах, так і в ефективності терапевтичних стратегій для пацієнтів з НА . [3] НА впливає на підлітка та його сім'ю, спричиняючи труднощі у стосунках. Числені дослідження засвідчують те, що функціонування сім'ї відіграє значну роль у виникненні та розвитку розладу [2]. У когортному дослідженні (National Birth Cohort), що охоплювало популяцію, за якою спостерігали від народження до 30-річного віку, визначили депресивні симптоми у матерів як фактор ризику виникнення НА. Окрім депресії, досліджувалися й інші психологічні аспекти пацієнтів з НА та їх батьків, зокрема особливості сприйняття та образного відображення емоцій і почуттів (наприклад, алекситимічні риси) в сім'ї, яка зіткнулася з хворобою дитини, що загрожує її життю. Результати останніх досліджень підтверджують той факт, що не тільки підліток з НА, але і його батьки/опікуни можуть мати специфічні емоційні труднощі та можливі порушення психо-емоційного стану, які можуть впливати на сімейне функціонування, а також на розвиток та підтримку хвороби [4].

Проте ці питання ще досі залишається дискусійним: літературні дані, що підтверджують важливість сімейної динаміки, суперечливі і обмежені широким спектром методологічних підходів, в основному заснованих на самозвітах, що передбачає значні обмеження, пов'язані з самосвідомістю пацієнтів, бажанням і здатністю повідомляти про власні переживання і сприйняття. Порівняно з сім'ями підлітків без НА, сім'ї пацієнтів з НА

повідомляють про більш дисфункціональне сімейне функціонування [5]. За даними досліджень батьки пацієнтів з НА, не тільки відзначали більше сімейних конфліктів, але й більше скаржилися на порушення власного психоемоційного стану. Згідно останніх досліджень фокус на дослідженні сімейного функціонування, змістився з її потенційної етіологічної ролі у підтримці розладу на її сприятливу роль у лікуванні НА, оскільки роль батьків є важливою і часто визначною в процесі лікування хворих НА. За даними лонгітюдних досліджень, більш позитивне сприйняття пацієнтом функціонування сім'ї, пов'язане з кращим результатом лікування [6]. Участь батьківської пари та залучення всієї родини до процесу лікування підлітка визнається ключовим прогностичним фактором у всіх основних настановах з лікування НА (National Institute for Health, and Care Excellence 2023). Сімейна терапія, в якій беруть участь як татусі так й матері пацієнтів з НА, отримала найбільш релевантні докази ефективності (докази типу I) у лікуванні пацієнтів з НА і вважається лікуванням першої лінії для підлітків віком до 19 років [7]. Однак інші дослідження вказують, що такі методи лікування, як терапія, орієнтована на підлітків (AFT), також є не менш ефективними, оскільки не зважаючи на дотримання протоколів лікування пацієнтів з НА все ще спостерігається високий рівень рецидивів НА [8]. Поряд з добре відомою сімейною терапією (Family Based Therapy, FBT) , інші сімейні терапевтичні підходи, засновані на інших теоретичних матрицях, ніж поведінкові або системні, також показали хороші докази ефективності: психодинамічна терапія, заснована на внутрішньосімейних відносинах, створена французькою групою Montsouris з Парижа [9]. Така терапія (додається до звичайного лікування), хоча, на відміну від вищезгаданих сімейних підходів, не спрямована безпосередньо на поведінку, пов'язану з їжею, виявилася ефективною як у зменшенні харчових симптомів, так і в покращенні

загального психологічного функціонування пацієнтів. Хоча добре відомо, що різні сімейні методи лікування виявилися дуже ефективними в боротьбі з НА, механізми неефективності такої терапії досі лишаються не достатньо вивчені. В основі сімейно-орієнтованих методів терапії велика роль в лікувальному процесі належить батькам. Навіть за умови стаціонарного лікування, яке дає лише старт, основний процес лікування відбувається в амбулаторних умовах при участі батьків [10]. Психоемоційні порушення у батьків можуть бути як предиктором виникнення захворювання так і впливати на динаміку його лікування провокуючи часті рецидиви [11]. Розуміння як дисфункціональних характеристик сімейних взаємодій в сім'ях хворих НА так і можливих порушень психоемоційного стану батьків/опікунів пацієнтів з НА можуть бути корисними кроками для сприяння найбільш адекватному терапевтичному вибору водночас спрямовуючи терапевтичну роботу на більш суттєві аспекти, які необхідно змінити на сімейному рівні, щоб покращити шанси на одужання пацієнта [12].

#### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційне дослідження було виконано в рамках науково-дослідної роботи що виконувалась на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця - «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги пацієнтам багатoproфільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика)» (2020-2022 рр., No держ. реєстр. 0119U103910).

**Об'єкт дослідження:** пацієнти з НА та їх батьки/опікуни в контексті сімейних відносин.

**Предмет дослідження:** патопсихологічні характеристики пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів, особливості сімейного функціонування.



**Мета дослідження:** Підвищення ефективності медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА на основі вивчення патопсихологічних особливостей осіб з НА та їх батьків/опікунів, показників сімейного функціонування шляхом впровадження науково обґрунтованої програми психокорекції в контексті сімейних відносин в стандартний медико-психологічний супровід.

**Завдання:**

1. Дослідити соціально-демографічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів.
2. Визначити особливості сімейного функціонування пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів.
3. Визначити якість життя батьків/опікунів пацієнтів з НА.
4. Виокремити та стратифікувати за ступенем патогенного впливу детермінанти розвитку НА в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА.
5. Науково обґрунтувати та удосконалити медико-психологічний супровід пацієнтів з НА в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів з оцінкою ефективності його впровадження.

**Методи дослідження.** Вибірка основного дослідження склала 333 особи (121 пацієнта з НА, та 212 осіб їх батьки/опікуни). Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О.Богомольця - психоневрологічне відділення Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 у період з 2019 по 2022 рр.

*Теоретичні методи:* теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних.

*Соціально-демографічний:* вивчення розподілу обстежуваних за статтю, віком, рівнем освіти, сімейним станом, типом професійної зайнятості для батьків/опікунів пацієнтів з НА; за статтю, віком та тривалістю захворювання для пацієнтів з НА.

*Клініко-психологічний метод:* структуроване інтерв'ю та аналіз медичної документації з метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

*Психодіагностичний метод:* для оцінки рівня сімейного функціонування застосовувалася шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III), для вимірювання емоційної регуляції застосовувалася шкала труднощів емоційної регуляції DERS, для вимірювання рівня тривоги та депресії застосовувалася госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), для вимірювання алекситимії застосовувалася торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26), для вимірювання прихильності застосовувався опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI), для оцінки якості життя було використано шкалу оцінки рівня якості життя CQLS (Чабан та ін., 2016).

*Методи статистичної обробки даних.*

Аналіз даних відбувався у статистичному пакеті IBM SPSS v.25, для побудови графіків використовувалось програмне забезпечення RStudio із статистичним пакетом "corrplot". Кожна кількісна змінна була піддана перевірці щодо наявності нормального розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова. У якості описової статистики використовувалось середнє значення, кількість осіб у відповідних групах та їх відсоток від загальної сукупності. Для числових

шкал також були виведені похибка середнього, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення. Додатково до статистичних критеріїв для перевірки нормального розподілу та розуміння характеру отриманих даних були відображені показники асиметрії та ексцесу. Для змінних, які не мали нормального розподілу були додатково розраховані значення медіани та інтерквартильний розкид. Для перевірки зміни показників протягом 5 замірів тривалості експерименту ми використали One-way repeated measures ANOVA (аналіз дисперсії з одним фактором та повтореними вимірами). Метою цього аналізу є визначення, чи є значна різниця між середніми значеннями груп. Для вибору критеріїв порівняння ми перевіряли гіпотезу про «сферичність» даних (тест Маучлі) та у випадку порушення сферичності спиралися на поправку Greenhouse-Geisser. У якості міри величини ефекту ми використали частковий ета-квадрат (Partial Eta Squared). Він являє собою частку відхилення в залежній змінній, яка може бути віднесена до незалежної змінної після врахування інших факторів. Для того, щоб виміряти, який відсоток зміни дисперсії показника індекса маси тіла можна пояснити через зміну емоційного регулювання та сімейного функціонування (та для схожих гіпотез нашого дослідження) ми використали логістичну регресію для змінних DERS та FACES та їх субшкал. Однак, оскільки ми маємо повторні заміри за кожною з методик, ми обрали метод фіксованої логістичної регресії для даних із повторними замірами. Він спрямований на оцінку впливу змінних, які змінюються з часом, на змінну результату, контролюючи змінні, які не змінюються з часом. Для перевірки змін у показниках окремих методик та шкал ми використали тест Вілкоксона (непараметричний статистичний тест, який використовується для порівняння двох залежних або парних зразків, де кожна вибірка надходить з однієї сукупності або групи). Для перевірки якості моделі логістичної регресії також був використаний тест ANOVA. Для виміру

взаємозв'язку між змінними, вказаними у наших гіпотезах, ми провели кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена (оскільки більшість даних не відповідала критерію нормального розподілу).

**Наукова новизна здобутих результатів.** В результаті проведеної роботи було розв'язано наукову задачу, яка поглиблює знання про особливості психоемоційного статусу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в контексті сімейних відносин та покращення ефективності медико-психологічного супроводу даної категорії пацієнтів. Вперше проаналізовано та описано особливості психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА та продемонстрований їх вплив на підтримку хвороби. Вперше встановлено, що рівень емоційної регуляції батьків/опікунів пацієнтів з НА та тип сімейного функціонування є значущими предикторами підтримки НА, шляхом впливу на емоційну регуляцію пацієнтів з НА, яка має значущий вплив на покращення ІМТ, що дозволило науково обґрунтувати їх використання як мішеней психокорекційного впливу для відновлення ІМТ у пацієнтів з НА. На основі комплексного аналізу психоемоційних особливостей пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів удосконалено комплекс медико-психологічних втручань під час сімейно-орієнтованої та індивідуальної психокорекційної роботи з пацієнтами з НА та їхніми батьками/опікунами, чим підвищено ефективність лікування пацієнтів з НА. Вперше визначено прогностичну цінність змін емоційної регуляції пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів щодо відновлення ІМТ до показників норми та збереження цих показників. Поглиблено знання про вплив психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА на підтримку хвороби. Вперше було проведено крос-культуральну адаптацію україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS.

Підтверджено дані попередніх наукових досліджень щодо доцільності застосування ряду сучасних теоретичних моделей НА в контексті сімейного

функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА.

**Практичне значення отриманих результатів.** На основі вивчення психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА було запропоновано, науково обґрунтовано, удосконалено та апробовано програму медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, використання якої дозволило покращити ефективність медико-психологічної втручання під час лікування пацієнтів з НА. Обґрунтовано необхідність психодіагностичного дослідження психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА для покращення надання медико-психологічної допомоги пацієнтам з НА. Доведено, що психоемоційний статус батьків/опікунів пацієнтів з НА може використовуватись при визначенні медико-психологічних мішеней втручань під час психокорекції пацієнтів з НА. Основні положення дисертації можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів, інтернів та аспірантів, що навчаються за спеціальністю «Медична психологія», а також в клінічній практиці лікарів-психологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики та педіатрів.

**Впровадження результатів дослідження.** Результати дослідження впроваджено у клінічну роботу Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 (акт про впровадження від 24 жовтня 2022, Додаток Г).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійною науковою працею здобувача. З науковим керівником даного дисертаційного дослідження було узгоджено напрямки наукової роботи. Автором було особисто визначено мету, методи та завдання дослідження, розроблений дизайн дослідження, виконано теоретичний аналіз проблеми на основі огляду літературних джерел, здійснено відбір пацієнтів для участі у дослідженні,

проведено психодіагностичне обстеження пацієнтів, особисто проведено психокорекційну роботу з пацієнтами, обробку та статистичний аналіз результатів дисертаційного дослідження, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Усі подані в дисертаційному дослідженні наукові результати було отримано автором самостійно. Всі розділи дисертації були написані автором особисто. Дисертантом були оформлено статті, наукові доповіді та тези по темі дисертаційного дослідження. Всі наукові праці, що були опубліковані у співавторстві, у даному дисертаційному дослідженні описано ідеї, результати, розробки, положення та пропозиції, що належать автору та становлять його індивідуальний внесок в такі праці.

**Публікації.** Результати дослідження опубліковано у 8 наукових працях (Додаток А), з них: 1 стаття у зарубіжних виданнях, що входить до наукометричної бази даних Scopus, 3 статей у фахових виданнях України, 4 тези у матеріалах науково-практичних конференцій у зарубіжних виданнях, що входять до наукометричної бази даних Scopus або фахових виданнях України.

**Апробація матеріалів дисертації.** Положення та результати дисертаційної роботи були оприлюднені та обговорені на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах (Додаток В): II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика» «Нові погляди на ефективну медичну допомогу» (1 листопада 2019 р., Харків, Україна); 28th European Congress of psychiatry ECPA 2020 (4-7 липня, 2020, Віртуально); XIV Науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Медична Психологія 14.0: Аспекти Практичної Діяльності» (23-24 квітня 2020, Київ, Україна); II Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (5-7 листопада 2020, Київ, Україна), 26th International Webinar on Psychiatry, Mental

Disorders and Psychosomatic Medicine (22 жовтня 2020, Віртуально); III науково-практична конференція «Психосоматична медицина: наука і практика» «Нові погляди на ефективну медичну допомогу при COVID-19» (16-17 квітня 2021, Київ, Україна); The 29th European Congress of Psychiatry «ЕРА Virtual 2021» (10-13 квітня 2021, Віртуально); XV Науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Медична Психологія 15.0: Аспекти Практичної Діяльності» (23-24 квітня 2021, Київ, Україна); Науково-практична on-line конференція з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (20-21 травня 2021, Харків, Україна); 34th ECNP Congress Hybrid (2-5 жовтня 2021, Лісабон, Португалія); IV Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина» (5-6 листопада 2021, Київ, Україна); Конференція «Медико-психологічна допомога в умовах війни» (23 квітня 2022, Київ, Україна); Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022, Київ, Україна); III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022, Віртуально);

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена українською мовою на 215 сторінок друкованого тексту, що включає: вступ, 4 розділи власних досліджень здобувача, висновки, практичні рекомендації. Список використаних джерел містить 200 найменування. Робота містить 29 таблиць, 23 рисунки та має 4 додатки.

## РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ НЕРОВОЇ АНОРЕКСІЇ

Розлади харчової поведінки (РХП), в тому числі нервова анорексія (НА), є поширеними важкими хронічними психічними розладами з вираженими негативними медико-соціальними наслідками. НА характеризується хворобливими харчовими звичками та серйозним суб'єктивним занепокоєнням щодо ваги та/або форми власного тіла, які у більшості випадків зустрічаються на початку статевої зрілості або у пізньому підлітковому віці. [1] В Європі на НА страждає 1–4% жіночого населення [2]. Останніми десятиріччями у світі спостерігається зростання кількості захворювань на НА, нсамперед у США, Шотландії, Швейцарії тощо. В Україні також спостерігається збільшення цих показників. [1]

НА відзначається найвищим рівнем смертності серед усіх психічних захворювань [3], що обумовлений суїцидальними ризиками (у хворих на РХП ризик спроб самогубства в 5-6 разів вищий ніж серед усіх інших психічних розладів) та низкою соматичних ускладнень, які є прямим наслідком схуднення та голодування [4].

Проблема розвитку НА у підлітковому віці досліджувалося кількома теоретичними підходами, серед яких психодинамічні моделі, моделі дослідження немовлят, когнітивні моделі та нейробіологічні моделі [5]. Факторами ризику виникнення НА є генетична схильність, особистісні особливості та чинники середовища. Дебати з приводу патогенезу та підтримуючих факторів порушень харчування, зокрема НА, тривають, тим більше, що терапевтичні втручання не призводять до задовільних та тривалих показників ремісії [6]. Низка досліджень наголошувала на прямому впливі психоемоційного стану та/або наявних психопатологічних проявів у батьків на розвиток РХП та коморбідних з ними психопатологічних станів у дітей [7, 8].



В них негативна сімейна динаміка була вказана як ключовий елемент розвитку РХП, разом із вразливістю особистості. Емоційне дисфункціонування всередині сім'ї та взаємодія з індивідуальними особливостями особистості, сприяють розвитку та підтримці РХП, однак механізми, що лежать в основі цього процесу досі недостатньо вивчені, особливо що стосується НА. НА у підлітків жіночої статі пов'язана з труднощами емоційної регуляції, які, у свою чергу, співвідносяться з нав'язливо-компульсивними / перфекціоністськими та імпульсивними рисами особистості [5]. Проте аналізу сучасних світових та українських досліджень щодо цієї проблематики за останні роки ще не було зроблено. Розуміння причинно-наслідкових зв'язків виникнення НА та стійких до терапії форм хвороби постає необхідною передумовою подальших досліджень й розробки нових ефективних підходів до терапії.

### **1.1. Контент-аналіз сучасного стану проблеми вивчення нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів.**

З метою визначення сучасного стану проблеми НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів в Україні та світі було проведено якісний та кількісний контент-аналіз та концепт-аналіз з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів. Пошук англійських статей відбувався по ключовим словам : “anorexia nervosa”, “emotional dysregulation”, “family members psychopathology”, “family dysfunction”, опублікованих з січня 2015 року по грудень 2019 року. Початковий пошук показав 240 статей (40 у Pubmed та 200 у Google Scholar). Після застосування фільтрів «Meta-Analysis, Review, Systematic Reviews, English» для аналізу

залишилось 62 статті, з яких 14 відповідали критеріям включення та увійшли в даний огляд.

Пошук україномовних статей відбувався по ключовим словам «нервова анорексія», «сімейне дисфункціонування», «психопатологія матері», «психопатологія батька», «емоційна дисрегуляція». Початковий пошук українською мовою станом на 15.12.2019 показав 32 україномовних статей (32 у Google Scholar), що містять одне або декілька з ключових слів. Після аналізу вмісту було відхилено статті, що не відповідають критеріям включення, після чого у дане дослідження було включено 2 статті для аналізу.

Проведений аналіз наукової літератури дозволив систематизувати та описати основні клінічні та психологічні аспекти НА у вигляді динаміки розвитку НА від дитинства до підліткового віку. Наведено схему розвитку НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів внаслідок їх безпосереднього впливу на розвиток хвороби [9] за рахунок втраченого або не набутого власного «емоційного Я» дитиною. [10,11] Описані фактори ризику та підтримки, об'єднані тим, що емоційні труднощі впливають на них і посилюють їх.

## **1.2. Клінічні аспекти нервової анорексії.**

### *1.2.1. Діагностичні критерії нервової анорексії.*

Відповідно до з DSM-V, що вже впроваджена в клінічну практику (Американська психіатрична асоціація, 2013) та є сучасною класифікацією на відміну від застарілої МКХ-10, НА характеризується самоіндукованою масою тіла щонайменше на 15 % нижче очікуваної, страхом набрати вагу, спотворенням образу тіла та ендокринним розладом, що призводить до аменореї (табл. 1). Пацієнти з НА часто демонструють когнітивну заклопотаність їжею в нав'язливій формі.[12] Виділяють два підтипи НА:

рестриктивний і тип переїдання/очищення.[13] Особи з рестриктивним підтипом обмежують кількість/якість вживаної їжі. Особи з НА підтипу переїдання/очищення регулярно вдаються до переїдання та подальшого очищення (самоспровокована блювота або зловживання проносними, діуретиками та клізмами).

Таблиця 1

Діагностичні критерії НА за МКХ-10 та DSM-V

МКХ-10 (F50.0) критерії діагностики	DSM-V критерії діагностики
<p>А. Відмічається втрата (у дітей-відсутність набору) маси тіла, що призводить до показника, який на 15% нижче нормального, тобто очікуваного у відповідності з віком або зростом пацієнта.</p> <p>Б. Втрату маси тіла навмисно викликають самі хворі, що досягається за рахунок уникнення «їжі від якої гладшають».</p> <p>В. Хворі сприймають самих себе як занадто гладких, відчуваючи нав'язливий страх погладшати, у зв'язку з чим самі встановлюють собі занадто низьку межу допустимої маси тіла.</p> <p>Г. Розвиваються загальні ендокринні розлади (залучаючи вісь гіпоталамус-гіпофіз-статеві залози), які у чоловіків проявляються відсутністю статевого потягу та потенції, а у жінок – аменореєю (виключенням збереження вагінальної кровотечі у жінок з анорексією є жінки, які знаходяться на замісній гормональній</p>	<p>А. Обмеження енергетичних потреб, що призводить до значного зниження маси тіла з урахуванням віку, статі, траєкторії розвитку та фізичного здоров'я. Значно низька вага визначається як вага, яка є меншою за мінімально нормальну або, для дітей та підлітків, меншою за мінімально очікувану.</p> <p>В. Інтенсивний острах набрати вагу або погладшати, або стійка поведінка, що перешкоджає набору ваги, навіть при значно низькій вазі.</p> <p>С. Порушення у ставленні до власної ваги або фігури, надмірна залежність ваги або фігури від самооцінки, або стійке невизнанням серйозності поточної низької ваги тіла.</p>

<p>терапії, яка зазвичай застосовується з метою контрацепції).</p> <p>Д. Цей розлад не відповідає критеріям А та Б для діагностики нервової булімії.</p>	
--	--

Особи з НА підтипу переїдання/очищення мають більше психопатологічних симптомів та тенденцію до гіршого результату, ніж особи з рестриктивним підтипом. Особи з рестриктивним підтипом з часом переходять до підтипу "переїдання/очищення", але зворотне трапляється рідше (Reat та ін., 2009) [14].

Напівголодне існування при НА та пов'язана з ним поведінка очищення може призвести до серйозних і потенційно небезпечних для життя станів. Поширеними є фізіологічні порушення, включаючи аменорею та порушення життєво важливих функцій. Хоча більшість фізіологічних порушень, пов'язаних з недоїданням, є оборотними за допомогою харчової реабілітації, деякі з них, зокрема втрата мінеральної щільності кісткової тканини, часто не є повністю оборотними. Такі дії, як самостійне блювання та зловживання проносними, діуретиками та клізмами, можуть спричинити низку порушень, що призводять до відхилень у лабораторних показниках [15].

При значному зниженні ваги у багатьох осіб з НА спостерігаються депресивні ознаки, такі як пригнічений настрій, соціальна замкнутість, дратівливість, безсоння та зниження лібідо. Часто присутні obsесивно-компульсивні риси, що можуть посилюватися через недоїдання. Також спостерігається побоювання їсти в громадських місцях, сильне бажання контролювати своє оточення, негнучке мислення, обмежена соціальна спонтанність і надмірно стримана емоційна напруга. Особи з підтипом переїдання/очищення мають вищі показники імпульсивності. [15]

Розвиток НА зазвичай починається в підлітковому віці. Рідко це буває до статевого дозрівання або після 40 років, але описані випадки як раннього, так і пізнього початку захворювання. [16]. Початок розладу часто пов'язаний зі стресовою життєвою подією. Спостерігається підвищення фізичної активності, яке передує появі розладу і тим самим прискорює втрату ваги. Під час лікування надмірну активність важко контролювати, що ставить під загрозу відновлення ваги. [17]

Загальний коефіцієнт смертності від нервової анорексії становить приблизно 5% на десятиліття. Смерть найчастіше є наслідком медичних ускладнень, пов'язаних із самим розладом, або суїциду. [18]

### *1.2.2. Медичні проблеми та ускладнення нервової анорексії.*

Медичні наслідки НА включають дефіцит вітамінів, який впливає на когнітивні функції, електролітний дисбаланс, аритмію, брадикардію, гіпотонію, гіпотермію, м'язову слабкість та остеопенію. Крім того, анорексія включає сухість і втрату волосся, порушення серцевої діяльності, ріст волосся на тілі, аменорею і ризик виникнення проблем з фертильністю. [19] Серед найсерйозніших ускладнень - синдром переогодовування, порушення в роботі серцево-судинної системи, можливі незворотні зміни в кістках і головному мозку. [20] Незважаючи на те, що деякі медичні ускладнення є оборотними, остеопенія, структурні зміни мозку, спотворення образу тіла, а також переїдання, часто зберігаються після одужання. [21]

Дослідження, що стосуються ефективності психофармакологічного лікування НА, є мало обнадійливими та показують що психофармакологічне лікування не має суттєвого впливу на збільшення ваги порівняно з плацебо. [22]

Обмежені емпіричні дані не вказують на переваги селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) щодо збільшення маси тіла, однак ці препарати широко використовуються, відносно добре переносяться і можуть розглядатися для осіб зі стійкими депресивними, тривожними або obsесивно-компульсивними симптомами. [23][24][25][26]

Поширеність частоти одужання та хронічного перебігу демонструє широку варіабельність. Частота рецидивів коливається від 9 до 65 %, залежно від визначення ремісії та рецидиву. Дослідження Diamanti та ін. (2018) показало, що рівень довгострокового одужання (від 9 до 70 місяців) після харчової реабілітації в умовах стаціонару становив приблизно 63 %, а рівень невдач - 37 %. Частота повторних госпіталізацій становила від 22 до 25 %. Крім того, вони виявили, що близько третини пацієнтів страждають хронічно і неодноразово госпіталізуються. Uher та ін. (2016) повідомляють, у 10-20 % хворих НА хвороба має хронічний перебіг, що призводить до втрати працездатності та підвищеної смертності. Інші дослідження повідомляють, що близько половини пацієнтів одужують, у третини покращується стан, а близько 20 % залишаються хронічно хворими [27]. Сприятливими прогностичними факторами є ранній вік початку захворювання в поєднанні з коротким анамнезом. Несприятливими прогностичними факторами є тривалий анамнез захворювання, тип переїдання/очищення та obsесивно-компульсивна поведінка. [28]

### **1.3. Психологічні аспекти нервової анорексії.**

Специфічні риси особистості, які можуть сприяти розвитку НА, посилюються в підлітковому віці під впливом багатьох факторів, таких як стероїдні гормони, фізичний розвиток, стрес і культурні особливості. За даними досліджень у пацієнтів з НА дотримання дієти зменшує дисфоричний

настрій, тоді як прийом їжі його посилює.[29] У свою чергу, після початку захворювання хронічне дотримання дієти і втрата ваги призводять до нейробиологічних змін, які посилюють заперечення, одержимість, ригідність, тривогу і депресію. [30]

Під час розвитку захворювання взаємодіють генетичні та середовищні фактори. В осіб зі специфічним генетичним профілем (щодо порушень норадренергічного функціонування) зміни, пов'язані зі статевим дозріванням, у поєднанні з іншими факторами, такими як стрес, травма, вплив групи однолітків та сімейні проблеми, можуть призвести до виникнення розладу. У свою чергу, анорексія також може підтримуватися соціокультурними впливами та стресом [31]

### *1.3.1. Етіопатогенетичні фактори*

Кілька факторів виявилися важливими для прогнозування розвитку НА. До них відносяться біологічні компоненти (наприклад, рівень серотоніну і дофаміну), ожиріння, дієта і аномальна харчова поведінка, травматичні життєві події і соціальний тиск [32]

Історично НА розглядався як соціокультурний феномен, оскільки особливо часто зустрічається в культурах, де худорлявість вважається важливою, однак дослідження показують неоднозначні результати щодо можливого зв'язку між дієтою і тиском, який чиниться на худорлявість. [33] Числені дослідження також підтверджують важливість біологічних і сімейних. [34][35][36] Деякі автори обговорюють генетичну схильність до розвитку НА, а також несприятливі сімейні фактори в дитинстві та соціалізація мають значний вплив, демонструючи значно підвищений ризик розвитку РХП у інших членів сім'ї. [38][39][40] Крім того, певні риси особистості батьків/опікунів можуть призвести до схильності розвитку НА у дітей. [41] Широко обговорюється вплив перинатальних факторів на розвиток

захворювання. [42] Згідно з біопсихосоціальною моделлю здоров'я, яку розробив Енгель (1977, 1980), біологічні, психологічні та соціальні фактори разом, а також їх взаємодія впливають на здоров'я та розвиток захворювань. У випадку з анорексією, соціальні та культурні фактори, генетичні впливи та біологічні фактори, травми, сімейні та соціальні відносини обговорювалися як етіологічні чинники. [43] Біопсихосоціальна модель НА була описана Lucas (1981). Згідно з Lucas (1981), біологічна вразливість, психологічна схильність і певні соціокультурні впливи передують розвитку захворювання і призводять до дотримання дієти і, як наслідок, до втрати ваги. У людей, які страждають НА, хвороба призводить до подальших фізичних, психологічних та емоційних змін. [44]

Дослідження показали, що такі характеристики, як негативна емоційність, перфекціонізм, надмірно поступлива поведінка, загальмованість, знижена соціальна спонтанність, обмеження афекту та емоційної виразності, інтероцептивна необізнаність, високий самоконтроль, соціальна інтроверсія, тривожність, депресія та obsесивно-компульсивні риси передують виникненню НА і зберігаються після одужання. [45] Рестриктивний підтип НА демонструє специфічні особистісні риси, такі як висока тривожність, висока персеверація, перфекціонізм, нетерпимість, відчуття неефективності та прагнення зберегти контроль над собою, життям і світом. [46]

Розвиток і підтримання НА індукується багатьма факторами, наприклад, генами, культурою і стресом. [47] Так, у дослідженні Seed та ін. (2018) було виявлено значно підвищену секрецію кортизолу при НА, що свідчить про вищий рівень стресу у цих пацієнтів. Крім того, дослідження показали, що НА пов'язана з дисфункціональними стратегіями подолання стресу. [48] Пацієнти з НА справляються з почуттями через свою харчову поведінку, тобто смуток і страх долаються за допомогою обмежень у їжі та очищення, гнів - через

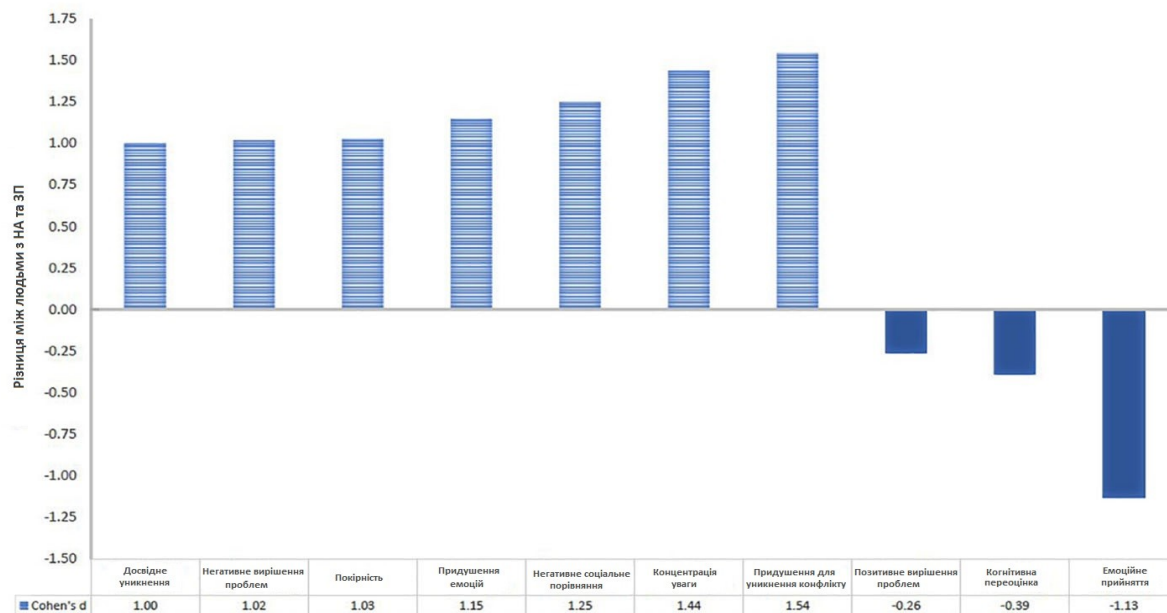


самоконтроль, самоушкодження та фізичні вправи. [49] В одних дослідженнях було виявлено, що пацієнти з НА часто використовують негативні копінг-стилі, такі як уникнення, як механізм подолання стресу. [48] В інших дослідженнях повідомляється, що при НА такі копінг-стилі, як позитивне ставлення, планування та соціальна підтримка, значно порушені, і що пацієнти з НА зазвичай не справляються з емоційним дистресом позитивно. [50]

### *1.3.2. Дисфункціональна емоційна обробка у пацієнтів з нервовою анорексією.*

Дисфункціональна емоційна обробка та регуляція відзначаються в основі багатьох психічних розладів та грають важливу роль у розвитку та підтримці НА. Ще 1871 році повідомлялося, що жінки з НА «страждають від якихось емоцій, яких вони уникають або приховують» [51]. Така ж думка збереглась і через століття: жінки з НА описувались з браком прояву емоційних реакцій [52].

Систематичні огляди емоційного досвіду у пацієнтів з НА розширюють це розуміння, надаючи резюме експериментальних даних та даних самоспостережень, інтегруючи попередні теорії регулювання емоцій. Огляди вказують, що люди з НА відчують труднощі в емоційній обізнаності (включаючи алекситимію та слабку емоційну ясність), поряд із високим рівнем огиди та сорому (*Рис. 1*) [53, 54, 55].



Рисунк 1. Різниця між людьми з нервовою анорексією та здоровими порівнянням у застосуванні дезадаптивної та адаптивної стратегії регулювання емоцій [модиф. Oldershaw et al. (2015)].

Отже, дані досліджень вказують на те що НА є розладом, підкріпленим труднощами емоційної обробки, які сприяють уникненню емоцій та/або надмірній їх регуляції [56, 57]. Демонструється що фактори раннього життя створюють схеми та переконання, які примушують переживати емоції як непосильні та заплутані. Існуючі стратегії регулювання емоцій, з долученням анорексичної поведінки, використовуються для запобігання виникнення потенційних емоцій. Вони сприймаються як корисні, тому закріплюються і в подальшому стають дезадапційними методами контролю емоцій та служать в подальшому для того щоб викликати та посилювати анорексичні переконання, тим самим збільшуючи залежність від сформованого дисфункціонального регулювання емоцій .

### *1.3.3. Нервова анорексія як розлад «Я»*

Більшість теорій патогенезу РХП, включаючи НА, базувались на когнітивно-поведінкових моделях, які зосереджені на факторах підтримки хвороби, таких як високий рівень контролю та обмежень у харчуванні, у результаті чого власна цінність формується лише на основі форми та ваги тіла. Однак такі моделі не дають пояснення патогенезу, включаючи експериментальні, феноменологічні та міжособистісні аспекти розладу. Пацієнти з НА часто повідомляють про відчуження від власних емоцій та відчуття тіла; труднощі у розумінні власних переживань; проблеми у побудові орієнтованої у часі розповіді, особливо пов'язаної з виникненням та розвитком НА [59]. Крім того, лікарі повідомляють про власні тривожні емоційні реакції, що виникають під час консультування та/або лікування, включаючи почуття безпорадності та гніву [60].

Обмеження сучасних теорій НА та контекст феноменологічної та міжособистісної природи розладу обумовив появу теорії організуючої функції розуму «Я» в контексті НА. Основний принцип такого підходу: симптоми НА є засобом управління хворобливими внутрішніми переживаннями, пов'язаними з «дефіцитом самості» [61].

За цією теорією, особи з НА мають спотворене інтероцептивне сприйняття власного тіла та внутрішніх тілесних відчуттів, що породжують основну форму самосвідомості та сприйняття емоцій. Отже, НА виникає на тлі розпливчастого емоційного досвіду як засіб регуляції емоцій та відновлення почуття тілесного «Я», який визначається судженнями та зовнішнім виглядом інших осіб [62]. Дійсно, проблеми, пов'язані з формою та вагою тіла, спричиняються порушенням сприйняття власного тіла та впливають на визначення особистої ідентичності. Особи з НА описують розлад як засіб

утворення нової ідентичності, яка якимсь чином пов'язана з "справжнім" Я або підміняє його.

Автори теорії [20] називають НА «помилковим Я», що виникає через інше нестабільне та тендітне «Я», не здатне інтегрувати тіло. Вони наголошують, що НА виникає саме з втраченого емоційного почуття себе. Тобто особа з НА, яка намагається орієнтуватися у світі, собі та інших, не маючи власного керуючого емоційного провідника, все більше покладається на судження інших осіб.

Джон Боулбі описав поведінкову систему прихильності (наприклад, плач, дотягування, повзання та погляд очима) як вроджений процес, який збільшує близькість між немовлям та вихователем, особливо під час небезпеки та/або стресу[63]. Доглядачі можуть реагувати різними способами: бути оптимально доступними, недоступними, непослідовними або лякаючими. Моделі прихильності часто є незмінними від немовляти до дорослого віку, хоча деякі адаптивні/дезадаптивні зміни можливі через життєві події або зміни взаємодії з фігурами прихильності у підлітковому та дорослому віці. Рефлексивне функціонування, є відображенням добре розвиненого автономного "Я" (здатності оцінювати унікальність власного психічного стану), є необхідним для емпатії та відповідного реагування (розуміння психічних станів інших людей). Дослідження РХП свідчать, що пацієнти з НА, мають особливо низькі показники рефлексивного функціонування у порівнянні навіть з особами, які страждають на інші психічні розлади [64]. Клінічна значимість динаміки прихильності для осіб з РХП підкреслюється асоціацією між більшою тривожністю прихильності і уникненням та симптомами розладу харчування. Більше того, незважаючи на актуальність деяких рис особистості для вираження симптомів РХП, незахищеність прихильності пов'язана з РХП незалежно від особливостей особистості [65].

Тим не менш, істотних доказів специфічного взаємозв'язку між стилем прихильності та НА все ще бракує, і в цій галузі потрібні додаткові дослідження.

#### **1.4. Аналіз сучасних підходів до психокорекції нервової анорексії.**

Психокорекційне втручання для лікування НА є необхідним в усіх вікових групах [66]. Воно також доречне на етапах відновлення ваги та профілактики рецидивів [67]. Окрім спрямованості на нормалізацію харчової поведінки та контролю ваги, а також відновлення ваги, психокорекція повинна враховувати інші фактори, такі як нормалізація образу тіла та когніції, пов'язані з прийомом їжі.

Кількість досліджень, які вивчали ефективність психокорекційних втручань при НА у підлітків обмежена. Проведений нами аналіз показав, що існує лише вісім опублікованих рандомізованих контрольованих досліджень, в яких вивчалася ефективність амбулаторного лікування підлітків з НА та серед них переважають дослідження, в яких порівнювалися різні варіанти сімейно-орієнтованих інтервенцій НА (6 з 8 досліджень) [68]. Встановлено, що сімейно-орієнтований психокорекційний підхід до лікування НА, який на сьогодні рекомендується як єдине психологічне втручання першої лінії для підлітків [69], значно покращує психопатологію РХП; однак лише 41,8% учасників досягли повного одужання наприкінці терапії [70], а понад чверть (26,6%) продовжували страждати від РХП через 2-4 роки [71]. Дослідження Eisler та його колег [72] показало значні відмінності в поліпшенні симптомів НА на користь сімейно-орієнтованої терапії до якої були залучені разом з хворими НА їх мами і татусі, порівняно з терапією при участі лише мам. Дослідники погоджуються в тому, що патерни взаємовідносин стають більш помітними в умовах залучені до терапії всіх членів сім'ї [73], але відсоток

пацієнтів з хорошим результатом через 1 рік був обмеженим в обох групах і коливався від 33 до 45% [74].

Посилена когнітивно-поведінкова терапія (CBT-E) та підлітково-орієнтована терапія (AFT), єдині на сьогодні рекомендовані психологічні втручання другої лінії терапії для підлітків [76], виявилися здатними значно покращити психопатологію при НА, а також підвищити ІМТ [77,78], але лише у 4% пацієнтів, які отримували CBT-E повністю завершили лікування, тоді як решта пацієнтів або потребували додаткових втручань, або вибули з програми [79]. Крейг та його колеги [80] дослідили застосування CBT-E на вибірці підлітків, які страждають на НА або атипovu НА, як лікування другої лінії для пацієнтів після повторного проходження сімейної терапії або у випадках, коли сімейна терапія не була застосовна. Вони виявили значне поліпшення психопатології НА, але також і високий рівень відсіву 38,9% серед тих, хто розпочав CBT-E. [81]

Предиктори поганої відповіді на лікування лишаються досі недостатньо вивчені. Результати досліджень засвідчують що наявність психопатологічних проявів у батьків або опікунів пацієнтів з РХП мають вплив на розвиток захворювання. [82] Разом з цим певні особливості сімейного функціонування можуть бути предикторами виникнення РХП, а інші навпаки – можуть виконувати превентивну та підтримуючу роль у лікуванні та профілактиці рецидивів. [83] Більшість наявних досліджень зосередженні на дослідженні емоційно-поведінкових розладів безпосередньо у хворих НА. [84] Батьки досліджуються рідко і наявні дослідження були зосереджені лише на виявленні емоційно-поведінкових розладів у матерів, татусі не брали участі у дослідженнях. [85] Враховуючи те що сімейно-орієнтована терапія, яка є першою лінією лікування НА, не завжди дає позитивний результат, постає завдання виявити можливі психо-емоційні порушення безпосередньо у

батьків/опікунів (матерів та татусів) хворих НА, які можуть негативно впливати на динаміку лікування. Відтак, психокорекційні інтервенції, що спрямовані на психоемоційні корекційні втручання, які спрямовані не лише на хворих НА, а й на їх батьків/опікунів, можуть бути корисними для кращих результатів лікування. Тому виникає потреба в створенні та дослідженні ефективності нових психокорекційних програм, спрямованих на батьків/опікунів пацієнтів з НА [86].

Нами було систематизовано інформацію про наявні сімейно-орієнтовані програми психокорекції НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, щоб виокремити прототипи для розробки власної програми психокорекції та окреслити шляхи подальшого дослідження теми. Разом з тим ми проаналізували інформацію про наявні індивідуальні програми психологічних інтервенцій другої лінії терапії НА. Нижче наведений детальний аналіз кожної програми психокорекції НА.

#### *1.4.1. Перша лінія психокорекційного втручання підлітків з нервовою анорексією.*

#### **Сімейно-орієнтована терапія підлітків та молодих дорослих з нервовою анорексією (FBT)**

FBT при НА - це мануальний підхід, який фокусується на наслідках значної втрати ваги [87]. Фокус FBT полягає в тому, щоб залучити батьків як експертів у вихованні своєї дитини, щоб вони контролювали і брали на себе відповідальність за харчування дитини або підлітка до оптимального діапазону ваги [88]. Одним з центральних принципів FBT є позаідеологічна позиція щодо виникнення розладів. Однією з цілей цього акценту є полегшення значного почуття провини, яке історично відчувають батьки дитини з НА [89]. Терапевт виступає в ролі експерта та фасилітатора, але саме

батьки приймають рішення про те, як найкраще годувати дитину. Цьому процесу сприяє сімейний обід, на який батьки приносять їжу, якою б вони годували свою дитину [90]. Цей прийом їжі є важливою частиною терапії і дозволяє терапевту спостерігати за підходами, які використовують батьки. Наприклад, якщо харчова поведінка батьків є ненормальною або обмежувальною, це може вплинути на їхній підхід до залучення дитини до прийому їжі. Шляхом делікатних розпитувань терапевт допомагає батькам виробити стратегії, які були б найбільш оптимальними для дитини в їхньому сімейному контексті [91].

На початку кожного сеансу ФВТ терапевт зважає пацієнта та обговорює його поточні проблеми, емоції та думки. Ці дані надаються родині для використання в обговоренні домашніх стратегій, які працюють або потребують вдосконалення [92]. Інші елементи лікування можуть включати в себе надання інформації про харчування та вирішення питань, пов'язаних з когнітивними викривленнями щодо харчування, а також нормалізацію образу тіла. У міру переходу до фази 2 лікування на підлітка покладається більша відповідальність за самостійне харчування, а на фазі 3 обговорюється перехід до типового підліткового розвитку. [93].

### **Досвідчені опікуни допомагають іншим (ЕСНО)**

У програмі ЕСНО опікуни або студенти-психологи з мінімальним попереднім клінічним досвідом надають телефонну підтримку опікунам, які в даний час ведуть дитину з НА в амбулаторних умовах. []Підтримка базується на опублікованій книзі (Treasure та ін., 2007) і використовує стратегії мотиваційного інтерв'юв [94]. ЕСНО базується на моделі міжособистісного супроводу НА. Згідно з цією моделлю, люди можуть ненавмисно підкріплювати поведінку людей з НА через дисфункціональні поведінкові патерни опікунів (наприклад, критика, надмірна опіка) [95]. Таким чином,



допомога надається опікунам у розвитку навичок, які зменшують таку поведінку, може покращити результати лікування НА. Батьки проводять самооцінку, в ході якої визначають, чи не проявляють вони поведінку, яка може ненавмисно посилити РХП. Потім батьки розробляють індивідуальні стратегії для подолання такої поведінки. Крім того, батьків навчають принципам зміни поведінки та когнітивним стилям РХП, щоб допомогти їм краще зрозуміти досвід своєї дитини [96].

*1.4.2. Друга лінія психокорекційного втручання підлітків з нервовою анорексією.*

### **Посилена когнітивно-поведінкова терапія (СВТ-Е)**

Посилена КПТ (СВТ-Е) - це більш формалізована, заснована на мануальному підході версія КПТ для осіб з РХП, яка має трансдіагностичний акцент і спрямована на порушення когнітивно-поведінкових процесів, що підтримують психопатологію розладу харчової поведінки [97]. Лікування базується на індивідуальному формулюванні труднощів пацієнта, яке складається на початку терапії, а потім переглядається у разі необхідності [98]. Хоча СВТ-Е спочатку була розроблена для дорослих амбулаторних пацієнтів з РХП, згодом вона була адаптована для використання з підлітками [99]. Для пацієнтів, які мають недостатню вагу і потребують відновлення ваги, СВТ-Е проводиться приблизно за 40 сеансів протягом 40 тижнів, тоді як для тих, хто має незначну недостатню вагу, СВТ-Е зазвичай проводиться за 20 сеансів протягом 20 тижнів [100]. Незалежно від тривалості лікування, початковий акцент робиться на усуненні психопатології РХП (тобто, сфокусована СВТ-Е), з додаванням модулів, спрямованих на один або кілька "зовнішніх" механізмів підтримки (наприклад, клінічний перфекціонізм, низька самооцінка, виражені

внутрішньоособистісні труднощі), якщо ці особливості є важкими і перешкоджають прогресу в лікуванні [100].

Початковий фокус лікування за допомогою СВТ-Е спрямований на досягнення взаємного розуміння РХП пацієнтом та залучення його до лікування. [55] Також акцент робиться на персоналізованому навчанні, яке стосується регулярного харчування та занепокоєння щодо ваги. Мета СВТ-Е полягає в тому, щоб пацієнти самі вирішили відновити вагу, а не щоб їм нав'язували це рішення [101]. Наступний етап лікування спрямований на відновлення ваги та процеси, які підтримують РХП пацієнта. Зазвичай це передбачає вирішення проблем, пов'язаних з фігурою, прийомом їжі та надмірним обмеженням, а також підвищення здатності пацієнта справлятися з повсякденними подіями та змінами настрою [102]. Кожні 4 тижні сесія частково присвячується огляду прогресу та перешкод, а також плануванню подальшого лікування. Заключна фаза СВТ-Е присвячена допомозі пацієнту досягти успіху в підтримці своєї здорової ваги.

### **Модель лікування нервової анорексії Модслі (MANTRAa)**

MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults), мануалізована індивідуальна програма лікування, специфічна для пацієнтів з НА, була розроблена Шмідтом та його колегами як перша лінія терапії для дорослих хворих НА, в подальшому програма була адаптована для підлітків [103]. Ефективність була вивчена у кількох дослідженнях, які показали не тільки значне і стійке поліпшення психопатології та ІМТ, але й високу переносимість лікування та низький рівень відсіву [104]. Ця програма втручання зосереджена на робочому зошиті пацієнта, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії та письмові завдання, що підтримують вираження та регуляцію емоцій. Теоретичною основою MANTRA є

когнітивно-інтерперсональна модель підтримки НА [105], яка розглядає схильні риси особистості, як ключові фактори вразливості, що підвищують ризик розвитку НА і сприяють підтримці захворювання. Іншими факторами, які, як відомо, сприяють підтримці захворювання і які розглядаються в програмі, є (1) порушення в соціально-емоційній сфері, такі як уникнення емоцій і зниження навичок соціальної обробки, (2) негнучкий, перфекціоністський і орієнтований на деталі стиль мислення, (3) проанорексичні переконання (позитивні переконання про цінність або функцію хвороби або окремих симптомів, наприклад, "анорексія захищає мене" або "анорексія дає мені контроль") і (4) несприятливий стиль спілкування з батьками або близькими людьми. MANTRA зосереджена на робочому зошиті пацієнта, який кожен пацієнт отримує на початку лікування. Терапевт і пацієнт спільно вибирають теми і вправи з робочого зошита, виходячи з потреб і симптоматики пацієнта. Пацієнтам рекомендується читати і виконувати додаткові вправи вдома. Робочий зошит дає можливість працювати з терапевтичним змістом поза межами щотижневої терапії сеансів, що може ще більше покращити результати лікування [106]. MANTRA також концептуалізується як гнучка та адаптивна програма лікування, в якій пацієнти беруть безпосередню участь у терапевтичному процесі. Пацієнти заохочуються до активного вибору тем, над якими вони хочуть працювати. Однією з головних цілей програми є посилення внутрішньої мотивації пацієнта до одужання. Ключовим елементом MANTRA є письмові завдання. Люди з НА часто відчують підвищену емоційність, але в той же час мають гіршу обізнаність про емоції і менш адаптивні стратегії регулювання емоцій, ніж здорові люди [107]. Важливою особливістю робочого зошиту є розділ, присвячений ідентичності. Его-синтонічна природа НА і висока цінність певних аспектів хвороби (наприклад, проанорексичних переконань) є

особливо актуальними в підлітковому віці та на етапі становлення дорослості, що характеризується дослідженням ідентичності та зосередженням на собі. У MANTRA рольові моделі використовуються для побудови альтернативних, не пов'язаних з хворобою переконань і цінностей, а також для посилення дослідження і формування ідентичності [108].

Лікування за допомогою MANTRA базується на гнучкому застосуванні модулів робочого зошита MANTRA і зазвичай складається з 20 сесій.

### **Терапія, орієнтована на підлітків (AFT)**

Терапія, орієнтована на підлітків (AFT), спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам ідентифікувати свої емоції і навчитися терпіти негативні афективні стани. Терапевт інтерпретує поведінку та емоції пацієнта, щоб допомогти йому відрізнити емоційні стани від тілесних потреб, таких як їжа. Психоосвіта, пов'язана з харчуванням і наслідками недоїдання, також включена в лікування. Відновлення ваги відбувається протягом 30-40 сеансів AFT; однак, на відміну від FBT, де батьки або інші опікуни беруть на себе відповідальність за харчування пацієнта, AFT заохочує пацієнта змінити власну харчову поведінку і набрати вагу. Зустрічі з сім'єю можуть відбуватися в рамках AFT, але використовуються для оцінки функціонування батьків і надання оновленої інформації про прогрес.

Психокорекційні втручання НА втручання часто описуються як різні, але риси часто є спільними (табл. 2).

Таблиця 2.

## Компоненти першої та другої лінії психокорекції НА

Лінія психокорекції	Перша		Друга		
	FBT	ECHO	CBT-E	MANTRAa	AFT
Зважування на сеансі	X		X	X	
Вивчення історії розвитку хвороби, її сімейних та культурних передумов	X		X	X	X
Мотиваційна фаза лікування	X	X	X	X	X
Фокус на міжособистісних питаннях / емоційному вираженні	X	X	X	X	X
Моніторинг симптомів, в т.ч. харчування	X	X	X	X	X
Зміна поведінки та дисфункціональних установок (когнітивні викривлення), пов'язаних з РХП;	X		X	X	X
Покращення навичок подолання труднощів	X		X	X	X
Контроль за прийомом їжі за допомогою батьків	X	X		X	

*Примітка. AFT=індивідуальна терапія, орієнтована на підлітків; CBT-E=посилена когнітивно-поведінкова терапія розладів харчової поведінки; ECHO=досвідчені опікуни, які допомагають іншим; FBT=терапія/лікування на основі сім'ї; MANTRA=модель лікування нервової анорексії у дорослих за Модслі;*

Проаналізовані нами прототипи психологічних інтервенцій НА, які спрямовуються як на підлітків так й на їх батьків/опікунів (перша та друга лінії терапії), згідно досліджень [109][110][111] не завжди демонструють ефективність в лікуванні НА, оскільки не дають стійкого результату. Спільним для більшості втручань є фокус на міжособистісних питаннях та емоційному вираженні. Проте у всіх запропонованих підходах цей фокус направлений лише на хворих НА, та не направлений на їх батьків/опікунів, які, згідно психокорекційних втручань першої лінії терапії, є відповідальними за годування хворих. Відсутній фокус на психоемоційному статусі

батьків/опікунів пацієнтів з НА може пояснити, чому звичні сімейно-орієнтовані інтервенції, не дають стійких змін у терапії НА [112].

Отже можна підсумувати, що проаналізовані підходи до терапії НА підтверджують відсутність психоемоційних корекційних втручань, які направлені не лише на хворих НА, а й на їх батьків/опікунів.

## **Висновки до розділу 1.**

Проведений теоретико-методологічний аналіз, систематизування інформації з наукових джерел, контент-аналіз та аналіз існуючих програм психокорекції НА, які описані в даному розділі, дозволяють сформулювати наступні висновки:

1. Дебати з приводу патогенезу та підтримуючих факторів НА, тривають, оскільки терапевтичні втручання не призводять до задовільних та тривалих показників ремісії. Спостерігається висока частота рецидивів, повторних госпіталізацій та хронічного перебігу розладу, що призводить до втрати працездатності та підвищеної смертності. Етіологічними чинниками НА є сукупність генетичних, біологічних, соціальних та культурних факторів. НА частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків. Сприятливими прогностичними факторами є ранній вік початку захворювання в поєднанні з коротким анамнезом. Несприятливими прогностичними факторами є тривалий анамнез захворювання, тип переїдання/очищення та obsесивно-компульсивна поведінка.
2. Хворі НА мають труднощі з емоційною обробкою, які сприяють уникненню емоцій та/або надмірній їх регуляції. Існуючі стратегії регулювання емоцій, з долученням анорексичної поведінки, використовуються для запобігання виникнення потенційних емоцій і тому сприймаються як корисні, закріплюються і в подальшому стають дезадапційними методами контролю.
3. Існуючі дослідження зазначають потенційну роль факторів сімейного функціонування як у складних патогенетичних і підтримуючих

механізмах виникнення розладу, так і в ефективності психокорекційних втручань НА. Участь батьківської пари та залучення всієї родини до процесу лікування підлітка з НА визнається ключовим прогностичним фактором у всіх світових клінічних настановах з лікування НА. Сім'ї пацієнтів з НА повідомляють про більш дисфункціональне сімейне функціонування та за даними досліджень батьки пацієнтів з НА більше скаржаться на порушення власного психоемоційного стану порівняно з сім'ями підлітків без НА. Проте наразі існуючі дослідження у цьому напрямку є поодинокими та мають ряд обмежень.

4. Численні дослідження відзначають необхідність розробки сімейно-орієнтованих психокорекційних програм, які були б направлені не лише на вирішення психоемоційних порушень у пацієнтів з НА, а й враховували можливі порушення психоемоційного стану батьків/опікунів, оскільки саме вони відіграють головну роль в лікуванні та супроводі пацієнта з НА в амбулаторних умовах. Одним із важливих обмежень існуючих програм психокорекційних втручань є відсутність цілісного бачення структури сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА. Тому такі психокорекційні підходи не узгоджуються з останніми теоретичними моделями НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів.

*Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:*

1. Сак Л. & Хаустова О., (2019). Порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4):e0404247 <https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I4.247>



## РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Дизайн та етапи організації дослідження.

Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця - психоневрологічне відділення Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 у період з 2019 по 2022 рр. Дослідження проходило в декілька етапів, що відповідали вирішенню поставлених задач. (Рис 2.1.).



Рис. 2.1. Етапи дослідження.

**Етап 1** полягав в аналізі актуальної наукової літератури, а саме проведенні контент-аналізу для визначення існуючих наукових досліджень на тему особливостей сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА та аналізу прототипних програм психокорекційного втручання. Систематизація знань та аналізі сучасних теоретичних моделей представлений у Розділі 1.

**Етап 2** полягав у підборі батареї психодіагностичних методик та оцінки їх відповідності до поставлених задач дослідження; вивчені особливостей сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з НА за допомогою психодіагностичних методик, описової статистики, кореляційного та регресійного аналізу. Під час Етапу 2 відбувалося підписання поінформованої згоди на участь в дослідженні, скрінінг на відповідність критеріям включення/невключення та первинне психодіагностичне обстеження сімейного функціонування сімей хворих НА та особливостей психо-емоційного профілю хворих НА та їх батьків/опікунів. На цьому етапі було вилучено 48 заявок на участь у дослідженні. Всі види взаємодії з учасниками (скрінінгова оцінка відповідності критеріям включення та підписання поінформованої згоди, психодіагностичне обстеження та психокорекція) на всіх етапах дослідження відбувалися у психоневрологічному відділенні Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1. Аналіз результатів, які були отримані на цьому етапі, представлений у Розділі 2 та 3.

**Етап 3** полягав у розробці програми психокорекції на основі аналізу прототипів (детальний аналіз представлений у підрозділі 1.4 Розділу 1, а опис програми – у Розділі 4), та її проведенні. Після проведення Етапу 2 усі сім'ї учасників було випадковим чином поділено на дві групи – групу дослідження та групу порівняння (співвідношення розподілу ~1:1). Поділ відбувся шляхом

простої рандомізації через призначення випадкового номеру (0 – група порівняння, 1 – група дослідження) кожній сім'ї учасників за допомогою програми- рандомізатора (Urbaniak & Plous, 2013). Учасники групи дослідження проходили стандартне стаціонарне лікування згідно протоколів лікування НА і додатково залучалися до розробленої програми психокорекції. Учасники групи порівняння проходили стандартне стаціонарне лікування та були включені до листа очікування та мали можливість залучитись до програми психокорекції після групи дослідження.

**Етап 4** полягав в оцінці ефективності розробленої програми психокорекції шляхом повторної психодіагностичної оцінки визначених мішеней втручання та порівняння результатів груп між собою та з початковими рівнями показників за допомогою методів аналітичної статистики. Аналіз результатів, отриманих на етапах 3-4, представлений у Розділі 4.

## **2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення.**

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології у дослідження було відібрано 333 особи (121 пацієнта з НА, та 112 осіб їх батьки/опікуни). Відповідно до мети і задач дослідження було сформовано досліджувану групу (ДГ) та групу порівняння (ГП).

Досліджувану групу склали пацієнти з НА що отримували стандартне стаціонарне лікування та їх батьки/опікуни, які були залучені до розробленої програми психокорекції.

Групу порівняння склали пацієнти з НА, які отримували стандартне стаціонарне лікування без їх залучення до розробленої програми психокорекції.

Критерії включення: 1) Діагноз НА, 2) Індекс маси тіла Кетле  $\leq 17,5$ , 3) Наявність батьків/опікунів. 4) Можливість надати інформаційну згоду 5) Вік від 10 до 18 років.

Критеріями не включення в дослідження стали: 1) Відсутність інформованої згоди, 2) Наявність інших клінічно значущих психічних та/або соматичних розладів, вживання психоактивних речовин, 3) НА викликана хронічними соматичними захворюваннями.

Серед соціально-демографічних характеристик досліджуваних батьків/опікунів фіксувалися: стать, вік, рівень освіти, сімейний стан, тип професійної зайнятості; для пацієнтів з НА : стать, вік та тривалість захворювання.

**Таблиця 2.1.**

**Загальна характеристика груп дослідження  
Батьки/опікуни пацієнтів з НА**

	ДГ2 n=110		ГП2 n=102		Усього
1	2		3		4
	Абс. к	%	Абс. к	%	
<b>Стать</b>					
1	2		3		4
чоловіча	47	42,7	44	43,1	91
жіноча	63	57,3	58	56,9	121
<b>Вік</b>					
до 40	10	9	6	5,8	16
40–45	80	72,2	72	70	152
старше 45	20	18	24	23,5	44

Освіта					
середня незавершена	0	0	0	0	0
середня завершена	0	0	2	1,9	2
середня спеціальна	24	21,8	21	20,5	23
вища незавершена	6	5,4	4	3,9	10
вища завершена	80	72,7	74	72,5	154
Сімейний стан					
самотні	10	9	7	6,8	17
у стосунках	6	5,4	7	6,8	7
у шлюбі	94	85,4	88	86,2	182
розлучені	14	12,7	12	11,7	26
Зайнятість					
без роботи	12	10,9	10	9,8	22
часткова зайнятість	39	35,4	37	36,2	76
повна зайнятість	54	49	53	51,9	107
фріланс	5	4,5	2	1,9	7

Таблиця 2.2.

## Загальна характеристика груп дослідження

## Пацієнти з НА

	ДГ1 n=63		ГП1 n=58		Усього
1	2		3		4
	Абс. к	%	Абс. к	%	
Стать					
1	2		3		4
чоловіча	3	4,8	3	5,2	6
жіноча	60	95,2	55	94,8	115
Вік					
до 13	4	6,3	2	3,4	6
13–17	60	95	53	91,3	113
17-18	5	7,9	3	5,1	8
Тривалість НА					
Менше 3 міс.	6	9,5	6	10,3	12
3-6 міс.	51	80	47	81	98
6-12 міс.	6	9,5	5	9,4	11

Серед груп підлітків – для досліджуваної групи, середній вік становив  $M=15,17$  ( $SD=1,7$ ;  $SE=0,215$ ) мінімальний вік – 11 років, максимальний – 17, з них - 3 (4,8%) хлопців та 60 (95,2%) дівчат; Для групи порівняння, середній вік становив  $M=15,95$  ( $SD=1,1$ ;  $SE=0,152$ ) мінімальний вік – 13 років, максимальний – 17, з них – 3 (5,2%) хлопців та 55 (94,8%) дівчат;

Серед груп дорослих – для досліджуваної групи, середній вік становив  $M=44,90$  ( $SD=5,9$ ;  $SE=0,567$ ) мінімальний вік – 34 років, максимальний – 63, з них - 47 (42,7%) чоловіків та 63 (57,3%) жінок; Для групи порівняння, середній вік становив  $M=44,68$  ( $SD=5,2$ ;  $SE=0,522$ ) мінімальний вік – 33 роки, максимальний – 62 з них – 44 (43,1%) чоловіків та 58 (56,9%) жінок.

В цілому, в ДГ2 батьків/опікунів нараховувалося 63 жінки й 47 чоловіків, 10 особам було менше 40 років, 80 особи – з 40 до 45 й 20 осіб мали більше 45 років. Серед груп дорослих – для досліджуваної групи, середній вік становив  $M=44,90$  ( $SD=5,9$ ;  $SE=0,567$ ) мінімальний вік – 34 років, максимальний – 63, з них - 47 (42,7%) чоловіків та 63 (57,3%) жінок;

В ГП2 батьків/опікунів нараховувалося 58 жінки й 44 чоловіків, 6 особам було менше 40 років, 72 особи – з 40 до 45 й 24 осіб мали більше 45 років. середній вік становив  $M=44,68$  ( $SD=5,2$ ;  $SE=0,522$ ) мінімальний вік – 33 роки, максимальний – 62 з них – 44 (43,1%) чоловіків та 58 (56,9%) жінок.

Дані таблиці 2.1. підтверджують, що ДГ та ГП були репрезентативні по віку та статі.

В ДГ1 пацієнтів з НА нараховувалося 60 дівчат і 3 хлопчиків, 4 особам було менше 13 років, 60 особам – з 13 до 17 років й 5 осіб мали більше 17 років. Серед груп підлітків для ГП1, середній вік становив  $M=15,17$  ( $SD=1,7$ ;  $SE=0,215$ ) мінімальний вік – 11 років, максимальний – 17, з них - 3 (4,8%) хлопців та 60 (95,2%) дівчат;

В ДГ1 пацієнтів з НА нараховувалося 55 дівчат і 3 хлопчиків, 2 особам було менше 13 років, 55 особам – з 13 до 17 років й 3 осіб мали більше 17 років. Для групи порівняння, середній вік становив  $M=15,95$  ( $SD=1,1$ ;  $SE=0,152$ ) мінімальний вік – 13 років, максимальний – 17, з них – 3 (5,2%) хлопців та 55 (94,8%) дівчат; Дані таблиці 2.2. підтверджують, що ДГ1 пацієнтів з НА та ГП1 пацієнтів з НА були репрезентативні по віку та статі.

Тривалість НА менше 3 місяців виникала в 9,5% пацієнтів з ДГ1, від 3-6 місяців в 80 % пацієнтів, від 6 до 12 місяців в 9,5 % пацієнтів. В ГП1 тривалість НА спостерігалася менше 3 місяців у 10,3 % пацієнтів, від 3-6 місяців в 81 % випадків, від 6 до 12 місяців в 9,4% пацієнтів.

Діагноз НА було встановлено у психоневрологічному відділенні Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 за допомогою клінічних та інструментальних методів діагностики. Оцінку психічного стану пацієнта на момент залучення в дослідження та підтвердження діагнозу виконували лікар-психіатр та лікар-психолог психоневрологічного відділення. Усі досліджені випадки були легкого та помірного ступеню тяжкості відповідно до DSM-V.

Усі учасники надали свою інформовану згоду в письмовій формі після повного роз'яснення процедур дослідження. Дослідження відповідає Гельсінкській декларації та перед початком набору учасників Комісія з біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені Богомольця зробила висновок, що дослідження не буде містити підвищеного ризику для суб'єктів дослідження та буде виконано з урахуванням існуючих біоетичних норм та наукових стандартів щодо проведення клінічних досліджень із залученням пацієнтів (протокол №127 від 2 грудня 2019 р.).

Дане дисертаційне дослідження виконувалось в рамках науково-дослідної роботи кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ ім. О.О.Богомольця, на тему «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги (діагностика, терапія, реабілітація, профілактика) пацієнтам багатопрофільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі» (2020-2022 рр., № державної реєстрації 0119U103910).



### 2.3. Методи дослідження

З метою визначення сучасного стану проблеми нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів в Україні в порівнянні зі світовими науковими напрацюваннями в цій темі нами було проведено якісний та кількісний контент-аналіз та концепт-аналіз з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів. Пошук англomовних статей відбувався по ключовим словам: «anorexia nervosa», «emotional dysregulation», «family members psychopathology», and «family dysfunction», опублікованих з січня 2015 року по грудень 2019 року. Початковий пошук показав 240 статей (40 у Pubmed та 200 у Google Scholar). Після застосування фільтрів «Meta-Analysis, Review, Systematic Reviews, Humans, English» для аналізу залишилось 62 статті, з яких 14 відповідали критеріям включення та увійшли в даний огляд.

Пошук україномовних статей відбувався по ключовим словам «нервова анорексія», «сімейне дисфункціонування», «психопатологія матері», «психопатологія батька», «емоційна дисрегуляція». Початковий пошук українською мовою станом на 15.12.2019 показав 32 україномовних статей (32 у Google Scholar), що містять одне або декілька з ключових слів. Після аналізу вмісту було відхилено статті, що не відповідають критеріям включення, після чого у дане дослідження було включено 2 статті для аналізу.

Проведений аналіз наукової літератури дозволив систематизувати та описати основні клінічні та психологічні аспекти НА у вигляді динаміки розвитку НА від дитинства до підліткового віку. Наведено схему розвитку НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів внаслідок їх безпосереднього впливу на розвиток захворювання [67] за рахунок втраченого або не набутого власного

«емоційного Я» дитиною. Описані фактори ризику та підтримки, об'єднані тим, що емоційні труднощі впливають на них і посилюють їх.

**Теоретичні методи:** теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів психокорекційного впливу, порівняння та узагальнення даних.

*Методологія контент-аналізу.*

З метою визначення сучасного стану проблеми нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів, було проведено якісний та кількісний контент-аналіз наукової україномовної та англійської літератури, опублікованої за період з січня 2016 р. по грудень 2019 р.. Пошук відбувався із використанням баз даних PubMed та Google Scholar. Для подальшої можливості порівняння україномовної літератури з останніми напрацюваннями світових дослідників щодо сучасного стану проблеми нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів нами було вирішено включити лише оглядові статті, концепт-аналізи, мета-аналізи, систематичні огляди, опубліковані англійською мовою, які ставили за мету аналізувати різні підходи до концептуалізації сучасного стану проблеми нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, представлені в науковій літературі.

Критерії включення англійських статей в контент-аналіз: (1) оглядові статті, мета-аналізи, систематичні огляди, концепт-аналізи, які систематизують погляди щодо проблеми нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів; (2) основною метою було дослідити проблему нервової анорексії в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів вже з наявних статей з цієї тематики;

Критерії невиключення англомовних статей в контент-аналіз: (1) неангломовні статті; (2) книги, коментарі і т.д; (3) НА вивчалася окремо від сімейного функціонування та/або психоемоційного статусу батьків/опікунів. (4) НА спричинена іншими соматичними захворюваннями. Результати контент-аналізу представлені у Розділі 1.

*Методологія систематизації інформації про психокорекційні програми та аналізу прототипних психокорекційних програм.*

Було проаналізовано статті за останні 5 років на момент проведення аналізу – з січня 2016 по лютий 2021. Пошук вівся українською та англійською мовами з використанням таких ключових слів: «нервова анорексія», «сімейно-орієнтована терапія», «інтервенції» або «психологічні інтервенції» (англійською відповідно «anorexia nervosa», «family based therapy», «interventions» або «psychological interventions»). Пошук наукової літератури відбувався з використанням PubMed та APA PsychNET. Пошук за ключовими словами показав 78 англомовні статті (76 у Pubmed та 2 у PsychNET). Українськомовні статті за даною комбінацією ключових слів знайдені не були. Критерії включення статей в аналіз: (1) оригінальні статті, в яких досліджують ефективність розроблених психологічних інтервенцій у впливі на хворих підлітків НА із залученням їх батьків/опікунів.

Критерії невиключення статей в аналіз: (1) Статті присвячені НА, в яких не досліджувалась ефективність інтервенцій при участі батьків/опікунів. (2) Статті про ефективність різних психологічних інтервенцій дорослих хворих НА.

Після аналізу вмісту та відхилення статей, які не відповідали критеріям включення, в огляд увійшли 25 оригінальних статей. Результати систематизації інформації про психокорекційні програми та аналізу

прототипних психокорекційних програм представлені у підрозділі 1.4 Розділу 1.

**Соціально-демографічний метод** полягав у вивченні розподілу обстежених за віком, статтю, рівнем освіти, сімейним станом, працевлаштуванням.

**Клініко-анамнестичний метод** полягав у опитуванні пацієнтів щодо віку початку проявів НА в анамнезі, наявності поточних епізодів НА; дослідженні медичної документації (амбулаторних карт хворих, виписок з історії хвороби) для виявлення поточних психіатричних діагнозів.

**Клініко-психологічний метод** застосовувався у вигляді напів-структурованого інтерв'ю з метою первинної клінічної оцінки та опису якісних характеристик психологічного стану обстежуваних. Психіатром визначалась наявність НА відповідно до діагностичних критерій МКХ-10.

**Психодіагностичне дослідження** проводилось для встановлення індивідуально-особистісних та патопсихологічних особливостей досліджуваного контингенту. З метою визначення рівня сімейного функціонування була застосована шкала сімейної адаптації та згуртованості FACES-III, емоційна регуляція визначалася за шкалою труднощів емоційної регуляції DERS, прояви депресії та тривоги оцінювали за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, з метою виявлення алекситимії використовувалася Торонтська шкала алекситимії TAS-26, вид прихильності визначався Опитувальником щодо прихильності дорослих AAI, рівень якості життя вимірювався за допомогою Шкали оцінки якості життя Чабана О.С. (CQLS). Додаткова інформація щодо кожного методики наведена нижче.

*1) Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III)* була створена Д. Х. Олсоном, Дж. Портнером, И. Лани у 1985 році і адаптована Е. Г. Ейдемільером та співавторами у 2003 році. Основою методики є «циркулярна

модель» («кругова модель») Д. Х. Олсона, що містить три найважливіших параметри сімейної поведінки: згуртованість, адаптацію та комунікацію. Шкала FACES-III складається із 20 тверджень. Завданням досліджуваного (дитини/підлітка, батьків/опікунів) є дворазова оцінка тверджень за ступенем виразності проявів з використанням п'ятибальної шкали Лайкарта:

- “майже ніколи” – 1 бал,
- “рідко” – 2 бали,
- “час від часу” – 3 бали,
- “часто” – 4 бали,
- “майже завжди” – 5 балів.

В першому завданні оцінюється реальне сімейне функціонування, у другому – ідеальне (тобто таке, яким дитина/підліток та батьки/опікуни хотіли б його бачити). Визначення типу структури сім'ї підраховується кількістю балів, отриманих при підсумовуванні парних і непарних тверджень.

Шкала FACES-III має достатню внутрішню узгодженість, є надійною та валідною методикою. Інтерпретація і обговорення отриманих результатів з членами сім'ї дозволяє підвищити їх мотивацію до сімейних психокорекційних втручань, психоосвіти та індивідуальної роботи. "Наочна" демонстрація, що підтверджує наявність порушень в сімейній системі, дозволяє розподілити відповідальність за ефективність психокорекційних заходів між усіма членами сім'ї.

2) *Торонтська шкала алекситимії* (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, G.J. Taylor et al., 1985) адаптована в НДПНІ ім. Бехтерева (2005). Дана шкала складається з 26 запитань, результат підраховується як сума балів. Результат в 62 бали і нижче вважається нормою, 63 – 73 бали, відповідають "групі ризику", результат в 74 бали і вище – свідчить про наявність алекситимії. Основними характеристиками наявності алекситимії є: (1) нездатність

використовувати відповідні слова щоб описати емоції; (2) тенденція до опису деталей замість почуттів (наприклад, обставини, пов'язані з подією, а не почуття); (3) відсутність розвиненої уяви; (4) зміст думок пов'язаний швидше із зовнішніми подіями, аніж з уявою або емоціями; (5) відсутність можливості розуміти загальні соматичні реакції, які супроводжують переживання різних почуттів; (6) не часті, але насильницького характеру й переважно неадекватні спалахи афективної поведінки.

Вважається, що всі ці ознаки мають зв'язок з порушенням емоційної регуляції [68]. Шкала має хорошу внутрішню узгодженість, є надійним та валідним методом вивчення алекситимії у дорослих.

3) *Шкала труднощів емоційної регуляції DERS* (Gratz & Roemer 2004) є самозвітом, що застосовується для оцінки проблем емоційної регуляції серед підлітків та дорослих. DERS має шість підшкал, які складаються з 5-8 запитань (36 загалом). Концептуальне визначення регулювання емоцій, на якому базується DERS, підкреслює функціональність емоцій та фокусується на адаптивних способах їх регулювання під час або після дистресу, включаючи: (а) усвідомлення, розуміння та прийняття емоцій; (б) здатність контролювати поведінку під час переживання негативних емоцій; (с) гнучке використання ситуаційно-відповідних стратегій для модуляції інтенсивності та / або тривалості емоційних реакцій, а не для повного усунення емоцій; (г) готовність переживати негативні емоції як частину важливих та необхідних життєвих процесів.

Оцінюються бали окремо за субшкалами та загальна сума балів: (1) неприйняття емоційних реакцій; (2) труднощі в поведінці, спрямованій на цілі; (3) труднощі управління імпульсом; (4) відсутність емоційного усвідомлення; (5) Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій; (6) Відсутність емоційної чіткості.

В межах даного дисертаційного дослідження була проведена кроскультуральна адаптація та валідтація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS. Апробація була проведена на пацієнтах з НА та їх батьках/опікунах. Шкала має гарну внутрішню узгодженість, є надійною методикою та дозволяє виявити асоціацію між емоційною дисрегуляцією та симптомами психічних розладів, іншими пов'язаними з емоціями конструктами, а також дозволяє відслідковувати динаміку в ході психокорекційних втручань.

4) *Опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI, George, Kaplan & Main, 1984; DMM-AAI Crittenden & Landini, 2011)* Опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI, George, Kaplan & Main, 1984; DMM-AAI Crittenden & Landini, 2011), є напівструктурованим інтерв'ю, яке складається з 20 запитань та розроблене для вивчення уявлень дитини/підлітка про прихильність дорослих щодо себе (як власне дітей/підлітків щодо актуальної родини, так і ретроспективно батьків/опікунів щодо їх батьківських родин). Досліджуваний має описати своїх батьків/опікунів та їхні стосунки з ними; описати, як батьки зазвичай реагували на стресові ситуації; описати можливі випадки жорстокого поведіння в дитинстві. Оцінка інтерв'ю формувалась на основі характеру розповіді та за змістом за чотирма незалежними підшкалами, а саме: (1) надійна прихильність: стосунки з батьками є цінними та впливовими. Розповідь є послідовною і не захисною за своїм характером (2) уникнення: під час інтерв'ю спостерігаються прогалини у пам'яті, мінімізуються негативні аспекти. Дискурс є захисним. (3) занепокоєність: розповідь незв'язна, відмічаються гнівні або амбівалентні уявлення про минуле. (4) ненадійна прихильність: описують травмуючі події, внаслідок втрати чи абузу.

5) *Госпітальна шкала тривоги і депресії* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Розроблена Zigmond & Snaith (Zigmond & Snaith, 1983) переклад та адаптація україномовної версії шкали були проведені Агаєвим Н.А. та ін. (Агаєв та ін., 2016). Це опитувальник, який застосовується для виявлення тривоги та депресії. Шкала містить 14 тверджень та дві субшкали: субшкалу тривоги, яка включає непарні твердження 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; і субшкала депресії, яка включає парні твердження 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожне питання субшкал оцінюється від 0 до 3. Мінімальний бал для кожної субшкали становить 0 балів, максимально можливим є 21 бал. Чим вищий бал тим тяжчі симптоми.

б) *Шкала оцінки якості життя* (О.С. Чабан) є самозвітом, що застосовується для виміру якості життя у дорослих. Шкала містить 10 питань щодо задоволеності різними аспектами життя, кожне з яких оцінюється за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений) (Chaban та ін., 2016). По кожному твердженню відзначається кількість балів та вираховується загальний бал. Мінімально можливий бал – 0 б., максимальний – 100 б. Шкала ммістить 5 рівнів задоволеності якістю життя: вкрай низький (0-56 балів), низький (57-66 балів), середній (67-75 балів), високий (76-82 бали), дуже високий (83-100 балів). Шкала має гарну внутрішню узгодженість та надійність.

### **Методи статистичної обробки даних.**

Аналіз даних відбувався у статистичному пакеті IBM SPSS v.25, для побудови графіків використовувалось програмне забезпечення RStudio із статистичним пакетом “corrplot” [70]. Перед процедурою статистичного аналізу нами була проведена перевірка отриманих даних щодо наявності пропущених відповідей респондентів, неналежних чином заповнених опитувальників. Таким чином



було вилучено 48 відповідей. Кожна кількісна зміна була піддана перевірці щодо наявності нормального розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова. У якості описової статистики використовувалось середнє-статистичне значення, кількість осіб у відповідних групах та їх відсоток від загальної сукупності. Для числових шкал також були виведена помилка середнього, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення. Додатково до статистичних критеріїв для перевірки нормального розподілу та розуміння характеру отриманих даних були відображені показники асиметрії та ексцесу. Для змінних, які не мали нормального розподілу були додатково розраховані значення медіани та інтерквартильний розкид. Для перевірки зміни показників протягом 5 замірів тривалості експерименту ми використали One-way repeated measures ANOVA (аналіз дисперсії з одним фактором та повтореними вимірами). Метою цього аналізу є визначення, чи є значна різниця між середніми значеннями груп. Для вибору критерії порівняння ми перевіряли гіпотезу про «сферичність» даних (тест Маучлі) та у випадку порушення сферичності сприялися на поправку Greenhouse-Geisser. У якості міри величини ефекту ми використали частковий ета-квадрат (Partial Eta Squared). Він являє собою частку відхилення в залежній змінній, яка може бути віднесена до незалежної змінної після врахування інших факторів. Для того, щоб виміряти, який відсоток зміни дисперсії показника індекса маси тіла можна пояснити через зміну емоційного регулювання та сімейного функціонування (та для схожих гіпотез нашого дослідження) ми використали логістичну регресію для змінних DERS та FACES та їх субшкал. Однак, оскільки ми маємо повторні заміри за кожною з методик, ми обрали метод фіксованої логістичної регресії для даних із повторними замірами. Він спрямований на оцінку впливу змінних, які змінюються з часом, на змінну результату, контролюючи змінні, які не змінюються з часом. Для перевірки

змін у показниках окремих методик та шкал ми використали тест Вілкоксона (непараметричний статистичний тест, який використовується для порівняння двох залежних або парних зразків, де кожна вибірка надходить з однієї сукупності або групи). Для перевірки якості моделі логістичної регресії також був використаний тест ANOVA. Для виміру взаємозв'язку між змінними, вказаними у наших гіпотезах, ми провели кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена (оскільки більшість даних не відповідала критерію нормального розподілу).

## Висновки до розділу 2.

1. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань дисертаційного дослідження було сформовано дизайн дослідження.
2. Були сформовані групи дисертаційного дослідження: досліджувана група та група порівняння за ключовими та соціально-демографічними показниками були рівнозначними між собою, що дозволило використовувати їх для порівняння в ході дослідження.
3. Для проведення дисертаційного дослідження обрана батарея психодіагностичних методик, яка спрямована на досягнення мети та вирішення поставлених наукових завдань даного дисертаційного дослідження, а саме обстеження особливостей психоемоційного статусу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в контексті сімейного функціонування.
4. Методи математичної та статистичної обробки одержаних даних дисертаційного дослідження відповідають характеру статистичних даних і дають можливість підтвердити отримані результати відповідно до принципів доказовості.

*Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:*

1. Сак Л.,(2020). Сучасні підходи до обстеження пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 5(4):e0504270. <https://doi.org/10.26766/PMGP.V5I4.270>

### РОЗДІЛ 3. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З НЕРОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ ТА ЇХ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ

Для складання портрету вибірки ми використали описову статистику щоб відобразити загальні тенденції. Опису піддавалися змінні та шкали, які досліджувалися. Для групи пацієнтів з НА під час скринінгового аналізу було досліджено: індекс маси тіла (ІМТ), емоційна регуляція (шкала труднощів емоційної регуляції DERS), сімейне функціонування (шкала сімейної адаптації та згуртованості FACES-III), прихильність (опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI); для групи батьків/опікунів пацієнтів з НА досліджувалися: емоційна регуляція (шкала труднощів емоційної регуляції DERS), сімейне функціонування (шкала сімейної адаптації та згуртованості FACES-III), прихильність (опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI), депресія та тривога (госпітальна шкала тривоги і депресії HADS), алекситимія (торонтська шкала алекситимії TAS-26), рівень якості життя (шкала оцінки якості життя О.С. Чабан CQOL). Графічно розподіл за психодіагностичними методами дослідження відображено на рис. 3.1.



**Рис.3.1.** Розподіл психодіагностичних методик по групах досліджуваних.

### 3.1. Опис вибірки за досліджуваними характеристиками

Вибірка основного дослідження склала 333 особи. Серед них: досліджувана група (ДГ 1) підлітків хворих НА - 63 особи (18,9%) та їх батьків/опікунів (ДГ 2) – 110 осіб (33%); група порівняння підлітків хворих НА (ГП1) – 58 осіб (17,4%); дорослих батьків/опікунів хворих НА (ГП2) – 102 особи (30,6%). Розподіл представлено в таб. 3.1.

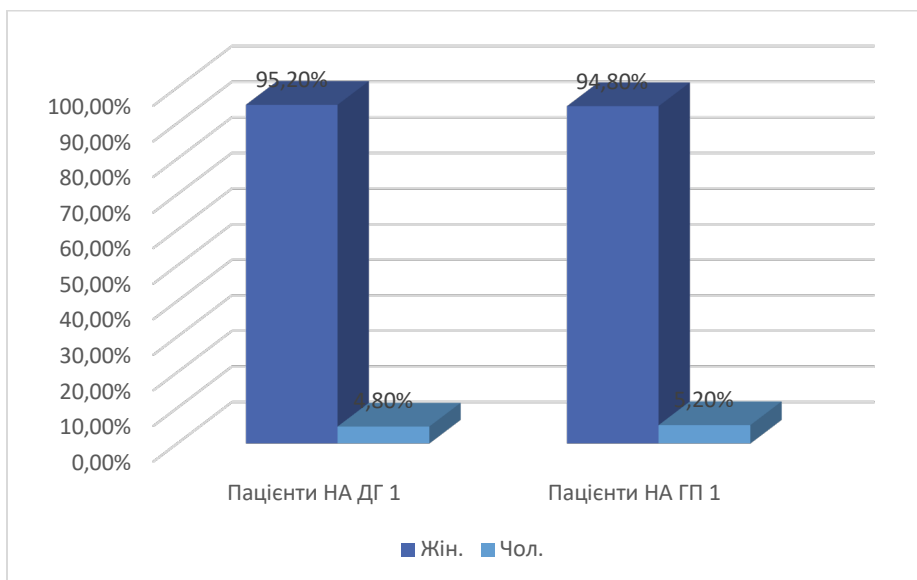
*Таблиця 3.1*

**Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних**

Група	Пацієнти НА	Батьки/опікуни	Всього
ДГ n (%)	63 (18.9)	110 (33)	173 (51.9)
ГП n (%)	58 (17.4)	102 (30.6)	160 (48)
ДГ вік μ	15,17	44,90	60.07
ГП вік μ	15,95	44,68	60.63
ДГ Ме [Q1-Q3]	16 [14-17]	44 [40.75-48]	60
ГП Ме [Q1-Q3]	16 [15-17]	43 [41-48.25]	59

<b>ДГ стать</b>	Чол. – 3 (4,8%) Жін. – 60 (95,2%)	Чол.– 47 (42,7%) Жін. – 63 (57,3%)	Чол.-50 Жін.-63
<b>ГП стать</b>	Чол.– 3 (5,2%) Жін. – 55 (94,8%)	Чол.– 44 (43,1%) Жін. – 58 (56,9%)	Чол.- 47 Жін.-113

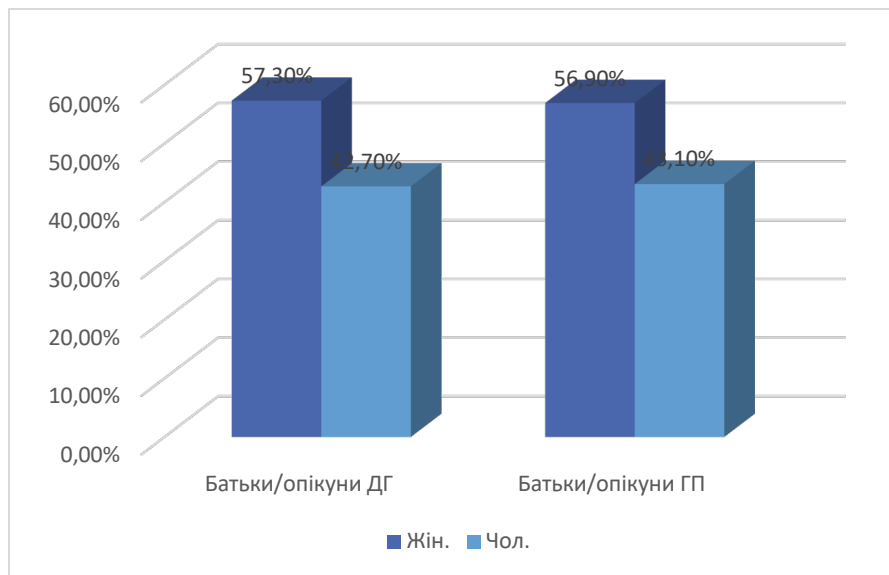
Серед групи пацієнтів з НА – для ДГ1, середній вік становив  $\mu = 15,17$  ( $SD=1,7; SE=0,215$ ) мінімальний вік – 11 років, максимальний – 17, з них - 3 (4,8%) хлопців та 60 (95,2%) дівчат; Для ГП1, середній вік становив  $\mu = 15,95$  ( $SD=1,1; SE=0,152$ ) мінімальний вік – 13 років, максимальний – 17, з них – 3 (5,2%) хлопців та 55 (94,8%) дівчат; Графічно розподіл за статтю відображений на рис. 3.2. Проаналізовані дані вказують на відсутність значущої різниці в середньому віку між обома групами пацієнтів з НА. Обидві групи пацієнтів складаються переважно з дівчат. Різниця в розподілі за статтю не є значущою.



**Рис. 3.2.** Розподіл за статтю пацієнтів з НА.

Серед груп батьків/опікунів пацієнтів з НА – для ДГ2, середній вік становив  $\mu = 44,90$  ( $SD=5,9; SE=0,567$ ) мінімальний вік – 34 років, максимальний – 63, з них - 47 (42,7%) чоловіків та 63 (57,3%) жінок; Для ГП2, середній вік становив  $\mu = 44,68$  ( $SD=5,2; SE=0,522$ ) мінімальний вік – 33 роки, максимальний – 62 з них – 44 (43,1%) чоловіків та 58 (56,9%) жінок. Графічно розподіл за статтю відображений на рис. 3.3.

Середній вік батьків або опікунів пацієнтів з НА майже ідентичний в обох групах. Різниця є мінімальною і не є значущою. Розподіл за статтю батьків/опікунів пацієнтів з НА є подібний в обох групах. Ця різниця також є не значущою.



**Рис. 3.3.** Розподіл за статтю батьків/опікунів пацієнтів з НА.

Отже проаналізовані демографічні показники пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в досліджуваних групах та групах порівняння вказують на відсутність значущих різниць і тому відповідають нормальності розподілу за цими показниками.

### 3.1.1. Дослідження індексу маси тіла у пацієнтів з нервовою анорексією.

Однією з ключових змінних, що піддавалася аналізу для пацієнтів з НА в ДГ1 та ГП1 – була змінна індексу маси тіла, (ІМТ), виміри якої 5 разів – на третьому (М3), шостому (М6), девятому (М9), дванадцятому (М12) місяцях після проведених психологічних інтервенцій розробленої “програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів” для ДГ1 та відсутності цих втручань для ГП1. ІМТ вимірювався за формулою:

$$ІМТ=m/h^2,$$

де  $m$  — маса тіла в кілограмах, а  $h$  — зріст в метрах.

У таблиці 3.2 представлені середні значення ІМТ на етапі скринінгу ДГ1 та ГП1 разом, мінімальний та максимальний показники, а також інші міри розподілу даних.

**Таблиця 3.2**

**Скринінг показників ІМТ у пацієнтів з НА**

Показник	N	$\mu$	SE	Me	SD	Min.	Max.	Q1-Q3	S	K
Пацієнти з НА	121	16.06	0.075	16.2	0.821	14	17	15.5-16.8	-0.568	-0.122

Примітка:  $N$  – загальна кількість осіб,  $\mu$  – середнє значення,  $SE$  – помилка середнього,  $SD$  – стандартне відхилення,  $Me$  – медіана,  $Min.$  – мінімальне значення,  $Max.$  – максимальне значення,  $Q$  – квантиль,  $S$  – асиметрія (Skewness),  $K$  – ексцес (Kurtosis)

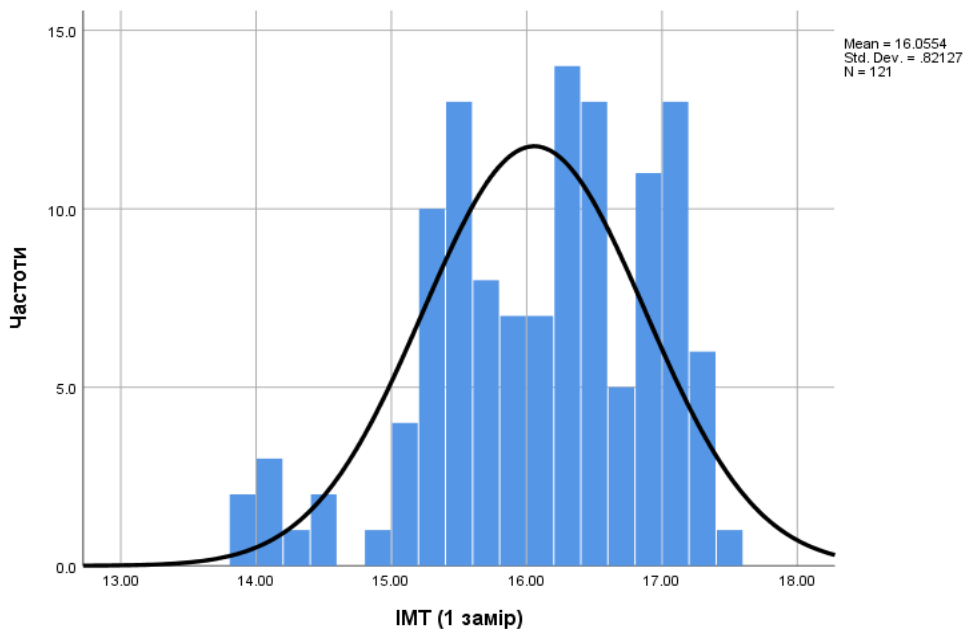
Згідно результатів скринінгу, середні значення ІМТ у пацієнтів з НА обох груп становлять  $\mu = 16.06$  ( $SD = 0,821$ ;  $SE = 0,075$ ). Такі показники лежать в межах нижче норми, що характеризує вагу досліджуваних, згідно формули ІМТ, як недостатню.

Зокрема, показник асиметрії (Skewness) є нижче нуля та становить  $-0.568$ , що свідчить про невелике скошення розподілу даних в ліву сторону – до



менших значень ІМТ. Зміщення не є значним, проте демонструє що певна частина нашої вибірки має менші показники, ніж середньо-статистичний зріз.

За показником Ексцесу (Kurtosis) теж спостерігаємо значення нижче нуля, а саме -0.122. Проте, цей показник є дуже наближеним до нормального розподілу й свідчить про нормальну варіативність даних, криву можна характеризувати як мезокуртичну. Графічно розподіл відображено на рис. 3.4.



**Рис. 3.4.** Скринінговий аналіз індексу маси тіла пацієнтів з нервовою анорексією.

### *3.1.2. Труднощі емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.*

Наступним метою дослідження було виявити та проаналізувати наявність труднощів емоційної регуляції у пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів за шкалою «DERS». Для повноти опису та інтерпретації, слід зазначити, що в обраній шкали відсутня чітка диференціація показників за рівнями -(високий, середній, низький), тому більша увага приділяється

порівняльній оцінці даних досліджуваних груп. Відповідно – максимальні бали за шкалами методики: «неприйняття» - 30 балів; «цілі» - 25 балів; «імпульс» - 30 балів; «усвідомлення» - 30 балів; «стратегії» - 40 балів; «чіткість» - 25 балів. Максимально можлива сума – 180. Результати ДГ1 та ГП1 пацієнтів з НА відображені у таблиці 3.3.

**Таблиця 3.3**

**Результати ДГ1 та ГП1 за методикою «DERS»**

Показник	$\mu$	SE	SD	Me	Min.	Max.	Q1-Q3	S	K
Сума	143.70	1.015	11.170	143	127	164	132.5-152	0.239	-0.914
Неприйняття	24.22	0.465	5.119	26	12	30	22-28	-1.359	1.206
Цілі	20.18	0.237	2.611	20	16	25	18-22	0.132	-0.653
Імпульс	25.80	0.365	4.012	26	16	30	25-29	-1.306	1.303
Усвідомлення	23.26	0.279	3.070	22	18	30	21-25	0.462	-0.461
Стратегії	30.96	0.419	4.607	32	20	40	28-34	-0.425	0.191
Чіткість	19.28	0.252	2.773	19	14	25	17-22	0.133	-0.639

*Примітка: N= загальна кількість осіб,  $\mu$  - середнє значення, SE - стандартна похибка SD-стандартне відхилення, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення, Q- квантиль.*

В ДГ1 та ГП1 пацієнтів з НА, за методикою труднощів емоційної регуляції «DERS», отримано середні результати за шкалами: "неприйняття":  $\mu= 24.22$  (SD=5.119; SE=0.465); "цілі":  $\mu =20.18$  (SD=2.611; SE=0.237); "імпульс":  $\mu =25.80$  (SD=4.012; SE=0.365); "усвідомлення":  $\mu=23.26$  (SD=3.070; SE=0.279); "стратегії":  $\mu=30.96$  (SD=4.607; SE=0.419); "чіткість":  $\mu=19.28$  (SD=2.773; SE=0.252).

Найбільш вираженими є показники змінних, що пов'язані з труднощами в поведінці, спрямованими на цілі (20,18 балів з 25 можливих), неприйняттям (24.22 бали з 30 можливих) та труднощами управління імпульсами (25,80 балів

з 30 можливих). У випадку "Неприйняття", "Імпульс" та "Стратегії" спостерігається лівосхилений розподіл, що означає, що середня оцінка знаходиться правіше від центру розподілу, а важіль розташований лівіше. У випадку "Цілей" та "Усвідомлення" спостерігається близький до симетричного розподіл, де середня оцінка знаходиться ближче до центру розподілу, а важіль розподілу розташований майже у центрі.

Шкала "Неприйняття" має позитивний ексцес (1.206), що вказує на виражений піковий характер розподілу оцінок; "Цілі" має негативний ексцес (-0.653), вказуючи на менш виражений піковий характер розподілу; "Імпульс" також має позитивний ексцес (1.303), що свідчить про виражений піковий характер розподілу; "Усвідомлення" має негативний ексцес (-0.461), що вказує на менш виражений піковий характер розподілу; "Стратегії" має негативний ексцес (0.191), вказуючи на менш виражений піковий характер розподілу.

Отримані результати вказують на виявлені проблеми у пацієнтів з НА ДГ1 та ГП1, пов'язані зі здатністю брати участь в цілеспрямованій поведінці та протидії бурхливим діям та вчинкам, при переживанні негативних емоцій. Зокрема, такі дані підкріплюються комплексно показниками інших змінних, значення яких є вищі середнього. Також, таке припущення слушне, якщо оцінювати середньогруповий показник суми балів - 143,7 з 180 можливих. Результати для вибірки батьків/опікунів ДГ2 та ГП2 описані у таблиці 3.4

*Таблиця 3.4*

**Результати ДГ2 та ГП2 за методикою «DERS»**

Показник	$\mu$	SE	SD	Me	Min.	Max.	Q1-Q3	S	K
Сума	141.85	0.756	11.006	142	106	167	132-150	-0.254	0.352
Неприйняття	23.76	0.342	4.983	26	12	30	22-26.75	-1.348	1.020
Цілі	20.00	0.183	2.659	20	12	25	18-21	-0.115	0.217

Імпульс	25.60	0.279	4.062	26	16	30	25-29	-1.278	1.093
Усвідомлення	23.07	0.223	3.248	22	15	30	21-25	0.448	-0.331
Стратегії	30.06	0.321	4.675	31	20	40	28-32	-0.125	0.057
Чіткість	19.35	0.185	2.695	19	14	25	17.25- 20.75	0.391	-0.283

В групі дорослих, за методикою «DERS», отримано наступні середні значення за кожним показником: "Неприйняття"  $\mu = 23.76$  ( $SD=4.983$ ;  $SE=0.342$ ), "Цілі"  $\mu = 20.00$  ( $SD=2.659$ ;  $SE=0.183$ ), "Імпульс"  $\mu = 25.60$  ( $SD=4.062$ ;  $SE=0.279$ ), "Усвідомлення"  $\mu = 23.07$  ( $SD=3.248$ ;  $SE=0.223$ ), "Стратегії"  $\mu = 30.06$  ( $SD=4.675$ ;  $SE=0.321$ ), та "Чіткість"  $\mu = 19.35$  ( $SD=2.695$ ;  $SE=0.185$ ). Серед усіх субшкал для даної групи найбільше значення має показник «неприйняття» (23,76 бали з 30 можливих), який характеризується, як вищий за середній. Також за цим показником фіксується найбільше відхилення відповідно до діапазону варіації балів, що говорить про те, що дорослі мали полярні показники за цим параметром. Загалом, показники групи дорослих не відрізняються від підлітків за середніми показниками, значення наближені до ідентичних.

Шкала "Неприйняття" має негативну асиметрію (-1.348), що вказує на витягнуту вліво форму розподілу оцінок; "Цілі" також має негативну асиметрію (-0.115), показуючи незначну витягнутість вліво; "Імпульс" і "Усвідомлення" мають негативну асиметрію (-1.278 та -0.125 відповідно), вказуючи на витягнуту вліво форму розподілу оцінок; "Стратегії" має позитивну асиметрію (0.391), що свідчить про витягнуту вправо форму розподілу; "Чіткість" має позитивну асиметрію (0.448), показуючи незначну витягнутість вправо. Загалом, за показниками цілей та стратегії було виявлено найбільш наближений до нормального розподіл.

За ексцесом "Неприйняття" має позитиві значення (1.020), що вказує на виражений піковий характер розподілу оцінок; "Цілі" має позитивний ексцес (0.127), показуючи невелику піковість розподілу; "Імпульс" також має позитивний ексцес (1.093), що свідчить про виражений піковий характер розподілу; "Усвідомлення" має негативний ексцес (-0.331), вказуючи на менш виражений піковий характер розподілу оцінок; "Стратегії" має нульовий ексцес (0.057), що свідчить про розподіл, який наближений до нормального; "Чіткість" має негативний ексцес (-0.283), вказуючи на менш виражений піковий характер розподілу.

Отже ДГ2 та ГП2 мають вищий середній показник за субшкалою "Неприйняття", що може свідчити про те, що ці групи відзначаються більш вираженою тенденцією до відкидання емоцій або придушення їх. Показник за цією субшкалою також має велике стандартне відхилення, що вказує на великий розкид оцінок в цьому показнику серед членів групи. Це може свідчити про те що в групі є різниця в тому, наскільки сильно досліджувані особи відкидають емоції. Інші показники за такими субшкалами як "Цілі", "Імпульс", "Усвідомлення", "Стратегії" і "Чіткість", мають більш наближені до нормального розподілу оцінок, хоча деякі з них також можуть мати вираженість в одну або іншу сторону. Асиметрія та ексцес розподілів показників вказують на їхню форму. Наприклад, "Неприйняття", "Імпульс" і "Чіткість" мають виражену асиметрію та/або ексцес, що свідчить про наявність виражених пікових точок або відхилень від нормального розподілу оцінок.

Узагальнюючі отримані дані в ДГ2 та ГП2 можна вказати на порушення емоційної регуляції на різних рівнях, проте у всіх досліджуваних спостерігається виражене порушення за субшкалою "Неприйняття".

3.1.3. Сімейне функціонування у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.

Наступним етапом нашого дослідження став аналіз сімейного функціонування в сім'ях хворих НА, який досліджувався на етапі скринінгу окремо у пацієнтів з НА у ДГ1 та ГП1, так й окремо дослідження проводилося для батьків/опікунів у ДГ2 та ГП2. З цією метою була застосована психодіагностична методика FACES III. Результати дослідження відображенні у таб. 3.5

Таблиця 3.5

Середні показники за шкалою сімейної адаптації та згуртованості

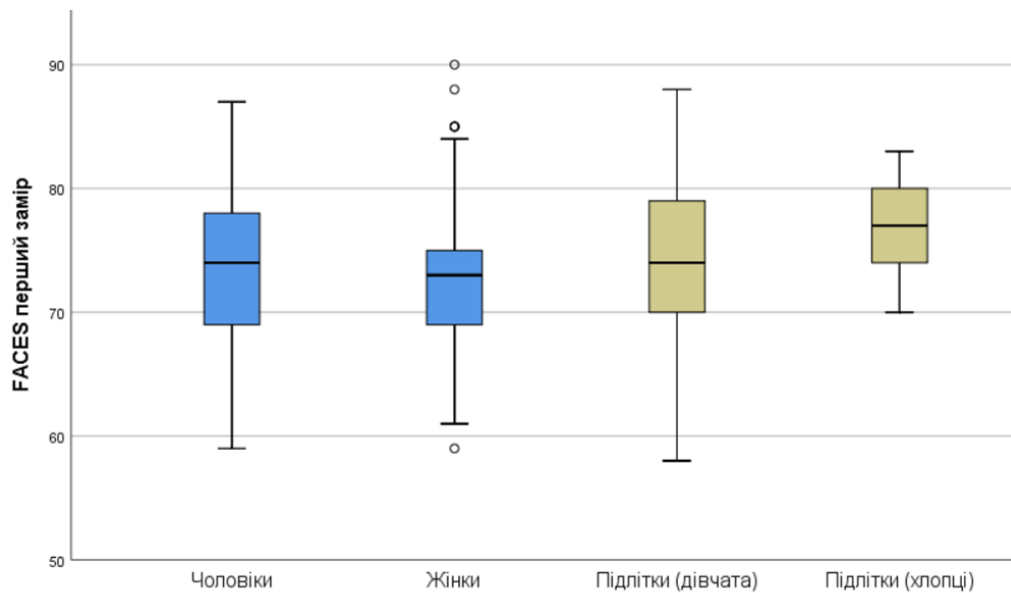
Д. Олсона (FACES III)

Показник	ДГ1 та ГП1		ДГ2 та ГП2	
	Me [Q1-Q3]	SD	Me [Q1-Q3]	SD
СЗ	36 [32-39]	4.36	36 [32.25-39]	4.67
СА	36 [35.5-41]	4.15	37 [34-41]	4.65
Загальний бал	74 [70-79]	5.26	73 [69-77]	6.12

СЗ – сімейна згуртованість; СА – сімейна адаптація; Me – медіана; SD – стандартне відхилення;

Згідно даних проведеного дослідження на етапі скринінгу отримані результати сімейної згуртованості у пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів як в ДГ так і в ГП відповідають *роз'єднаному* типу сімейних стосунків, а показник адаптації сімейних відносин дозволяє оцінити тип сімейної системи, як *хаотичний*. Для порівняння, норми оцінок та середніх показників, що наводяться Д. Олсоном для сімей з підлітками, за СА відповідають 37,1 (SD=6,1) та 24,3 (SD=4,8) за СЗ. При чому, в групі дорослих показники за адаптацією є на 10 балів вищими, ніж у групі підлітків, показники яких є ближчими до гнучкого рівня. За сумою проявів такий тип є крайнім та розглядається як *незбалансований та дисфункціональний*. Таким чином можемо

говорити про рівну представленість вимірюваної характеристики поміж групами. Стандартне відхилення поміж групами має незначне коливання у співвідношенні із шкалою, що свідчить про схожий розподіл показників всередині груп між їх учасниками. Графічне відображення представлене на рис. 3.1.



**Рис. 3.1** Розподіл показників загального балу FACES поміж групами

Для додаткової інформації, та полегшення подальшої інтерпретації даних, в ході нашого дослідження було важливо зрозуміти та описово порівняти, яким чином ДГ та ГП пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів оцінили свої сімейні стосунки. Отримані результати цього аналізу відображені у таблиця 3.6.

Таблиця 3.6

Середні показники шкал за діагностичними параметрами методики

**FACES III**

Суб-шкали	Пацієнти з НА		Батьки/опікуни	
	Me [Q1-Q3]	SD	Me [Q1-Q3]	SD
<b>Емоційний зв'язок</b>	9 [8-11]	1.961	10 [9-11.5]	2.237
<b>Сімейні кордони</b>	7 [5-8]	1.825	7 [5-9]	2.036
<b>Прийняття рішень</b>	4 [3-5]	1.039	4 [3-5]	1.059
<b>Спільний час</b>	4 [3-5]	0.987	4 [3-5]	1.029
<b>Спільні друзі</b>	5 [4-5]	0.965	4 [3-5]	1.055
<b>Інтереси та відпочинок</b>	8 [5-10]	2.711	7 [5-9]	2.402
<b>Лідерство</b>	10 [7-10]	2.191	8 [6-10]	2.268
<b>Контроль</b>	10 [8-10]	1.405	9 [8-10]	1.417
<b>Сімейна дисципліна</b>	10 [9-10]	1.162	9 [8-10]	1.340
<b>Сімейні ролі</b>	6 [5-10]	2.964	10 [6-11]	3.460
<b>Сімейні правила</b>	5 [5-5]	0.941	3 [3-5]	1.146

*Me – медіана; SD – стандартне відхилення;*

В цілому, великих розбіжностей між результатами груп немає, що підкреслюється однаковим середньостатистичним типом сімейних систем, проте можна виокремити декілька тенденцій:

- Батьки/опікуни пацієнтів з НА певною мірою мають більше виражений емоційний зв'язок та сімейні правила враховуючи аналіз медіан, однак розкид показників за сімейними ролями є схожим із групою пацієнтів з НА.
- Стандартні розподіли змінних у групі батьків/опікунів та пацієнтів мають дуже схожі значення, а отже показники середньо-статистичного підлітка та дорослого матимуть схожу похибку між собою;



- Інтерквартильний розкид для майже змінних між групами є дуже подібним, що говорить про відсутність великої різниці у розподілі даних між дорослими та підлітками;

### 3.1.4. Алекситимія у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.

Для визначення рівня алекситимії у батьків/опікунів пацієнтів з НА в ході нашого дослідження нами була застосована психодіагностична методика «TAS-26». Додатково отримані результати за методикою «TAS-26» для батьків/опікунів пацієнтів з НА є показовими для комплексного аналізу даних інших методик, а саме для кореляційного аналізу шкали труднощів емоційної регуляції DERS. Результати за цією методикою відображені у таб. 3.7.

**Таблиця 3.7**

#### **Результати ДГ2 та ГП2 за методикою «TAS-26» (Toronto Alexithymia Scale)**

Показник	$\mu$	SE	Me	SD	Min.	Max.	Q1-Q3	S	K
Батьки/опікуни	83.46	0.847	12.334	82	60	110	78-90	0,303	-0.329

Примітка:  $\mu$  - середнє значення, SE – помилка середнього, SD- стандартне відхилення, Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення, Q- квантиль, S - асиметрія (Skewness), K- ексцес (Kurtosis)

Отримані результати дослідження за цією методикою вказують на середньогруповий показник  $\mu=83,46$  (SD=12,334), що характеризує середньостатистичний тип досліджуваних особистостей, як алекситимічний. Батьки/опікуни пацієнтів з НА з високим рівнем алекситимії можуть мати труднощі з вираженням своїх емоцій і розумінням емоцій своїх дітей. Така

тенденція в цілому характеризує представників обох груп, як осіб, у яких знижена здатність або утрудненість у вербалізації емоцій, загострена увага на зовнішньому аніж внутрішньому, присутня бідність уяви чи фантазій, надмірний прагматизм тощо.

### 3.1.5. Тривога та депресія у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.

Оцінка тривоги у батьків/опікунів пацієнтів з НА у ДГ2 та ГП2 був одним з важливих аспектів подальшої обробки даних. Аналіз отриманих результатів за показниками методики рівня депресії та тривоги «HADS» виявив, що середні величини розподілились наступним чином (таб. 3.8) :

*Таблиця 3.8*

**Результати груп за шпитальною шкалою тривоги та депресії «HADS»**

Шкала	Значення	
	Me [Q1-Q3]	SD
<b>Шкала тривоги</b>	8 [7-10]	3.19
<b>Шкала депресії</b>	8 [6-10]	2.31

Середні значення за шкалою тривоги у групі дорослих становить 8 балів (SD=3,19), за шкалою депресії також 8 балів (SD=2,31). Тривога як і депресія оцінюються як субклінічно-виражені. З максимальними оцінками можемо константувати, що деяка частина досліджуваних мала абнормальний рівень вираженості симптомів депресії та тривоги, а отже потребували додаткової допомоги. Також, слід зазначити, що деякі показники досліджуваних в обох групах мають виражений субклінічний характер – на межі клінічного (10 балів), а інші – суто в межах норми (5-6 балів).

### 3.1.6. Якість життя у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.

Наступним етапом аналізу був показник рівня якості життя батьків/опікунів пацієнтів з НА у ДГ2 та ГП2. Результати представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Результати груп за шкалою оцінки рівня якості життя «QOL»

Показник	$\mu$	SE	Me	SD	Min.	Max.	Q1-Q3	S	K
Батьки/опікуни	26,47	0,159	27	2,319	20	30	25-28	-0.695	0.351

Примітка:  $\mu$  - середнє значення, SE – помилка середнього, SD- стандартне відхилення, Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення, Q- квантиль, S - асиметрія (Skewness), K- ексцес (Kurtosis)

За шкалою оцінки рівня якості життя О.С. Чабана «QOL» виявлено такі показники: середня значення  $\mu = 26,47$  (SD=2,319). Ми можемо розглядати такі результати, як дуже низькі, згідно стандартизованих критеріїв методики. Відповідно, враховуючи верхні максимальні значення досліджуваних (30 балів) та середні показники, можна дійти висновку, що у всіх дорослих представників вибірки, без винятку, рівень оцінки якості життя *низький*.

### 3.1.7. Тип прихильності у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.

Наступним етапом дослідження стала оцінка пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в ДГ та ГП за типом прихильності застосовуючи методику ААІ (Adult Attachment Interview). Результати представлені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Таблиця частот за методикою ААІ

Категорії	ДГ1 та ГП1		ДГ2 та ГП2	
	n	%	n	%
Безпечно-автономний	1	0.8	1	0,5
Уникаючий	-	-	1	0,5
Стурбований/тривожний	60	49.6	101	47.6
Нерішучий/дезорганізований	60	49.6	109	51.4

Примітка: n – кількість досліджуваних; % - відсотковий показник;

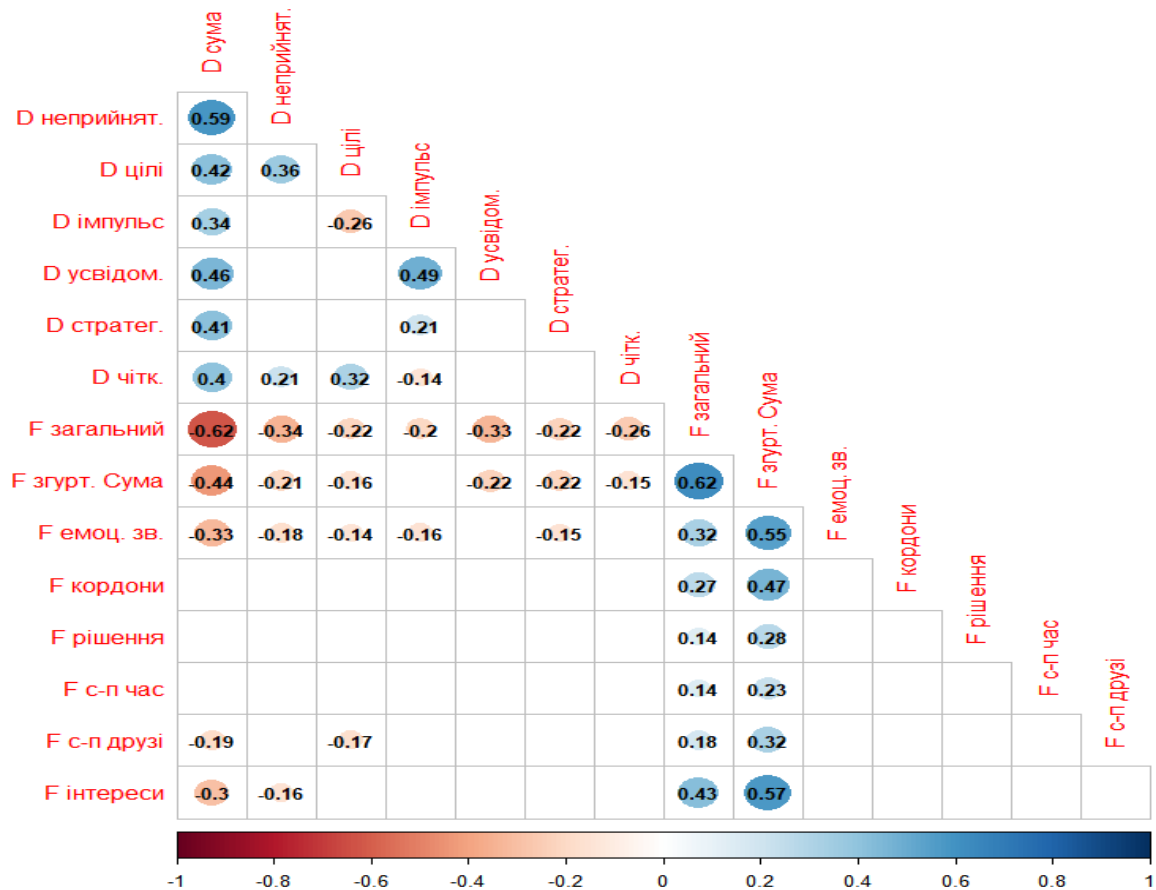
Згідно з результатами ААІ (Adult Attachment Interview), можна класифікувати досліджуваних за категоріями прихильності. В групі підлітків результати 60 осіб (49.6%) можна віднести до стурбованого/тривожного стилю, інших 60 осіб (49.6%) до нерішучо/дезорганізованого, та однієї особи (0.8%) до безпечно-автономного. В групі дорослих 101 особа має стурбований/тривожний (47.6%) стиль привхильності, та ще 109 осіб (51.4%) нерішучо/дезорганізований, також у однієї особи виявлено безпечно-автономний стиль прихильності (0,5%), і в іншій – уникаючий (0,5%). Всього осіб у вибірці з безпечно-автономним стилем – дві, уникаючим – одна, сто шістдесят одна зі стурбованим/тривожним, та сто шістдесят дев'ять з нерішучим. Очевидно, на тлі інших стилів, у переважної більшості досліджуваних виділяються тривожний та нерішучий.

Згідно з авторами методики, стурбований, або ж *тривожний* стиль прихильності характеризується непослідовністю дій, непередбачуваністю, афективністю, гіпервключеністю, контролем, «злиттям» у стосунках, нестачею мета-когнітивних навичок тощо. Інший стиль – *нерішучий*. Він виникає внаслідок невирішеної психологічної травми, та проявляється у

непослідовності поведінки, проблемах з довірою, нездатності регулювати емоції, підвищеній тривожності, та іноді – антисоціальної і агресивної поведінці.

### **3.2. Взаємозв'язок сімейного функціонування з емоційною регуляцією.**

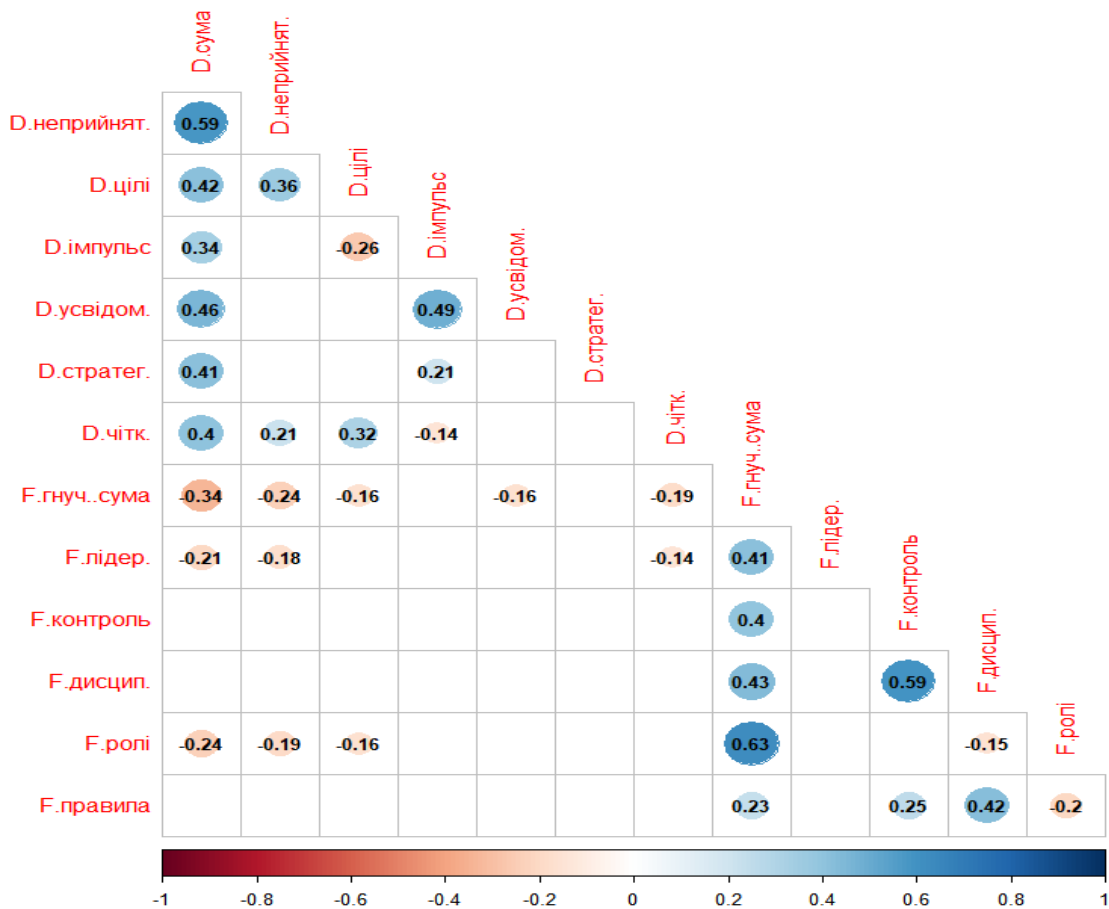
Теорія прихильності стверджує, що сімейне функціонування пов'язане із емоційною регуляцією особистостей [113]. Для доведення цієї тези проведемо кореляційний аналіз. Оскільки дані не мали нормальний розподіл, був обраний коефіцієнт кореляції Спірмена між шкалами методики «DERS» та шкалами методики «FACES». Аналіз проводився окремо для пацієнтів з НА у ДГ1 та ГП1 та окремо для їх батьків/опікунів, оскільки ми припускаємо, що зв'язки можуть мати різний характер для цих двох груп. Взаємозв'язки між шкалами DERS та шкалами згуртованості FACES для дорослих візуально відображено на рис. 3.2.



**Рис. 3.2** Взаємозв'язок емоційної регуляції із сімейною згуртованістю у батьків/опікунів пацієнтів з НА.

Згідно результатів проведеного дослідження найбільш виражений зв'язок спостерігається між загальним показником за методикою DERS та загальним показником за методикою FACES, зв'язок є оберненим, великої сили ( $r=-0.62$ ,  $p<0.001$ ). Також значущий зв'язок присутній між загальним показником труднощів емоційної регуляції та сумою за шкалою сімейної згуртованості, зв'язок також має обернений напрямок ( $r=-0.44$ ,  $p<0.001$ ). З усіх субшкал згуртованості значущий зв'язок показала шкала емоційного зв'язку ( $r=-0.33$ ,  $p<0.001$ ), інтересів ( $r=-0.3$ ,  $p<0.001$ ) та спільних друзів ( $r=-0.19$ ,  $p=0.006$ ). Чим більшими є загальні труднощі з емоційною регуляцією батьків, тим менше в

них проявлена згуртованість, менш схильними вони є до схвалення друзів з інших сімей та тим менш проявленими є емоційні зв'язки в їх сім'ях (за їх оцінкою). Загалом значущі зв'язки зі субшкалами методики DERS має загальний показник за FACES, сума за згуртованістю. З субшкал, найбільшу кількість зв'язків має шкала емоційних зв'язків, спільних друзів та інтересів. Можемо припустити, що конструкти емоційної регуляції у батьків пов'язані більшою мірою із близькістю, готовністю звернутися за допомогою та єдністю (під-конструкти емоційних зв'язків). Зв'язок шкал DERS із сімейною гнучкістю відображений на рис. 3.3.

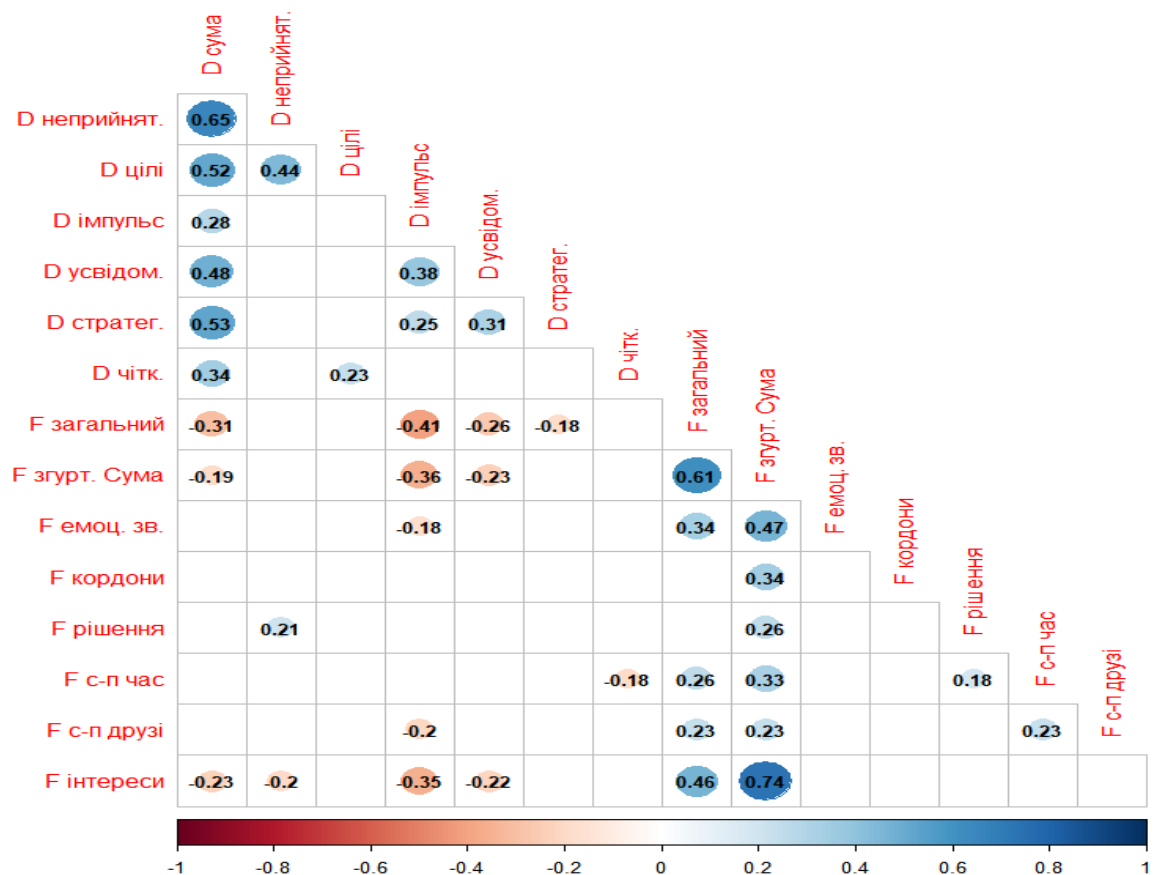


**Рис. 3.3** Взаємозв'язок емоційної регуляції із сімейною гнучкістю у батьків/опікунів пацієнтів з НА.

За візуальним відображенням кореляційного аналізу можемо констатувати, що сімейна гнучкість є менш пов'язана із емоційною регуляцією, як за кількістю наявних зв'язків, так й за їх силою. Як й з сімейною згуртованістю, найбільш сильні зв'язки спостерігаємо за сумою балів за шкалою гнучкості із загальним показником труднощів емоційної регуляції ( $r=-0.34$ ,  $p<0.001$ ), неприйняттям ( $r=-0.24$ ,  $p=0.001$ ), цілями ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ), усвідомленням ( $r=-0.16$ ,  $p=0.019$ ) та чіткістю ( $r=-0.19$ ,  $p=0.006$ ). Чим складніше батькам/опікунам пацієнтів з НА регулювати свій емоційний стан, чим менше вони приймають свої емоційні реакції, чим складніше їм підтримувати поведінку, спрямовану на ціль та чим менш зрозумілішими для них є власні емоції, тим менш гнучким є їх тим сімейного функціонування. Варто також зазначити, що сімейна гнучкість не є лінійною шкалою, оскільки найбільш оптимальні показники не займають одного з полюсів. Отже, розуміти зв'язки із гнучкістю слід тільки в аспекті проявлення цієї якості, радше ніж в благополуччі, яке ця гнучкість може принести.

Результати аналізу зв'язків сімейної згуртованості та труднощами з емоційною регуляцією для пацієнтів з НА відображено графічно на рис. 3.4.

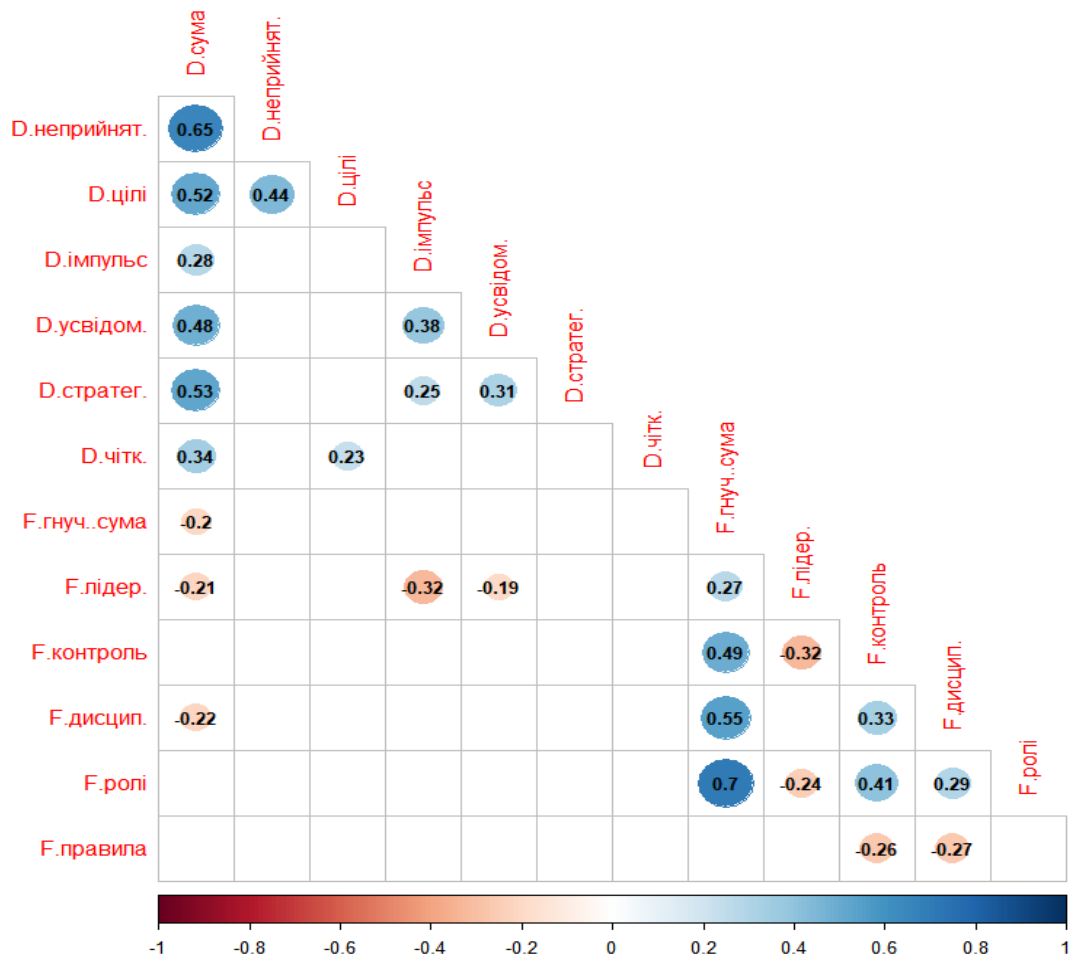




**Рис. 3.4.** Взаємозв'язок емоційної регуляції із сімейною згуртованістю пацієнтів з НА.

Проведений аналіз даних серед пацієнтів з НА у ДГ та ГП демонструє схожу тенденцію, де основні зв'язки проявлені між шкалами методики DERS, сумарними показниками за методикою FACES та сумарним показником за шкалою згуртованістю. Так, сумарні показники обох методик мають обернений зв'язок ( $r=-0.31$ ,  $p=0.001$ ). Однак, у групі пацієнтів спостерігаємо окрему тенденцію, а саме зв'язок труднощів із імпульсивністю та шкалами сімейної згуртованості. Так, шкала імпульсивності є обернено пов'язаною із загальним показником FACES ( $r=-0.41$ ,  $p<0.001$ ), сумою за шкалою згуртованості ( $r=-0.36$ ,  $p<0.001$ ), емоційними зв'язками ( $r=-0.18$ ,  $p=0.05$ ),

спільними друзями ( $r=-0.2$ ,  $p=0.027$ ) та шкалою інтересів ( $r=-0.35$ ,  $p<0.001$ ). Чим складніше підліткам з НА контролювати свої емоції, тим менш загалом вони оцінюють свою сім'ю як згуртовану, тим слабшими є емоційні зв'язки у їх сім'ї, менше спільного часу вони проводять із сім'єю та менше мають спільних друзів. Загалом, така тенденція властива підліткам, оскільки саме на цьому віковому етапі виникають складнощі із контролем свого емоційного стану, а емоційні прояви сягають свого піку. Можемо припустити, що імпульсивність є також частиною клінічної картини НА, оскільки разом із більшою імпульсивністю ми спостерігаємо погіршення сімейної згуртованості, проте це припущення потребує окремого дослідження та не може бути більш глибокого розглянуто в рамках цієї роботи. Зв'язок емоційної регуляції із сімейною гнучкістю для пацієнтів з НА у ДГ1 та ГП1 відображений на рис. 3.5.



**Рис. 3.5** Взаємозв'язок емоційної регуляції із сімейною гнучкістю у пацієнтів з НА.

На відміну від результату батьків/опікунів за сімейною згуртованістю у групі пацієнтів з НА, сімейна гнучкість має невелику кількість значущих зв'язків із субшкалами методики DERS, проте всі є оберненими, що відповідає загальній логіці та сходиться із теоретичними напрацюваннями. Так, загальна сума за складнощами емоційної регуляції обернено пов'язана із сумою за шкалою сімейної гнучкості ( $r=-0.2$ ,  $p=0.026$ ), лідерством ( $r=-0.21$ ,  $p=0.019$ ) та дисципліною ( $r=-0.22$ ,  $p=0.16$ ). Чим складніше підліткам із НА регулювати свій емоційний стан, тим менш гнучкою є їх сімейна система (що, в свою

чергу, підтверджується й за результатами аналізу зв'язків у групі батьків/опікунів), тим рідше змінюється позиція лідерства та тим меншим вони бачать своє залучення у процедуру вибору покарання дорослими. Окрім цих зв'язків варто також відмітити, що саме шкала лідерства також пов'язана із імпульсивністю ( $r=-0.32$ ,  $p<0.001$ ) та усвідомлення ( $r=-0.19$ ,  $p=0.034$ ). Тож, що сильніше проявлена у таких підлітків імпульсивність, тим більш сталіше вони оцінюють роль лідера у своїх сім'ях. Так, імпульсивність може також мати вплив на їх оцінку.

### **3.3. Взаємозв'язок емоційної регуляції із показниками тривоги, депресії та алексетимії**

Наступним кроком є пошук статистично значимих зв'язків між методикою «DERS» та «HADS» і «TAS» для досліджуваних груп дорослих. Для обробки даних було аналогічно використано коефіцієнт кореляції Спірмена, результати обробки відображені у таб. 3.11. Серед змінних, що досліджувались:

- *Методика «DERS»*: неприйняття емоційних реакцій (неприйняття), труднощі в поведінці спрямованій на цілі (цілі), труднощі управління імпульсом (імпульс), відсутність емоційного усвідомлення (усвідомлення), обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (стратегії), відсутність емоційної чіткості (чіткість), сума балів (сума);

- *Методика «HADS»*: показники за шкалою тривоги (тривога) та за шкалою депресії (депресія);

- *Методика «TAS-26»*: показник алекситимічності;

Таблиця 3.11

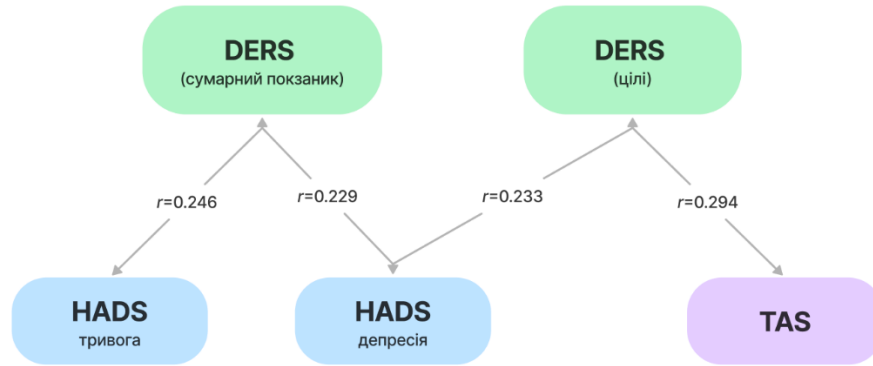
## Взаємозв'язок шкал методик «DERS» з «HADS» і «TAS»

Показники	Сума (DERS)	Неприйняття	Цілі	Імпульс	Усвідомлення	Стратегії
Тривога	0.246**	-	-	0.257**	0.255**	-
Депресія	0.229**	0.151*	0.233**	0.151*	0.138*	-
Алекситимічність	-	-	0.294**	-	-	-0.141*

Примітка: \* = значущий зв'язок на рівні  $p < 0,05$ ; \*\* = значущий зв'язок на рівні  $p < 0,001$

Для груп дорослих за коефіцієнтом кореляції Спірмена наявний прямий стійкий зв'язок між змінними «тривога» та «імпульс» ( $r=0,257$ ), усвідомлення ( $r=0,255$ ), і загальним балом емоційної регуляції за «DERS» ( $r=0,246$ ); Виявлено пряму кореляцію між показниками «депресія» з: «неприйняття» ( $r=0,151$ ), «цілі» ( $r=0,233$ ), «усвідомлення» ( $r=0,138$ ); Алекситимічність, в свою чергу, має пряму кореляцію зі шкалою «цілі» та обернену зі шкалою «стратегії» ( $r=-0,141$ )

Отже, показник тривоги для груп дорослих є більшим, якщо наявні труднощі з управлінням імпульсивними реакціями, усвідомленням емоцій, а загальна емоційна регуляція має проблематичний характер. Депресивні тенденції, окрім вищевказаного, пов'язані ще з неприйняттям емоційних реакцій досліджуваними, та труднощами з поведінкою, спрямованою на цілі. Така тенденція є слушною, якщо розуміти специфіку прояву тривоги та депресії за їх природою. Обернена кореляція вказує на те, що чим більший показник алекситимічності, тим менша обмеженість доступу до стратегій регулювання емоцій, і навпаки. Також існує прямий сильний зв'язок між цілеспрямованістю та алекситимічністю ( $r=0,294$ ). Графічно зв'язки відображені на рис. 3.6.



**Рис. 3.6** Модель взаємозв'язків методик DERS, HADS та TAS

Батьки пацієнтів з НА мають труднощі в керуванні своїх емоцій, що викликає у них підвищену тривогу. Ці проблеми можуть бути пов'язані з тим, що батьки не можуть розуміти свої власні почуття і не вміють керувати ними. Також, досягнення цілей пов'язано із розвитком навичок емоційної регуляції та контролю над власними емоціями. Оскільки алекситимія пов'язана зі зниженою здатністю до розуміння та контролю над власними емоціями, можна припустити, що батьки дітей з НА з високим рівнем алекситимії можуть мати складнощі з досягненням цих цілей.

### **3.4. Крос-культурна адаптація та валідація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS.**

Шкала труднощів емоційної регуляції DERS складається з 36 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 36 пунктами, так і сума балів по окремим субшкалам. Кожен пункт оцінюється в 5 балів. При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 1, 2, 6,7,8,9,10,17,20,22,24 та 34 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1).

Вищі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією. [114] У складі DERS виділяють шість субшкал: (1) неприйняття емоційних реакцій, (2) труднощі із цілеспрямованою поведінкою (3) труднощі з контролем імпульсів (4) відсутність усвідомлення емоцій (5) обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (6) відсутність емоційної чіткості. Оскільки досі в Україні не було валідного україномовного варіанта цієї шкали, після комунікації та отримання дозволу від авторів-розробників нами проведено переклад, крос-культуральна адаптація та валідація шкали труднощів емоційної регуляції DERS серед підлітків та дорослих.

#### *Крос-культурна адаптація*

Переклад та крос-культурна адаптація шкали труднощів емоційної регуляції DERS були проведені дотримуючись рекомендацій, викладених у документі "Рекомендації щодо процесу крос-культурної адаптації самозвітних показників " [115]. До перекладу було залучено двох незалежних перекладачів, один з них був інформований щодо мети дослідження, а іншого тримали у незнанні. Залусиними дослідниками було підготовлено дві версії шкали DERS, використовуючи українську мову. Надалі була створена узгоджена синтезована версія на основі опрацьованих двох українських версій.

Щоб перевірити правильність перекладу на українську мову було проведено зворотній переклад синтезованої української версії опитувальника назад на англійську мову. Зворотній переклад було виконано двома носіями англійської мови, які не були раніше ознайомлені з англійською оригінальною версією.

Під час роботи над крос-культурною адаптацією опитувальника була сформована робоча група, до якої увійшли координатор дослідження, фахівці

охорони здоров'я, незалежні перекладачі, носії англійської мови та методист. Групою ретельно було проаналізовано всі представлені матеріали дослідження, а саме оригінальний опитувальник, україномовні переклади, синтезовану версію перекладу та зворотні переклади, разом із відповідними письмовими звітами, і створила префінальну версію.

Префінальна україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS піддавалася тестуванню з урахуванням віку, статі і тривалості захворювання у учасників дослідження. Розуміння україномовної версії перевірялося під час інтерв'ю учасників, в ході якого розкривалося розуміння кожного питання.

Після завершення останнього етапу крос-культурної адаптації була підготовлена остаточна україномовна версія, яка була схвалена авторами для подальшого використання на українській популяції. Фінальна україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS наведена в додатку Б. Ця адаптована україномовна версія DERS була використана у нашому дисертаційному дослідженні серед здорових підлітків (n=50) та їх батьків/опікунів (n=89), які сформували контрольні групи дослідження (КГ1 та КГ2) для оцінки валідності шкали; та хворих НА (n=58) та їх батьків/опікунів (n=97), які й склали основні групи дослідження (ОГ1 та ОГ2) з метою апробації шкали.

Критеріями включення ОГ були вік пацієнтів 11–18 років, діагноз НА, індекс маси тіла Кетле складає  $\leq 17,5$ , наявність батьків або опікунів, можливість надати інформаційну згоду. Критеріями включення в КГ були вік пацієнта 11-18 років, наявність батьків або опікунів, можливість надати інформаційну згоду. Критерії невключення для ОГ були: відсутність інформаційної згоди, відсутність батьків/опікунів, наявність інших клінічно



значущих психічних та/або соматичних розладів, вживання психоактивних речовин, анорексія, викликана хронічними соматичними захворюваннями. Критерії невключення для КГ були: відсутність інформаційної згоди, відсутність батьків/опікунів, наявність психічних та/або соматичних розладів, вживання психоактивних речовин.

Усі учасники надали згоду на участь у дослідженні, після чого було проведено повне клінічне обстеження: зібрані демографічні дані та заповнено карту хворого, яка включала шкалу труднощів емоційної регуляції DERS.

Статистичний аналіз проведено за допомогою програми IBM SPSS. Внутрішня узгодженість та надійність шкали DERS були оцінені шляхом підрахунку коефіцієнта  $\alpha$ -Кронбаха та методом «тест-ретест». Тест-ретест проведено з інтервалом у 14 днів у 50 здорових підлітків без ознак НА та 89 їх батьків/опікунів. Для оцінки відтворюваності шкали використовували внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції (ВКК).

Після проведення перекладу та крос-культурної адаптації надійність україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS перевірено шляхом проведення тесту-ретесту з інтервалом у 14 днів у днів у 50 здорових підлітків без ознак НА (КГ1) та 89 їх батьків/опікунів (КГ2) (табл. 3.15), а також оцінено внутрішню узгодженість шкали підрахунком коефіцієнта  $\alpha$ -Кронбаха. Для аналізу відтворюваності DERS визначено ВКК.

Таблиця 3.12.

## Надійність та узгодженість шкали DERS

Показники	Тест КГ1, n=50	Ретест КГ1, n=50	P	Тест КГ2, n=89	Ретест КГ2, n=89	P
Значення DERS M±SD	54,23 ±6,01	54,48± 5,69	NS	47,61 ±7,87	48,22 ±7,21	NS
Коефіцієнт α- Кронбаха	0,7	0,7		0,7	0,7	
ВКК		0,979	< 0,05		0,987	< 0,05

Підрахунки коефіцієнта α-Кронбаха за результатами тесту-ретесту підтвердили внутрішню узгодженість шкали DERS (0,7 та 0,7 відповідно як в КГ1 так й КГ2). Відтворюваність шкали DERS за ВКК виявилася досить високою — ВКК становив 0,979 ( $p < 0,05$ ) та 0,987 ( $p < 0,05$ ). Парний t-критерій Стюдента не виявив суттєвих відмінностей між групами тесту-ретесту ( $p > 0,05$ ). Таким чином, наведений вище аналіз засвідчив валідність україномовної версії шкали DERS для скринінгу порушення емоційної регуляції для підлітків та дорослих.

У подальшому дослідження з апробації шкали DERS в умовах клініки проведено у пацієнтів з НА (ОГ1) та їх батьків/опікунів (ОГ2). У дослідженні взяли участь хворі на НА та їх батьки/опікуни та здорові діти/підлітки та їх батьки/опікуни групи контролю. Клініко-демографічні характеристики обстежених хворих на НА та здорових осіб наведено в табл. 3.16.

Таблиця 3.13.

**Характеристика хворих на НА, їх батьків/опікунів та здорових осіб групи контролю.**

Характеристика	ОГ1, N = 58	КГ1, N = 50	P	ОГ2, N = 97	КГ2, N = 89	P
Вік (роки), M±SD	15.95±1.1	15.91±1.1.	NS	44,68±5.2	43.52±6.3	NS
Чоловіки, n	3	2	NS	39	36	NS
Жінки, n	55	48	NS	58	53	NS

Наведені результати засвідчують що група хворих та група контролю були репрезентативними за віком та статтю. Результати опитування за шкалою DERS у хворих на НА та їх батьків/опікунів у порівнянні з здоровими підлітками та їх батьками/опікунами групи контролю наведені в табл.3.17.

Таблиця 3.14.

**Результати DERS у хворих на НА та та їх батьків/опікунів та здорових осіб групи контролю**

	ОГ1	КГ1	P	ОГ2	КГ2	P
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
1)Я чітко розумію свої почуття.	4.02 ±1.24	2,21±1,01	0,005	4.06±1.13	1,5± 0,49	0,004
2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.	3.98 ±1.02	1,47±0,41	0,007	4.21±0.924	1,51±0,48	0,001
3) Я переживаю свої емоції як надзвичайні та неконтрольовані.	4.64±0.641	1,82±0.79	0,0050	4.72±0.451	1,49±0,48	0,0069
4) Я поняття не маю, як я почувуюся.	3.86±0.712	1,73±0,68	0,0014	3.85±0.870	1,51±0,49	0,0003

5) Мені важко осмислити свої почуття.	3.74 ±1.28	1,60±0,53	<0,0001	4.05±0.993	1,48±0,47	<0,0001
6) Я уважний до своїх почуттів.	3.91±0.923	1,51±0,49	0,0012	4.11±0.988	1,52 ±0,5	0,0051
7) Я точно знаю, як я відчуваюся.	3.95 ±1.42	2,23±0,76	<0,0001	3.96 ±1.33	1,82±0.79	0,0004
8) Мені все одно, що я відчуваю.	3.93 ±1.06	1,89±0,28	<0,0001	3.56 ±1.41	1,60±0,53	0,0001
9) Мене бентежить те, що я відчуваю.	4.21±0.669	3,11±0,9	0,0069	4.48±0.723	1,51±0,46	0,0002
10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.	4.47±0.655	1,88±0,81	0,0018	4.45±0.613	1.7± 0.69	0,0006
11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так відчуваюся.	4.47±0.883	2,00±0,95	0,0064	4.35 ±1.08	1.62± 0,6	<0,0001
12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так відчуваюся.	4.480±.863	1,51±0,46	<0,0001	4.77±0.654	1,60±0,55	<0,0001
13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.	4.34±0.785	3,02±0,95	0,0001	3.95±0.547	2.2 ±0,78	0,0069
14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.	4.52±0.628	2,31±0,28	0,0001	4.45±0.890	1,48±0,39	<0,0001
15) Коли я засмучений, я вважаю, що таким я буду залишатися протягом тривалого часу.	3.81 ±1.25	2,1±0,49	0,0001	3.48 ±1.31	1,64±0,58	0,0504
16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.	4.05±0.999	3,44±0,36	0,0017	3.68±1.13	1,72±1,69	0,0014
17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є дійсними та важливими.	3.86 ±1.28	1,60±0,55	<0,0001	3.93 ±1.07	1,54±0,49	0,0003
18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.	4.34±0.890	2,89±0,8	0,0001	4.40±0.773	2,4±0,6	0,0018
19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.	4.57±0.596	1,54±0,49	0,0503	4.620±.488	1,51±0,46	<0,0001
20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.	4.17±0.901	2,10±0,86	0,0006	4.12±0.949	2,48±0,39	0,0001

21) Коли я засмучений, мені стає соромно за себе за те, що я так почуваюся.	4.48±0.755	1,73±0,68	<0,0001	4.70±0.503	1,72±0,68	0,0022
22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.	3.93±1.04	2,31±0,28	<0,0001	3.88±0.781	1,5 ±0,48	<0,0001
23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.	4.47±0.754	1,48±0,39	0,0001	3.69±0.894	1,6± 0,57	0,0001
24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберегти контроль над своєю поведінкою.	4.60±0.591	1,64±0,61	<0,0001	4.77±0.421	1,6 ±0,55	<0,0001
25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що почуваюся так.	4.45±0.940	1,72±0,68	0,0024	4.30±0.844	1,62±0,59	0,0007
26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.	4.34±0.828	2.8 ±1.1	<0,0001	4.25±0.791	2.3 ±0,67	0,0010
27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.	4.36±0.852	1,64±0,58	0,0069	4.46±0.678	1,7 ±0,61	0,0001
28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почувати себе краще.	4.09 ±1.03	1,84±0,79	<0,0001	3.94±0.922	1,5±0,47	<0,0001
29) Коли я засмучений, я дратуюсь на себе, що так почуваюся.	4.33±0.944	1,60±0,57	0,0008	3.75 ±1.15	1,72±0,7	0,0006
30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.	3.81±1.32	2.4 0,6	0,0001	3.60 ±1.35	2,1±0,85	0,0001
31) Коли я засмучений, я вважаю, що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.	3.93±1.20	1,8 0.79	0,0006	3.46 ±1.40	1,6±0,4	0,0027
32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.	4.36±0.892	1,68±0,61	0,0018	4.14±0.841	1,3±0,29	0,0005
33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.	4.05±1.03	2,2 0,77	<0,0001	4.23±0.930	2,1 ±0,8	<0,0001
34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.	3.76±1.10	1,72±1,69	0,0001	4.18±0.595	1,4 ±0,37	0,0009

35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.	3.90 ±1.15	2.2 0,75	0,0022	3.62 ±1.01	1,42±0,39	0,0003
36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.	3.64 ±1.37	1,54±0,49	<0,0001	3.43 ±1.20	1,45± 0,4	0,0001

Отримані результати опитування за DERS у хворих на НА, їх батьків/опікунів та здорових підлітків та їх батьків/опікунів показали статистично значимо вищі показники DERS за загальною оцінкою у хворих на НА (143.70±11.170) їх батьків/опікунів (141.85±11.006) порівняно з здоровими особами (54,23 ±6,01) та їх батьків/опікунів (47,61 ±7,87) групи контролю ( $p < 0,0001$ ), що свідчить про високий рівень порушення емоційної регуляції у пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів.

### **Висновки до розділу 3.**

Отримані в ході дисертаційного дослідження дані та проведені комплексний статистичний та логічний аналіз дозволили сформулювати наступні висновки:

1. Пацієнти з НА та їх батьки/опікуни виявили труднощі в різних аспектах емоційної регуляції, а саме: неприйняття власних емоцій, труднощі в установленні і досягненні цілей, труднощі у контролі імпульсивних реакцій, труднощі в усвідомленні власних емоцій, труднощі у виборі та застосуванні ефективних стратегій регуляції емоцій та труднощі у вираженні емоцій. Як пацієнти з НА так й їх батьки/опікуни мали найбільш виражені порушення емоційної регуляції на рівні неприйняття власних емоцій, що свідчить про виражену тенденцією до відкидання емоцій або їх придушення.
2. Сім'ї пацієнтів з НА мали дисфункціональний тип сімейної системи: сімейна згуртованість відповідала роз'єданому типу сімейних стосунків, а показники адаптації відносилися до хаотичного типу. Батьки/опікуни пацієнтів з НА мали високий рівень алекситимії, субклінічні рівні тривоги та депресії, дуже низький рівень якості життя. Пацієнти з НА та їх батьки/опікуни мали порушення прихильності, а саме стурбовано/тривожний та нерішучо/дезорганізований стилі прихильності.
3. Чим складніше пацієнтам з НА було контролювати свої емоції, тим менше вони оцінювали свої сім'ї як згуртовані, тим слабшими були їх емоційні зв'язки між членами сім'ї, тим менше спільного часу вони проводили із сім'єю та тим менше мали спільних друзів. Чим менш

гнучкою була сімейна система, тим важче пацієнтам з НА було регулювати свої емоції, тим менше змінювалася позиція лідерства в сім'ї.

4. Батьки/опікуни пацієнтів з НА, які мали труднощі у регулюванні своїх емоцій, були схильні до меншої згуртованості в сім'ї, менш схильними до позитивних емоційних зв'язків з іншими членами сім'ї, до спільних інтересів та дружби. Чим складніше батькам/опікунам пацієнтів з НА було регулювати свій емоційний стан, тим менше вони приймали свої емоційні реакції, тим складніше їм було підтримувати поведінку, спрямовану на ціль тим менш зрозумілишими для них були власні емоції, тим менш гнучкими були їх тип сімейної системи.
5. Показник тривоги для батьків/опікунів був більшим, якщо наявні труднощі з управлінням імпульсивними реакціями, усвідомленням емоцій, а загальна емоційна регуляція мала проблематичний характер. Депресивні тенденції, окрім вищевказаного, були пов'язані ще з неприйняттям емоційних реакцій досліджуваними, та труднощами з поведінкою, спрямованою на цілі.

*Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:*

1. Sak L., Khaustova O., Avramenko O., Papathanasiou I. (2022). Development of anorexia nervosa in a female adolescent in a dysfunctional family environment with impaired attachment and emotional regulation: a case report. *Wiad Lek.*, 75(8 pt 1):1932-1937. <https://doi.org/10.36740/WLek202208120>.
2. Сак Л. (2023). Клініко-психопатологічні особливості батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією. *Український вісник психоневрології*, 2 (115) <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-10>



## РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З НЕРОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ В КОНТЕКСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ БАТЬКІВ/ ОПІКУНІВ.

Базуючись на сучасних теоріях НА, аналізі прототипних програм психокорекції та актуальному стані знань щодо розвитку НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, а також доповнюючи ці знання отриманими нами у власному дослідженні емпіричними даними, ми розробили програму психокорекції, яка спрямована на здобуття або покращення навичок емоційної регуляції як у пацієнтів з НА так й їх батьків/опікунів.

### **4.1. Структура розробленої програми психокорекції**

Після аналізу різних програм та психокорекційних підходів до лікування пацієнтів з НА (описаний у підрозділі 1.4) та отримання результатів скринінгово дослідження пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів, нами були визначені мішені психокорекційного впливу та розроблена власна програма психокорекції. Проведений аналіз теоретичних підходів до розуміння НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів (описаний у підрозділі 1.3) дозволив виділити основну теоретичну модель, яку було покладено в основу нової програми. Нею стала психодинамічна теорії розвитку дифіциту "Я" (самості) в контексті НА, що вперша була запропонована Bruch (1982), який стверджував що діахронічна функція "Я" (тобто переживання послідовного "Я" в часі, на яке вказує ідентичність) переривається у підлітка з НА, що призводять до нестабільної

ідентичності. Нестабільне відчуття себе та ідентичності послаблює пов'язані з ними функції, такі як самооцінка, регуляція емоцій та міжособистісна ефективність. Сучасні психоаналітичні автори цієї теорії розширили ці концепції, обговоривши, як проблеми в ранніх стосунках між вихователем і дитиною можуть призвести до базових труднощів з ідентифікацією почуттів та інтеграцією їх у формування "Я" (Granieri and Schimmenti, 2016), підтвердивши їх на нейробіологічному рівні та на рівні клінічного розвитку розладу. В межах нових даних даної теорії НА розглядається як розлад, підкріпленим труднощами емоційної обробки, які сприяють уникненню емоцій та/або надмірній їх регуляції [115]. В якості загального керівного принципу теорії використовувалася теорія прихильності (Bowlby, 1969, 1973, 1980). У світлі нових даних представлена теорія висвітлює роль незахищеної прихильності у розвитку та підтримці НА та демонструє як фактори раннього життя створюють схеми та переконання, які примушують переживати емоції як непосильні та заплутані. Сформовані деструктивні стратегії регулювання емоцій, з долученням анорексичної поведінки, використовуються для запобігання виникнення потенційних емоцій що сприймаються як корисні, тому закріплюються і в подальшому стають дезадапційними методами контролю емоцій та служать для того щоб викликати та посилювати анорексичні переконання, тим самим збільшуючи залежність від сформованого дисфункціонального регулювання емоцій. [116]

#### *4.1.1. Фактори ризику та підтримки як мишені програми психокорекційного втручання.*

##### **1) Дитинство та ранній вік.**

*Тривожна прихильність.* Труднощі з емоційною регуляцією та емоційним усвідомленням при РХП мають свої витoki в дитячій прихильності

[117]. На ранній стадії дитинства рефлексивне функціонування (здатність матері утримувати в пам'яті та розуміти емоційні та психічні стани дитини) та власна емоційна регуляція матері мають вирішальне значення для емоційного розвитку дитини. Вони лежать в основі прихильності дитини та забезпечують її здатність ідентифікувати свої власні почуття та почуття інших, з подальшою інтеграцією їх у свій емоційний досвід, формуючи шаблони стосунків ("внутрішні робочі моделі"; Bowlby, 1969). Мати виступає у ролі "контейнера" для нестерпних почуттів (гнів та страждання) дитини, а її емоційні реакції формують майбутні реакції дитини на свої власні почуття (Bion, 1962). Завдяки цьому процесу у дитини формується її емоційне усвідомлення, яке дає змогу поступово створювати свій власний емоційний досвід (de Groot and Rodin, 1994) і диференціювати його (Mahler, 1963). Для цього необхідна "відповідність" між материнським і дитячим темпераментом (Belsky, 1984). За її наявності можлива адекватна емоційна регуляція. Цей процес є надзвичайно чутливий, оскільки невідповідність вже у віці 8 місяців може не вірно сформулювати розуміння (зчитування) емоцій за мімікою піклувальника (Rajhans et al., 2016).

Тривожний тип прихильності та не сприятливий ранній соціальний досвід можуть вплинути на розвиток НА у схильних до неї осіб, що знайшло відображення в нашому дисертаційному дослідженні, поклавши початок формуванню "приморбідної анорексичної особистості" [118]. За даними досліджень чим вища тривожність прихильності тим важче протікає НА і тим гірше результат лікування [119]. Невідповідність між оточенням і темпераментом людини, у якої розвивається НА, призводить до того, що соціальне середовище сприймається як ненадійне або дуже вимогливе. [120] *Жіноча стаття*. НА частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків, у співвідношенні 1:8 [121]. Наше дисертаційне дослідження також засвідчувало

цю тенденцію. Переважання жіночої НА часто пояснюють культурними ідеалами, зокрема, інтерналізацією ідеалу худорлявої жінки та об'єктивацією жінок. Однак це не може адекватно відповісти на складність гендерної та гендерно-рольової соціалізації. Гендерні відмінності у вираженні емоцій виникають як складне поєднання біологічних детермінант, соціалізації, соціального контексту та культурних очікувань [122]. Дослідження демонструють, що гендерна соціалізація та соціальне конструювання емоційних очікувань з дитинства відіграє важливу роль у тому, що жінки стають особливо схильними до ризику розвитку НА. З раннього віку батьки соціалізують емоційне вираження на основі гендерних стереотипів або очікувань, заохочуючи інтерналізацію таких емоцій, як смуток, страх, сором і провина, і не заохочуючи вираження гніву у дівчаток, тоді як для хлопчиків спостерігається протилежне [123]. Дівчата демонструють більший спектр емоцій, ніж хлопчики, включаючи позитивні емоції, але через біологічні відмінності, потребують більшого заохочення, щоб навчитися їх виражати [124]. Як наслідок, дівчата демонструють більшу інтерналізацію емоцій, ніж хлопчики, причому найсильніші відмінності спостерігаються щодо страху та сорому [125]. Дані досліджень повідомляють про високий рівень інтерналізації таких емоцій як провина та сором у хворих НА [126].

Вважається, що здатність до ідентифікації з матір'ю та спорідненості з нею є більш важливим для жіночої ідентичності, ніж для чоловічої.[127] Дислоординована взаємодія з піклувальником призводить до відчуття неефективності, до якого більше схильні діади мати-дочка, ніж діади мати-син [128]. Матері сприймають дочок як продовження себе більше, ніж синів, що впливає на те, якою мірою дівчата відчують себе окремими та індивідуальними [129]. Крім того, дівчатка, зокрема, можуть засновувати свою емоційну спорідненість на батьківських почуттях, а не на власних емоціях, що

полегшує близькість з матір'ю, але заважає дівчаткам відчувати свій власний унікальний емоційний світ [130]. Дійсно, жінкам буває важко визначити себе без попередньої контекстуалізації "Я" у стосунках матері та доньки. [131] Загалом, дівчатка відчують себе менш сильними у батьківських стосунках, ніж хлопчики. [132] Таким чином, жінки цінують взаємопов'язаний соціальний та емоційний досвід більше, ніж чоловіки, але не за рахунок розвитку власної унікальної емоційної самосвідомості та досвіду. Такі закономірності спостерігаються на більш високих рівнях у людей з НА. Вони повідомляють про нижчу сприйняту індивідуальну автономію і вищу сприйняту згуртованість у стосунках з матір'ю, ніж їхні здорові сестри, хоча мають подібну сприйняту емоційну пов'язаність. [133]

Жінки мають більшу вроджену емпатію, ніж чоловіки, що пов'язано не лише з соціалізацією, але й є результатом еволюційних процесів, які створюють нейробіологічні відмінності [134]. Дівчата більш чутливі, ніж хлопці, до реакції інших, включаючи як схвалення, так і відторгнення, причому потреба дівчат у схваленні переважає над їхнім прагненням до автономії [135]. Таким чином, жінки можуть вважати свій власний суб'єктивний досвід або оцінки менш достовірними, ніж оцінки інших.

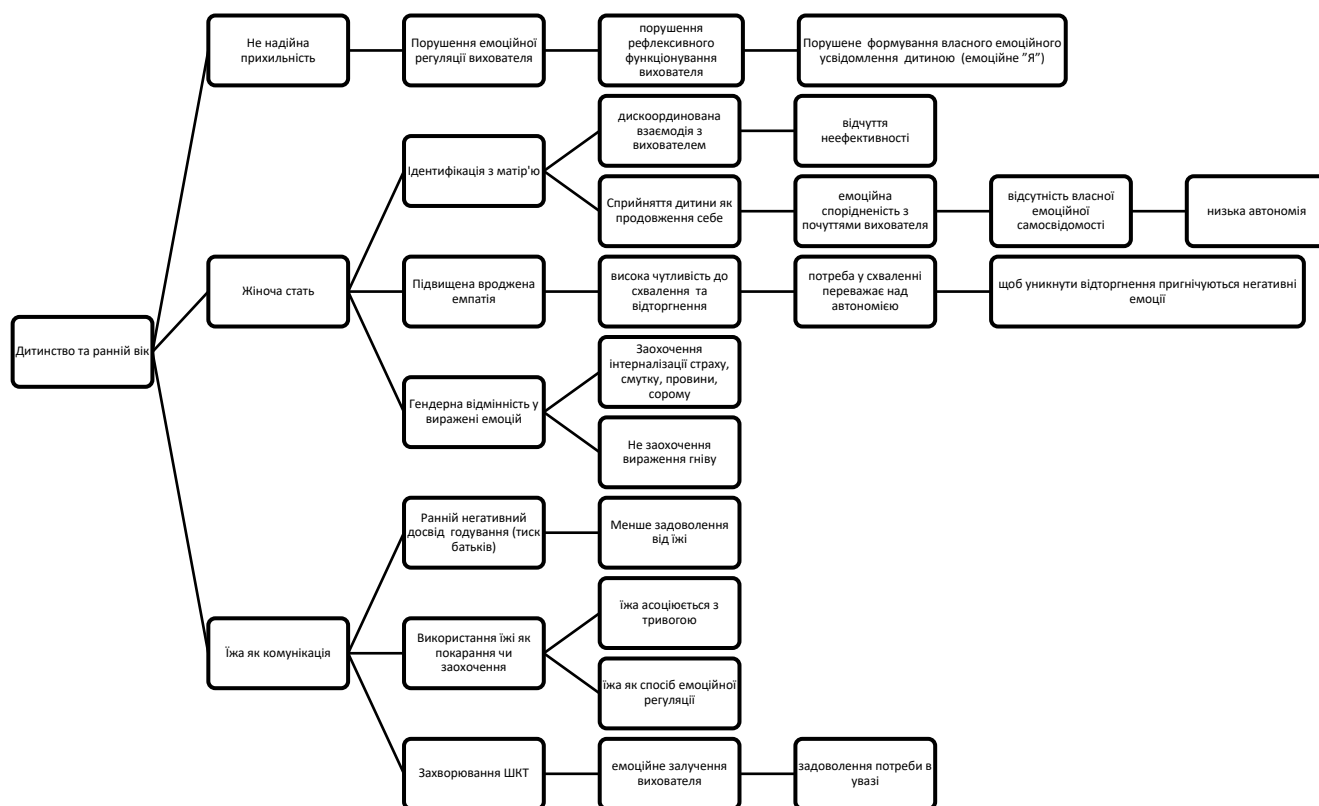
Матері (свідомо і несвідомо) спрямовують своїх доньок у "гендерно відповідному напрямку", включаючи повідомлення про те, що їхні власні "потреби" і певні емоції є неприйнятними. Це може включати моделювання для дівчаток "жіночого" вираження емоцій, наприклад, коли вони виглядають веселими, навіть коли цього не відчувається. Дівчата демонструють більше придушення емоцій, особливо щодо власних потреб (наприклад, розчарування). [136]. Це створює образ дівчаток як чутливих до почуттів інших, схильних придушувати власні емоції та потреби і відчувати себе через іншого (матір). Ці риси можуть посилюватися у людей, у яких розвивається

НА. Хворі НА повідомляють про низький рівень власної емоційної обізнаності, алекситимію, обмежене вираження власних емоцій та покірність, особливо для уникнення конфліктів. Що й було підтверджено в нашому дисертаційному дослідженні. Вони пригнічують вираз емоцій на обличчі та використовують менше слів при описі своїх емоційних переживань порівняно зі здоровими людьми або тими, хто одужав від НА [137]. Таким чином, вони пригнічують вираження власних емоцій та автономію, хоча здатні розпізнавати емоції інших людей. Особи з НА як під час голодування, так і під час відновлення ваги повідомляють про більшу емпатію, ніж здорові люди, в тому числі в області особистого дистресу (вікарне негативне збудження на страждання інших) [138]. Вони виявляють високу мотивацію до розуміння почуттів інших, "гіперскануючи" стимули, пов'язані з іншими, уникаючи при цьому свої власні почуття. [140]. За даними досліджень хворі НА, мають значно менше уваги, сфокусованої на собі, ніж ті, хто відновив вагу, при цьому вони схильні приписувати собі негативні, а не позитивні соціальні взаємодії [142].

*Їжа та комунікація.* Ефективне годування дітей є вродженою потребою, необхідною для добробуту та виживання. До 52% немовлят і дітей раннього віку, на думку вихователів, мають проблеми з харчуванням. [143] Навіть годування здорових дітей може забирати багато часу, бути нудним і виснажливим: батьки можуть до 15 разів пропонувати нову їжу, перш ніж дитина почне їй "довіряти" і спробує її на смак [144]. Більше того, у віці близько двох років у дітей відбуваються зміни в розвитку, що змушує їх відмовлятися від їжі, яку вони раніше любили і приймали, що викликає розчарування і тривогу у батьків. На харчові вподобання та емоції під час прийому їжі впливає ранній негативний досвід дитини пов'язаний з тиском батьків під час прийому їжі, причому менший тиск або його відсутність

прогнозує більше задоволення від їжі. [145]. Більше того, ретроспективно встановлено, що НА пов'язана з більш активним використанням їжі для спілкування та регулювання емоцій, наприклад, для заохочення, втіхи або покарання. [146] Таким чином, навіть на вербальному рівні діти вчать асоціювати їжу з відчуттям незрозумілості, стресу і тривоги. Крім того, використання їжі та прийому їжі як засобу спілкування та регуляції емоцій може заохочуватися, що спостерігається у дівчаток у віці до п'яти років [147]. Люди, у яких розвивається НА, мають ранній негативний досвід який пов'язаний з їжею (захворювання ШКТ, харчові алергії, які передбачають харчові обмеження) що в подальшому формує ранню чутливість до соматичного досвіду, включаючи ранні шлунково-кишкові розлади та труднощі з прийомом їжі. Дослідження вказують на те, що проблеми з травленням є фактором ризику розвитку РХП [148]. Як тільки у людини розвивається НА, і це викликає занепокоєння у тих, хто за нею доглядає, їжа стає дисфункціональним способом задоволення потреб в батьківській увазі [149]. Емоції, пов'язані з прийомом їжі, і залучення батьків до проблеми НА можуть являти собою емоційне залучення, яке підсилює, але в кінцевому підсумку залишає хворого пригніченим і незрозумілим в даний момент, що лише віддаляє його від розвитку усвідомлення і прийняття автентичних внутрішніх переживань.

Фактори ризику та підтримки в дитячому віці зображені на рисунку 4.1.



**Рис. 4.1.** Дитинство та ранній вік: фактори ризику та підтримки.

Отже люди, у яких розвивається НА, можуть погано вписуються в соціальне середовище ще у період дитинства та раннього віку, що призводить до поганої психологічної адаптації та тривожної прихильності. Що й було підтверджено в ході нашого дисертаційного дослідження. Як наслідок, вони можуть відчувати себе знеціненими як окрема, унікальна особистість і у них може виникнути відчуття, що їхні власні емоції та потреби менш важливі, ніж у інших, тому їх слід придушувати. Це може призвести до поганого усвідомлення та регулювання власних емоцій в контексті спроб догодити або задовільнити емоційні потреби інших. Навіть з раннього віку харчування може бути періодами підвищеної емоційності та емоційного спілкування як для



батьків, так і для дитини. Тому однією з важливих задач в розробленій нами психокорекційній програмі була робота над емоційну регуляцію батьків/опікунів під час годування пацієнтів з НА в амбулаторних умовах.

## **2) Підлітковий вік.**

НА може вражати людей будь-якого віку, статі, культури, однак, найбільшому ризику піддаються жінки підліткового віку. НА зазвичай виникає в ранньому та середньому підлітковому віці, що підкреслює підлітковий вік як фактор ризику її розвитку. Саме такі ж дані ми отримали в ході нашого дисертаційного дослідження. Підлітковий вік є складним періодом в емоційному та соціальному плані, що має наслідки для регуляції емоцій та психологічної адаптації [150].

Це критичний період для розвитку ідентичності, пов'язаний з появою Я-концепції та посиленням самосвідомості [152]. Розвиток "Я" відбувається на ключовому перетині соціальних, когнітивних, афективних, мотиваційних та регуляторних процесів [153]. Таким чином, підлітковий вік - це фаза життя, що відкриває багато нових можливостей, але водночас і є періодом підвищеної вразливості [154].

*Батьки та ідентичність.* Розвиток ідентичності в підлітковому віці має коріння у стосунках між батьками та дітьми. Вирішальну роль в сепарації-індивідуалізації відіграє батьківське ставлення яке направлене на підтримку особистої автономії підлітка та його відокремленість від батьків [155]. Автономія, яку підтримують батьки, сприяє зміцненню віри в особисту самостійність, дозволяючи виражати свою ідентичність і думки без страху батьківського відторгнення або критики. Щоб повноцінно брати участь у стосунках дорослих з дорослими дітьми, батькам потрібно відпустити частину власної ідентичності яка сформувалася з появою дитини - "всюдисущого опікуна"[156].

Проте відповідальність за емоційну регуляцію підлітка продовжують нести батьки. Потреба покладатися на батьків та очікувати від них необхідних емоційних настанов посилюється новими соціальними викликами та ризиками в яких опиняються підлітки [157]. Таким чином, підлітковий вік є складним періодом адаптації для батьків разом з їхньою дитиною.

Процеси сепарації-індивідуалізації в підлітковому віці можуть бути особливо проблематичними для людей, у яких розвивається НА, і можуть впливати з описаних вище взаємодій у ранньому віці. Жінки з НА ідентифікують порушення кордонів з боку батьків у сім'ї [158]. Пацієнти з НА оцінюють свої сім'ї як менш комунікабельні, гнучкі, згуртовані та більш відсторонені порівняно з контрольною групою [159]. Ці дані знайшли відображення й в нашому дисертаційне дослідженні. Материнська критика та емоційне надмірне залучення пов'язані з тяжкістю НА [160]. Високий рівень вираженої емоційності включений в моделі підтримки НА і відображає опис сімей як критичних, ворожих та/або емоційно надмірно залучених і надмірно опікуючих, особливо по відношенню до хворих з НА [161]. Таким чином, існує думка, що сім'ї хворих НА є заплутаними і ригідними за своїм стилем [162]. Саме це й було виявлено у нашому дослідженні. Це відповідає описаній картині: хворі НА невпевнені у власному внутрішньому світі, прагнуть задовольнити потреби інших, а не свої власні. Дійсно, пацієнти з НА мають нижчий рівень самодиференціації, що свідчить про високу емоційну реактивність, емоційну відстороненість та більшу злитість з іншими, що спричиняє плутанину між власними емоційними та психічними станами та станами інших людей [163].

Як наслідок, люди з НА повідомляють про прагнення до незалежності, що розглядається як реакція на безпорадність [164]. Займання такої опозиційної позиції, коли підлітки відмовляються їсти, незважаючи на

відчайдушні вмовляння батьків, може відображати їх потребу в сепарації-самоіндивідуалізації таким шляхом, оскільки інші були недоступні і як наслідок формувати необхідну сепарацію через утвердження опозиційності [165].

Інстинкт індивідуалізації також може бути фактором пошуку зовнішнього підтвердження своєї цінності через соціальне підкріплення з боку інших. Хоча деякі з цих моделей стосунків можна спостерігати вже в ранньому дитинстві, їх наслідки можуть посилитися в підлітковому віці, коли ідентичність намагається сформуватися, а також відбуваються зміни в найбільш адаптивному реагуванні емоцій. Тому батьки повинні пристосуватися до цієї фази розвитку і продемонструвати гнучкість в їх власному емоційному реагуванні. У дитинстві фокусування батьків на емоційному стану дитини сприяє розпізнаванню та маркуванню емоцій, що формує та підтримує його базові знання про емоції та саморегуляцію [166]. І навпаки, у підлітковому віці надмірне фокусування батьків на емоційних реакціях підлітка, особливо через посилене вираження батьківських реактивних емоцій, може посприяти або підсилити негативний емоційний стан, що призводить до дисрегуляції емоцій та сприяє психопатологічним ризикам [167]. Що також знайшло відображення у проведеному нами дослідженні. Можливість заспокоїти або відволікти на позитивну діяльність є більш адаптивною реакцією для підлітка, яка краще полегшує його дистрес. Емоційне підсилення частіше використовується дівчатами, ніж хлопцями, і існує більш тісний зв'язок між реакціями емоційного підсилення та психологічними проблемами у підлітковому віці у дівчат, ніж у хлопців. [168] Дійсно, дівчата демонструють вищі показники депресії та тривожності, ніж хлопці, починаючи з підліткового віку, що пов'язано з інтерналізацією негативних емоцій смутку, провини та страху [169].

Висока вираженість негативних емоцій батьків пов'язана з інтерналізацією симптомів, депресією та тривогою у підлітків, які пов'язані з розвитком РХП. [170]. Високий рівень дисрегуляції батьківських емоцій пов'язаний з порушенням емоційного самовираження підлітка, що, в свою чергу, призводить до дисрегуляції його емоцій [171]. А також зневажливе ставлення батьками до емоцій підлітка (їх неприйняття, заперечення, висміювання), призводить до переконання, що емоції є небезпечними або недійсними і їх потрібно придушувати. [172] Таким чином, емоційна регуляція батьків має вирішальне значення для регуляції емоцій підлітка, і, як виявляється, більше значима для дівчаток-підлітків, а також має пряме відношення до розвитку НА. Що повністю підтверджується в проведеному нами дисертаційному дослідженні.

*Однолітки та ідентичність.* У підлітковому віці значно зростає соціальний тиск. Дружба набуває великого значення, оскільки починають шукати серед однолітків емоційну підтримку та досліджують свою ідентичність поза сім'єю [173]. Взаємодія з однолітками стає важливою, а її якість відображає якість ранніх прихильностей. Тому підлітковий вік вважається часом "соціальної переорієнтації" [174]. Підлітки стають надчутливими до соціальної ізоляції, особливо в молодшому підлітковому віці, а старші підлітки особливо бояться оцінок однолітків [175].

Також в цей час спостерігається прискорення гендерної диференціації та посилення гендерно-рольових очікувань [176]. Описані вище ранні емоційні труднощі, такі як алекситимія та порушення регулювання емоцій, поряд із придушенням власних емоцій та потреб, можуть зробити людину особливо вразливою в підлітковому віці, коли стосунки з однолітками та соціальне визнання стають життєво необхідними. Соціальне пізнання (психічні процеси, що лежать в основі соціальної поведінки та взаємодії людини) має вирішальне

значення для успішного ведення переговорів про складні соціальні взаємодії та прийняття рішень. Однак соціальна нейронна мережа мозку зазнає тривалого розвитку протягом підліткового віку, перш ніж стабілізується в середині двадцяти років [177].

Здатність до самоаналізу або "метапізнання" (рефлексії над своїми думками та поведінкою) починає повільно формуватися і поступово вдосконалюватися протягом підліткового віку [178]. Зміни в нейронній і гормональній активності впливають на соціальні когнітивні здібності, а прихильність і менталізація (ідентифікація своїх психічних станів та станів інших) вступають у стан мінливості [179]. У період статевого дозрівання (близько 11 років) продуктивність деяких соціальних когнітивних здібностей, таких як розпізнавання емоцій на обличчі та бачення перспективи, знижується, а потім поступово відновлюється. Вважається, що цей процес відображає раптову проліферацію синапсів у період статевого дозрівання, які скорочуються в підлітковому віці [180].

Хворі НА можуть мати порушення в розпізнаванні емоцій та порушення мислення (від малого до середнього ступеня), які передують розвитку НА і ще більше посилюються вторинними наслідками голодування [181].

Повідомляється про труднощі з розпізнаванням емоцій за змішаною мімікою, тоном голосу, рухами тіла та дотиками. Зменшення цих вже потенційних труднощів у підлітковому віці може спричинити дистрес і збільшити залежність від зовнішнього зворотного зв'язку, одночасно зменшуючи здатність визначати себе як "Я-відношення", що посилює і без того збідніле почуття власного "Я". Крім того, самоідентифікація та інші пов'язані з нею процеси стають джерелом інформації, за допомогою якої формується процес прийняття рішень і внутрішня мотивація в підлітковому віці [182]. При відсутності чіткого Я, що розвивається, цілком можливо, що зовнішні

мотивації (наприклад, ідеал стрункості; потреби інших) стають ще більш сильними як ключова рушійна сила прийняття рішень і поведінки. Таким чином, починають формуватися уявлення про їжу, вагу та фігуру, які керуються поведінкою.

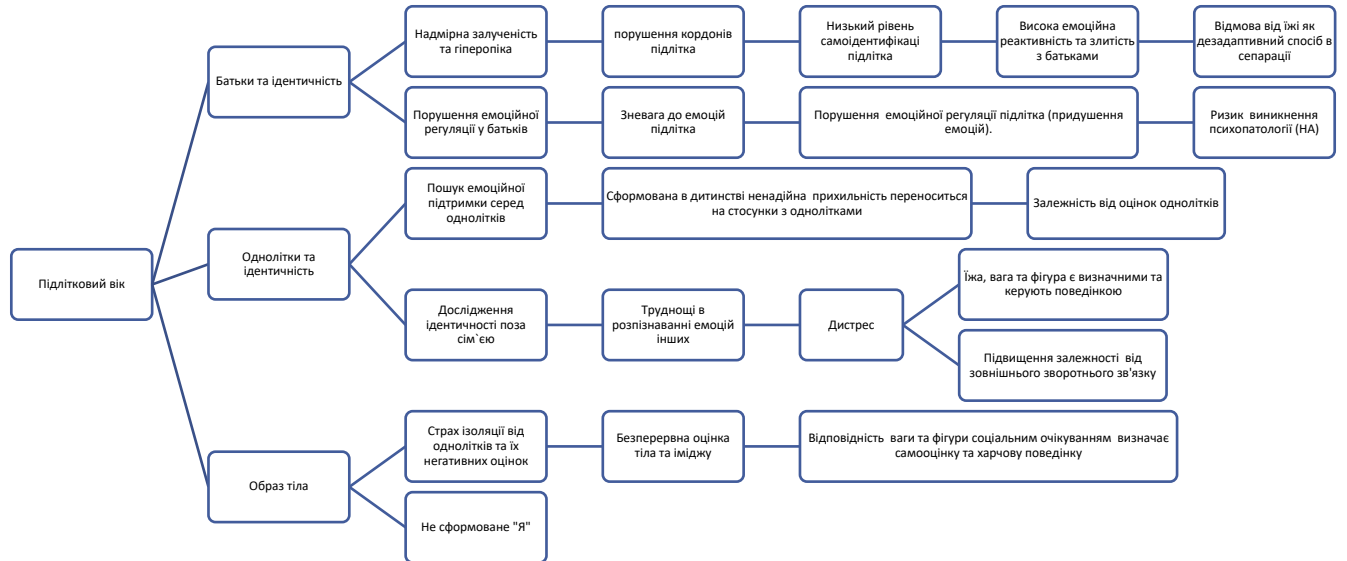
*Образ тіла.* У підлітковому віці змінюється фізична форма, зростає усвідомлення свого тіла та уваги до нього. Підлітки перебувають під впливом однолітків, побоюванням ізоляції від них та їх оцінок, що включає в себе оцінку тіла та іміджу. НА пов'язана з вищими сімейними стандартами щодо зовнішнього вигляду.[183] Перфекціонізм, занепокоєння щодо харчування та ваги спостерігаються на вищому рівні у матерів хворих НА, ніж у групах порівняння [184]. Зв'язок між ненадійною (як тривожною, так і уникаючою) прихильністю та РХП значною мірою опосередкований порушенням регуляції емоцій, включаючи соціальне порівняння [185]. Високе екстерналізоване самосприйняття щодо важливості ваги та фігури для популярності та знайомств у дівчат-підлітків впливає та визначає самооцінку тіла та харчову поведінку [186].

Зі зміною фігури підліток, вразливий до НА, може отримувати коментарі від сім'ї або однолітків, які сприймаються як зовнішнє схвалення. Вони можуть намагатися маніпулювати своїм тілом за допомогою дієти, що призводить до умовного позитивного підкріплення [187].

Підлітки особливо чутливі до винагороди, причому чутливість до винагороди і покарання ще вища у тих, хто має ризик розвитку НА [188]. Початкова втрата ваги часто зустрічається з компліментами (зовнішнє підкріплення); підтвердженням того, що для людини з описаним вище раннім життєвим досвідом може нарешті відчувати себе такою яка здатна досягати поставлену мету (бути ефективною) та бути самовмотивованою.

## Фактори ризику та підтримки в підлітковому віці зображені на рисунку

### 4.2.



**Рис. 4.2.** Підлітковий вік: фактори ризику та підтримки.

Отже фактори ризику та підтримки які були виявлені в ході нашого дослідження за допомогою підбраної батареї психодіагностичних шкал, знайшли підтвердження в даних літератури і були використані нами як мішені втручання і складові психокорекційної підтримки.

Отже, НА розглядалась нами як розлад, підкріплений труднощами емоційної обробки, на які впливали фактори раннього життя (тривожна прихильність, дисфункціональна сімейна система), що формували переконання, примушуючи пацієнтів переживати емоції як непосильні та заплутані. Існуючи стратегії регулювання емоцій у таких пацієнтів, з долученням анорексичної

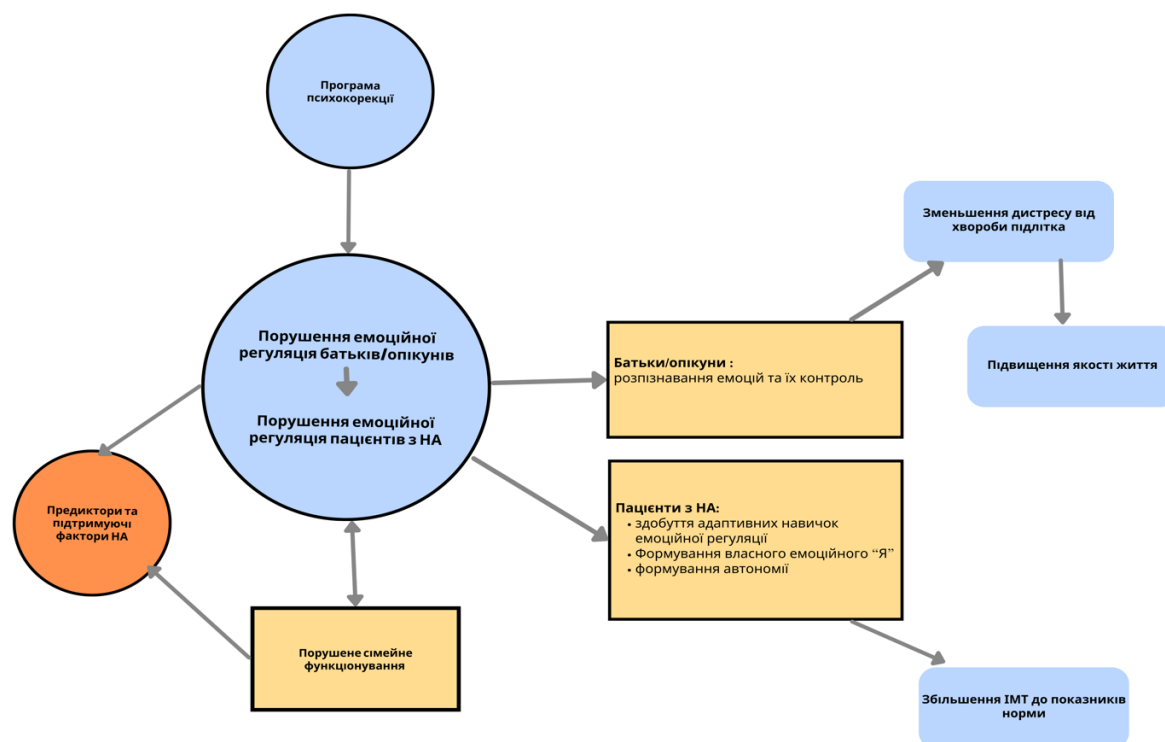
поведінки, використовувалися ними для запобігання виникнення потенційних деструктивних емоцій. Вони сприймалися як корисні, тому закріплювалися і в подальшому ставали дезадапційними методами контролю емоцій та сприяли появі та/або посиленню анорексичних переконань з подальшим збільшенням залежності пацієнтів з НА від вже сформованого дисфункціонального регулювання емоцій. Розуміння НА як психодинамічного процесу, який залежить від психо-емоційного статусу батьків/опікунів разом з сімейним функціонуванням, та відіграє важливу роль в ході лікування пацієнтів НА, надало можливість доповнити комплекс медико-психологічних втручань під час сімейно-орієнтованої та індивідуальної психокорекційної роботи навичками емоційної регуляції як для батьків/опікунів так і для пацієнтів з НА, що обумовило збільшення ефективності процесу лікування НА:

- Для батьків/опікунів пацієнтів з НА - за рахунок набуття навичок емоційної регуляції, що сприяли здатності розпізнавати власні емоції та регулювати їх, особливо під час взаємодії з хворою дитиною, та боротися з дистресом спричиненим хворобою дитини.
- Для пацієнтів з НА - за рахунок здобуття адаптивних навичок емоційної регуляції з подальшим формуванням емоційного “Я”, безпечного здобуття автономії та набуття нових адаптивних форм поведінки.

Зв'язок порушеної емоційної регуляції у хворих НА з емоційною регуляцією їх батьків/опікунів, виявлений в ході цього дослідження, опосередковано доводить, що ефективна емоційна регуляція батьків/опікунів пацієнтів з НА була важливою для успішного лікування хворих НА. Подібні аналогічні дані були нами отримані при дослідженні сімейного функціонування.



На рисунку 4.3. зображена модель нервової анорексії, що є теоретичним підґрунтям для розробки програми психокорекції.



**Рис. 4.3.** Модель нервової анорексії, що є теоретичним підґрунтям для розробки програми психокорекції.

Базуючись на сучасних теоріях НА, аналізі прототипних програм психокорекції та актуальному стані знань щодо розвитку НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів, а також доповнюючи ці знання отриманими нами у власному дослідженні емпіричними даними, ми розробили програму психокорекції, яка спрямована на здобуття або покращення навичок емоційної регуляції як у пацієнтів з НА так й їх батьків/опікунів.

Варто згадавати, що у більшості проаналізованих нами існуючих психокорекційних програм НА (перша та друга лінії терапії) спільним був фокус на міжособистісних питаннях та емоційному вираженні, спрямований насамперед на пацієнтів з НА, без залучення або значно в меншій мірі залучення їх батьків/опікунів, які, відповідно до стандарту психокорекційних втручань першої лінії терапії, є відповідальними за годування хворих НА. Відсутній або не достатній фокус на психоемоційному статусі батьків/опікунів пацієнтів з НА, а саме на їх емоційній регуляції, може пояснити, чому звичні сімейно-орієнтовані інтервенції, не дають стійких змін у терапії НА. Тож проаналізовані підходи до терапії НА підтверджують не достатність або взагалі відсутність психоемоційних корекційних втручань, які направлені не лише на хворих НА, а й на їх батьків/опікунів. Відтак, це було враховано і наша програма містила як більш класичні психокорекційні техніки, так і техніки, спрямовані на виявлені нами мішені психокорекції в ході даного дослідження. Основними прототипами розробленої нами програми психокорекції стали сімейно-орієнтована терапія підлітків та молодих дорослих з нервовою анорексією (FBT) та модель лікування нервової анорексії Модслі (MANTRAa) через свою структурованість і теоретичне підґрунтя та наявності розділів присвячених емоційній регуляції (MANTRAa). Для наповнення програми психокорекції техніками, які враховують виявлені нами мішені психокорекційного впливу, ми включили в неї елементи діалектично-поведінкових терапевтичних технік. Також ми розширили теми, що стосуються регуляції емоційного стану в наявному прототипі психокорекції НА Модслі для індивідуальної роботи з підлітками хворими НА, а також додали психоедукаційний компонент, що стосується емоційної регуляції батьків/опікунів в сімейно-орієнтованому психокорекційному підході лікування НА, взявши за основу освітній блок програми діалектично-

поведінкової психотерапії (DBT). При цьому в програмі зроблено акцент саме на практикуванні навичок емоційної регуляції.

Розроблена нами програма медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів відбувалася за допомогою розроблених робочих зошитів що були створені на основі відібраних нами прототипів психокорекційного лікування НА (окремо для хворих НА та окремо для батьків/опікунів) та складалася з чотирьох етапів, що включали в себе 40 60-хвилинних сесій з подальшим проведенням бустерних сеансів.

**Перший етап** психокорекційного втручання відбувався під час госпіталізації хворих НА в умовах стаціонару, складався з 6 сесій тривалістю 60 хвилин та передбачав участь усієї сім'ї у кожному сеансі разом із хворим підлітком, за винятком другої сесії - сімейної трапези, яка в деяких сім'ях могла тривати до 90 хвилин. Перший етап психокорекційного втручання полягав в:

- подоланні амбівалентної мотивації до терапії у хворих НА шляхом формулюванні цінностей, які б вони могли прийняти як мету лікування
- усуненні фактору невідомості як психопатогенетичного підґрунтя тривожних та депресивних станів у батьків/опікунів пацієнтів з НА,
- корекція ірраціональних уявлень у батьків/опікунів щодо захворювання
- формування реалістичних уявлень про ситуацію та шляхи виходу з неї,
- мотивування на участь у психологічних заходах пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів.
- дослідженні неадаптивних поведінкових патернів сімейної системи
- підготовки батьків до відповідальності за корекцію харчової поведінки та фізичної активності підлітків в амбулаторних умовах.

- формулювання сімейної стратегії подолання наслідків хвороби (перерозподіл обов'язків, бюджету)

Основне завдання лікаря-психолога на цьому етапі полягало в допомозі батькам розробити та вдосконалити їхні стратегії щодо цього процесу з акцентом на їх емоційній регуляції особливо під час годування хворих. Починаючи з 3-ї сесії впроваджувалася психоедукація емоційної компетентності та відпрацьовувалися навички емоційної регуляції.

**Другий етап** відбувався після виписки хворих зі стаціонару та тривав в амбулаторних умовах протягом 3 місяців з двома щотижневими сеансами. Один з яких відбувався спільно з батьками/опікунами, а інший індивідуально з хворими без участі батьків. На цьому етапі цілями психокорекційного втручання були:

- створення довірливих підтримуючих стосунків з хворими НА
- допомога в формуванні адаптивної моделі поведінки і реагування на хворобу у батьків/опікунів
- підтримка відповідальності батьків за годування та контроль фізичної активності хворих НА з обговоренням успіхів та невдач на кожній психокорекційній зустрічі з лікарем психологом.
- вдосконалення навичок емоційної регуляції пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів за допомогою запропанованих технік на кожній психокорекційній сесії та фіксація свого емоційного стану між сесіями в щоденнику емоцій з подальшим їх обговоренням на сесіях.
- створення здорових стосунків між підлітком та його батьками/опікунами

**Третій етап** наступав після того, як прояви НА значно зменшувалися, а ІМТ досягав нормального рівня (тобто 95% медіанного індексу маси тіла). Цілями психокорекційного втручання на даному етапі були:

- передача контролю над споживанням їжі та фізичної активності пацієнту з НА
- сприяння формуванню автономної поведінки в прийнятті самостійних щодо способу життя хворим на НА.
- підтримка сформованих навичок емоційної регуляції у хворих НА
- підтримка сформованих навичок емоційної регуляції у батьків/опікунів

На цьому етапі сеанси для батьків/опікунів поступово скорочувалися з щотижневих до кожних двох тижнів, проте пацієнти з НА продовжували відвідувати сесії раз на тиждень. Тривалість складала 3 місяця.

**Четвертий етап** наставав з повного відновлення ІМТ і цілями психокорекційного втручання на цьому етапі були:

- підтримка відновленого ІМТ
- підтримка сформованих здорових стосунків між пацієнтом НА і батьками
- підтримка автономної поведінки в прийнятті самостійних щодо способу життя хворим на НА
- встановлення відповідних сімейних кордонів між поколіннями і допомога батькам усвідомити необхідність реорганізації їхнього життя з огляду на майбутню фізичну та емоційну сепарацію з дитиною/підлітком.

Тривалість на цьому етапі складала 3 місяці з проміжками між сесіями в 2-3 тижні.

Таким чином, програма чотирьохетапної психокорекції НА була розроблена для використання як в стаціонарних так й в амбулаторних умовах як доповнення стандартних схем медико-психологічної допомоги даної групи пацієнтів. Вона була розроблена таким чином, щоб закривати такі актуальні потреби науки та клінічної практики, як практичне використання останніх теоретичних досягнень в області вивчення НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів.

#### **4.2.Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції.**

Для оцінки ефективності розробленої програми програма чотирьохетапної психокорекції НА як тривалого медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів нами були розподілені усі залучені у дослідження учасники на дві групи – групу дослідження, яка отримувала стандартне лікування, а також проходила чотирьохетапну програму психокорекції, і групу порівняння, яка була внесена в лист очікування і отримувала лише стандартне лікування. Критерієм ефективності корекційного впливу було збільшення ІМТ у хворих НА. Тож першим нашим кроком була перевірка наявності статистично значущих змін ІМТ у хворих НА в ДГ1 та ГП1.

В ДГ1 за результатами теста Маучлі ми схилялись до гіпотези про порушену сферичність (Mauchly's  $W = 0.199$ ,  $p < 0,001$ ). Використовуючи ANOVA з повторними вимірами з поправкою Greenhouse-Geisser нами

стверджувалось, що середнє значення ІМТ пацієнтів з НА мало статистичні зміни протягом 5 замірів ( $F(2.053) = 288.233$ ,  $p < .0005$ ). Для ДГ1 значення етa-квaдрaту становило 0.814, що засвідчило значний вплив корекційного втручання на ІМТ. Використовуючи попарне порівняння за методом Bonferotti ми визначили, що кожен наступний місяць відрізнявся від попереднього та наступного місяця. В свою чергу це засвідчило значущі зміни не тільки протягом всього періоду спостереження, але й між кожним виміром також. В ГП1 за результатами теста Маучлі також ми схилилися до гіпотези про порушену сферичність (Mauchly's  $W = 0.060$ ,  $p < 0,001$ ). За результатом тесту ANOVA з повторними вимірами з поправкою Greenhouse-Geisser ми засвідчили зміну середнього значення ІМТ протягом 5 замірів ( $F(1.725) = 209.934$ ,  $p < .0005$ ). Хоча показник й є статистично значущим, ми також провели якісного аналізу отриманих результатів, оскільки даний метод аналізу є чутливим навіть до незначних змін вимірюваних показників. Залучення цього методу також було обумовлено тим, що зміна ІМТ у ГП1 могла відбуватися внаслідок природніх процесів, оскільки прояви НА зазвичай мають незначну тенденцію зменшуватися протягом дорослішання дітей. В ГП1 ми визначили менше значення ефекту часткового етa-квaдрaту (0.786). Цей показник, як і в ДГ1, мав статистичну значущу різницю між кожним з місяців заміру за показником міжгрупового порівняння за методом Bonferotti. Проте, у ГП1 середньо-статистична різниця між різними замірами ніколи не виходила за кордони від 1 до -1, в той час як у досліджуваній групі найбільшим значенням було 3.851 (відмінність між першим та останнім заміром). Середні показники ІМТ за кожен місяць ДГ1 та ГП1 відображені у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

## Показники ІМТ хворих досліджуваної групи та групи порівняння протягом 5 замірів

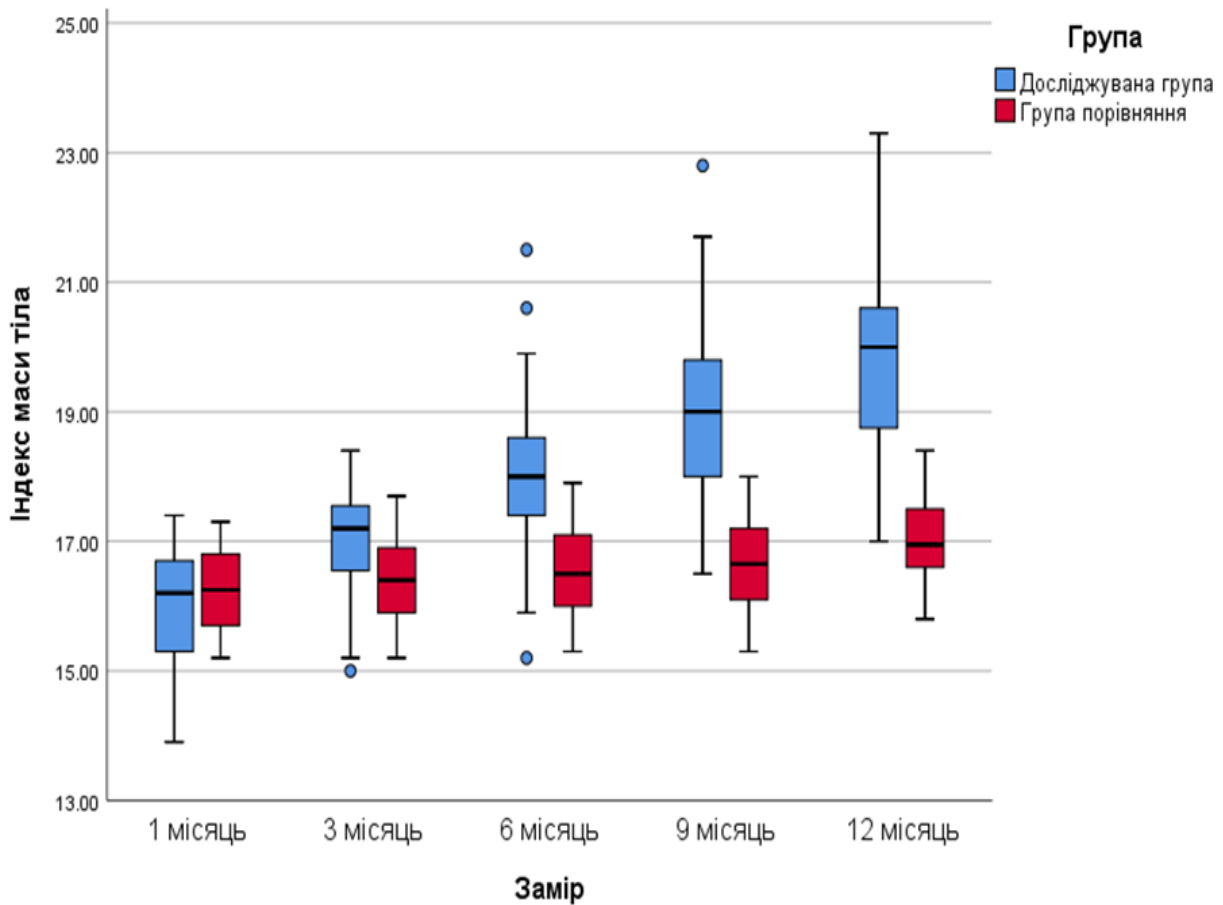
Показники	ДГ1					ГП1				
	μ	Me	SD	Min.	Max.	μ	Me	SD	Min.	Max.
M1	15.93	16.20	.956	14	17	16.19	16.25	.626	15	17
M3	17.01	17.20	.817	15	18	16.42	16.40	.653	15	18
M6	18.04	18.00	1.138	15	22	16.52	16.50	.657	15	18
M9	18.99	19.00	1.227	17	23	16.66	16.65	.687	15	18
M12	19.79	20.00	1.289	17	23	17.03	16.95	.680	16	18

Отже, можемо стверджувати що зміни ІМТ у ДГ1 були більш вагомими за середньо-статистичними значеннями та медіаною. Так, середнє значення у ДГ1 ІМТ на першому місяці було незначно менше ніж у ГП1 й становило 15.93 (16.19 у ГП). Однак, за рік цей показник змінився на 19.79 у ДГ1, але всього лише до 17 у ГП1. Вище ми також вказували на те, що групи не відповідали нормальному статистичному розподілу, тож більша увага була приділена медіанному показнику ІМТ.

Так, середній показник ІМТ на першому місяці дослідження був майже однаковим (16.2 у досліджуваної групи та 16.25 у гр. порівняння), а наприкінці терміну лікування достовірно змінився у досліджуваної групи (20 балів), в той час як у ГП1 його значення становило 16.95. Показник стандартного відхилення у ГП1 також майже не змінився (0.626 в перший місяць, 0.68 в останній місяць заміру), в той час як у ДГ1 його значення змінилося з 0.956 (при першому замірі) до 1.289 (останній замір, через рік). Така динаміка показника стандартного відхилення в ДГ1 може свідчити про



те, що психокорекційні втручання сприяли не просто збільшенню ІМТ, але й нормалізації ваги пацієнтів з НА, оскільки варіація у вазі є частиною нормального дорослішання. Максимальне значення ІМТ у досліджуваної групи сягнуло 23 з різницею в 5 одиниць з початку дослідження, в той час як у ГПІ зміни відбулися в діапазоні 17-18. Схематично це відображено на рис. 4.4.



**Рис. 4.4** Зміна ІМТ дітей/підлітків груп порівняння та досліджуваної групи у лонгітуді

Для перевірки гіпотези про вплив розробленої програми психокорекції на емоційну регуляцію хворих з НА, було визначено можливі зміни основного

показника методики DERS протягом 5 замірів серед різних груп. Отже, ми використали аналіз дисперсії з одним фактором та повтореними вимірами разом із тестом сферичності Маучліта пост-тестом Bonferotti. За умови показника Greenhouse-Geisser  $< 0.7$  у тесті Маучлі використовуємо його для аналізу дисперсного аналізу (в іншому варіанті використовуємо показник Huynh-Feldt).

В ДГ1 за результатами теста Маучлі схилилися до гіпотези про порушену сферичність (Mauchly's  $W = 0.167$ ,  $p < 0,001$ ). Використовуючи ANOVA з повторними вимірами з поправкою Greenhouse-Geisser можемо стверджувати, що середнє значення показника DERS мало статистичні зміни протягом 5 замірів ( $F(1.933) = 10178.623$ ,  $p < .0005$ ). Міра часткового ета-квадрату становить 0.994. Попарне порівняння Bonferotti вказувало на те, що зміни відбувалися протягом всіх місяців, оскільки результати кожного місяця мали статистичну відмінність від будь-якого іншого місяця за замірами.

Так, середнє значення показника зменшувалося з 138.06 в першому місяці до 76.25 в дванадцятому місяці, тобто відбувалося поступове зменшення показника. Медіана показника також зменшувалася з 142.00 в першому місяці до 75.00 в дванадцятому місяці, що підтверджує поступове зменшення показника. Стандартне відхилення майже не змінювалось, якість даних була стабільною протягом 12 місяців. Мінімальне значення показника зменшувалося з 127 в першому місяці до 59 в дванадцятому місяці, в той час як максимальне значення показника зменшувалося з 163 в першому місяці до 108 в дванадцятому місяці. Отже, протягом 12 місяців у пацієнтів з ДГ труднощі з емоційної регуляції значно змінилися, зменшившись майже у 2 рази від першого заміру. Отже, зменшення значень DERS засвідчило, що пацієнти з НА набули навичок регулюванні своїх емоцій, що мало позитивний

вплив на їх загальний психологічний стан і допомогало їм впоратися з труднощами, пов'язаними із НА. Опанування навичок регуляції емоцій у пацієнтів з НА асоціювалося з наближенням до нормальних показників ІМТ наприкінці дослідження.

У ГП1 за тестом Маучлі також ми відзначали порушену сферичність (Mauchly's  $W = 0.152$ ,  $p < 0,001$ ). За результатами дисперсійного аналізу із повторними вимірами (використовуючи поправку Greenhouse-Geisser) ми виявили статистично значущу зміну у результатах ( $F(2,018) = 4.003$ ,  $p = 0.021$ ). Проте, ці результати, як й рівень значущості, свідчили про значно менші зміни, ніж у ДГ1. Такі зміни фіксувалися статистичним тестом через велику кількість даних, де зміна у межах 2-5 балів була значущою для тесту, проте цей результат майже не мав різниці якщо порівнювати це з самооцінкою хворих НА.

Для більш детального аналізу результати ДГ1 та ГП1 протягом всіх 5 замірів були відображені у таблиці (див. таб. 4.2.)

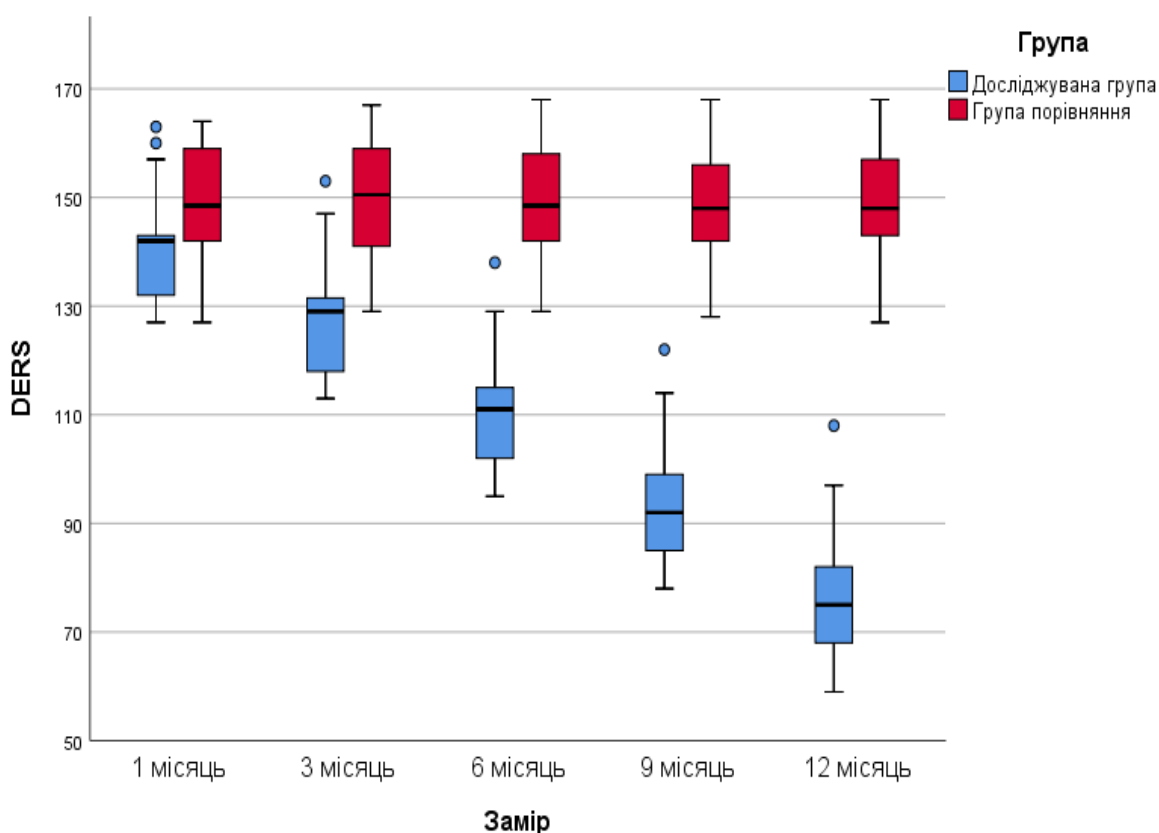
**Таблиця 4.2.**

**Показник DERS ДГ та ГП пацієнтів з НА протягом 5 замірів**

Показники	ДГ1					ГП1				
	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.
M1	138.06	142.00	8.984	127	163	149.83	148.50	10.077	127	164
M3	126.33	129.00	9.237	113	153	149.81	150.50	10.138	129	167
M6	109.17	111.00	9.152	95	138	149.28	148.50	10.180	129	168
M9	92.00	92.00	9.412	78	122	148.67	148.00	9.909	128	168

M12	75.00	75.00	9.963	59	108	148.81	148.00	10.093	127	168
-----	-------	-------	-------	----	-----	--------	--------	--------	-----	-----

Таким чином, середнє значення на початку дослідження у ГП 1 становило 149.8, а через 12 місяців показник змінився лише на 1 бал й становив 148.8. Це свідчило про відсутність будь-якої реальних змін, що також підтверджувалося медіаною балів. Стандартне відхилення залишилось на тому самому рівні й становило 10 балів. Мінімальний бал не змінився протягом 12 місяців й становив 127, в той час як у деяких учасників максимальний бал навіть піднявся й на момент останнього заміру становив 168. Для візуального порівняння результатів ДГ1 та ГП1 представлений графік (див. рис. 4.5.).



**Рис. 4.5.** Зміна загального показника DERS підлітків ДГ1 та ГП1 у лонгітюді.

Окрім показників пацієнтів з НА, значення за шкалою DERS також були виміряні у ДГ2 та ГП2 батьків/опікунів. Так, у ДГ2 дорослих за тестом Маучлі було виявлено порушену сферичність даних (Mauchly's  $W = 0.105$ ,  $p < 0,001$ ). За результатами тесту ANOVA із повторними вимірами та поправкою Greenhouse-Geisser були виявлені статистично значущі зміни ( $F(1.802) = 12060.823$ ,  $p < 0.005$ ). Результати часткового ета-квадрат становили 0.991 (міра величини ефекту). За попарним порівнянням Bonferotti ми виявили зміну за весь період дослідження. Це засвідчує усталений характер змін, які відбувались плавно, радше ніж стрибкоподібно, що в свою чергу може призводити до більш стійких показників після того, як припиняється психокорекційний вплив.

Середні значення DERS зменшувалося з 136.42 в перший місяць до 77.06 на дванадцятий місяць дослідження, що свідчило про покращення емоційної регуляції учасників ДГ2 протягом 12 місяців. Медіана також зменшилася з 140 до 77 балів, що вказувало на те, що більшість значень DERS також знизилася. Стандартне відхилення показників збільшувалося з часом, що може свідчити про збільшення варіації в значеннях DERS відносно середнього значення. Ця зміна у варіації може свідчити про те, що психокорекційний вплив був для деяких учасників більш ефективним ніж для інших. Однак, як й з ДГ1, зміна у його значенні не є великою відносно загальної шкали, та у порівнянні із референтними дослідженнями, у яких також використовували DERS.() Мінімальні та максимальні значення також зменшилися з часом, що свідчить про більш стабільну емоційну регуляцію учасників.

При порівнянні зміни результатів батьків/опікунів з ДГ2 та пацієнтів з НА з ДГ1, ми засвідчуємо що за середніми значеннями показники є дуже

наближеними. Так, різниця між першим та останнім заміром становила 59.4 у батьків/опікунів та 61.8 у пацієнтів з НА.

Показники ГП2 також вказують на порушену сферичність (Mauchly's  $W = 0.185$ ,  $p < 0,001$ ). В результаті дисперсійного аналізу із повторними вимірами (поправка Greenhouse-Geisser) ми отримали відсутність статистично-значущих змін за методикою DERS протягом 12 місяців ( $F(2,091) = 0.189$ ,  $p = 0.838$ ) при значенні часткового ета-квадрату в 0.002. Відповідно до тесту Bonferotti, жодний місяць не відрізнявся від будь-якого іншого, тобто показники за всіма замірами були майже однаковими. В той час як навіть незначні зміни у ГП1 змогли показати статистично-значущі результати, показники дорослих залишились незмінними. Такі результати можна пояснити меншою пластичністю до змін, яка властива дорослим.

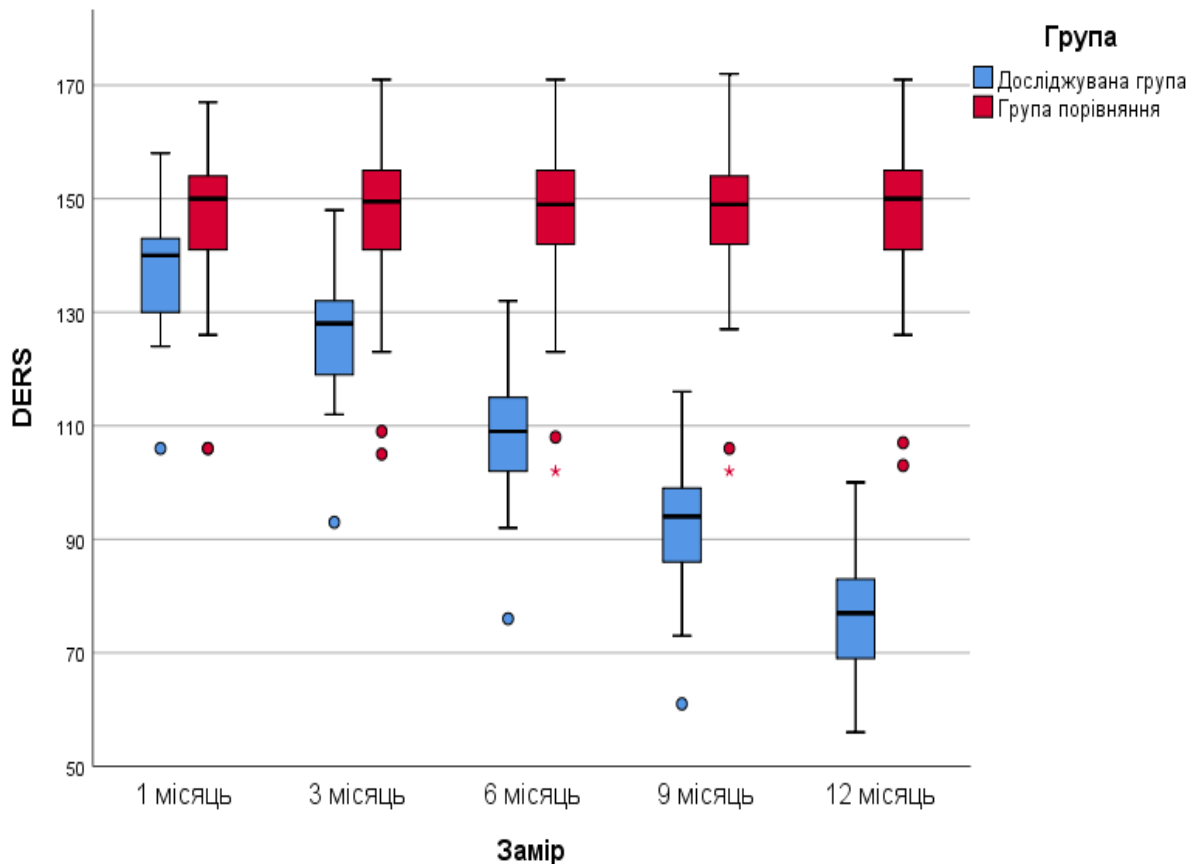
Числові показники результатів за шкалою для ДГ2 та ГП2 відображені у таблиці 4.3.

*Таблиця 4.3.*

**Показник DERS батьків/опікунів пацієнтів з НА ДГ та ГП протягом 5 замірів**

Показники	ДГ2					ГП2				
	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.
M1	136.42	140.00	8.119	106	158	147.71	150.00	10.732	106	167
M3	125.84	128.00	8.347	93	148	147.76	149.50	10.954	105	171
M6	108.80	109.00	8.655	76	132	147.65	149.00	11.157	102	171
M9	93.26	94.00	9.082	61	116	147.66	149.00	11.312	102	172
M12	77.06	77.00	9.429	42	100	147.86	150.00	11.488	103	171

З результатів таблиці видно, що середнє значення показників емоційного регулювання за методикою DERS практично не змінювалось протягом року спостереження і становило в середньому 147,8 балів. Медіана також досить стабільно змінювалась зі значенням в діапазоні від 149 до 150 балів протягом року. Щодо варіації даних, стандартне відхилення збільшувалося з часом і на 12-му місяці досягло значення 11,5 балів. Максимальні значення зростали з часом, починаючи від 167 на першому місяці до 171 на 3-му, 6-му та 12-му місяцях спостереження, а мінімальні значення залишалися стабільними на рівні від 102 до 106 балів. Загалом, за результатами п'яти замірів у батьків/опікунів ДГ2 за методикою DERS можна сказати, що показники емоційного регулювання у цій групі є стабільними протягом року спостереження. Однак, збільшення стандартного відхилення може свідчити про певну варіативність у ДГ2. Показники ДГ2 та ГП2 зображені на рисунку 4.3.



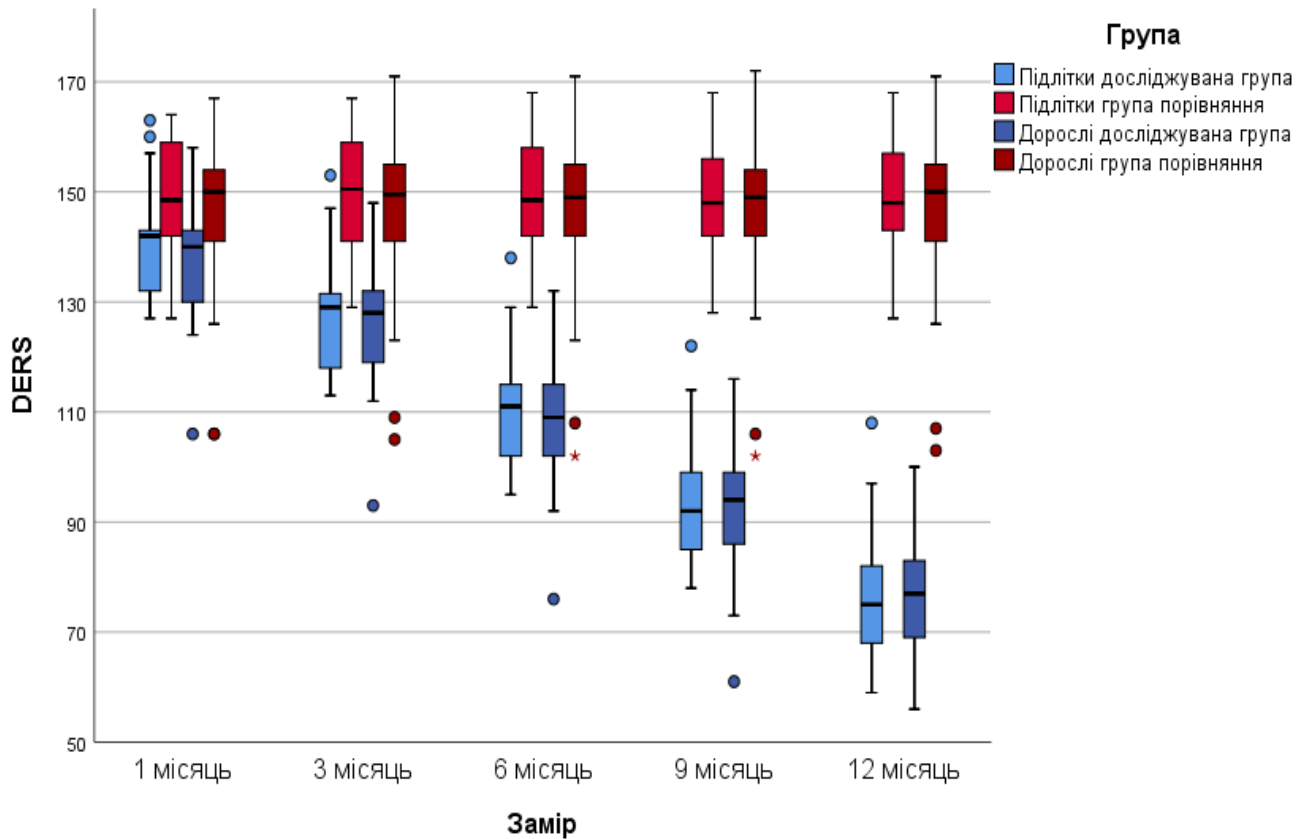
**Рис. 4.3.** Зміна загального показника DERS дорослих досліджуваної групи та групи порівняння у лонгітюді

Загалом можемо стверджувати, що психокорекційний вплив мав позитивний ефект на пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів й призвів до зменшення труднощів емоційної регуляції. Зміни відбувалися лінійно, незначно більших змін досягли саме пацієнти з НА, що можна пояснити віком та явищем нейропластичності у дітей та підлітків, тощо.

Показники ГПІ пацієнтів з НА мали незначні, хоча й статистично значущі зміни протягом 12 місяців. Все ж, вони були значно вищими ніж нормовані показники із референтного дослідження та більшими за середні показники у дослідженні, участь у якому приймали люди з наявним діагнозом хоча б одного психічного розладу [189].



ГП2 батьків/опікунів не мала ніяких змін, що є статистично підтвердженим явищем. На рисунку 4.4. представлено лонгitudний результат усіх груп, які приймали участь у дослідженні.



**Рис. 4.4.** Зміна загального показника DERS пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів у ДГ й ГП у лонгitudі.

Ще одною загальною зміною, яка вимірювалась у пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів ДГ та ГП була методика сімейного функціонування FACES. Для порівняння у лонгitudі результатів заміру ми використали загальний

показник за цією методикою. Як ми описали вище, процедура аналізу була ідентичною до змінної IMT та DERS.

Так, для ДГ1 за загальним показником FACES значення не задовольняли критерій сферичності ( $\chi^2(9)=191,876$ ,  $p<0,001$ ). За результатами дисперсійного тесту з повторними замірами використовуючи поправку Greenhouse-Geisser ми відзначили наявну статистичну відмінність між замірами ( $F(1.628,100.941) = 911.155$ ,  $p<0.001$ ). Розмір ефекту (значення часткового етaквaдрaту) становить 0.968. За результатами попарного тесту Bonferotti наявна статистично-значуща різниця між усіма замірами, що свідчила про наявну зміну не тільки під кінець експерименту, але й протягом усіх його місяців. Числові показники відображені в таблиці 4.4.

Так, середнє значення зменшувалося з 75.37 на 1 місяці до 42.78 на 12 місяці. Це вказувало на покращення ступеню емоційного зв'язку між членами сім'ї та збільшенням сімейної адаптації з часом. Медіана також зменшувалася з часом від 76 балів на 1 місяці до 43 балів на 12 місяці. Згідно з таблицею, стандартне відхилення коливалось від 4.736 на 1 місяці до 4.827 на 12 місяці (з проміжками в 5.401 на 6 місяці). Такий розкид стандартних відхилень відображав процес психокорекційного впливу, у відповідь на який пацієнти з НА реагували по-різному, проте під кінець тренд усереднився. Це також свідчить про те, що значення неоднорідно розкидані навколо середнього значення на всіх періодах. Мінімальне значення зменшилось з часом з 63 на 1 місяці до 30 на 12 місяці, а максимальне значення з 86 на 1 місяць до 56 на 12 місяць. Це свідчить що психокорекційний вплив допоміг пацієнтам з НА та їх батькам/опікунам покращити сімейне функціонування.

У ГП1, де була відсутня психокорекція, також порушена сферичність за тестом Маучлі сферичності ( $\chi^2(9)=82.776$ ,  $p<0,001$ ). Використавши тест

ANOVA з повторними замірами та користуючись поправкою Greenhouse-Geisser ми відзначили статистично значущу різницю між замірами ( $F(2.186, 124.576) = 3.822, p = 0.005$ ). Значення часткового ета-квадрату становило 0.063, що свідчило про дуже низький розмір впливу ефекту (або майже відсутній), що в свою чергу є логічним для ГПІ. Результати тесту Bonferotti говорять про те, що статистичні зміни спостерігалися лише між декількома місяцями, а їх розмір знаходиться на рівні похибки. Числові показники продемонстровані нижче, у таблиці 4.4.

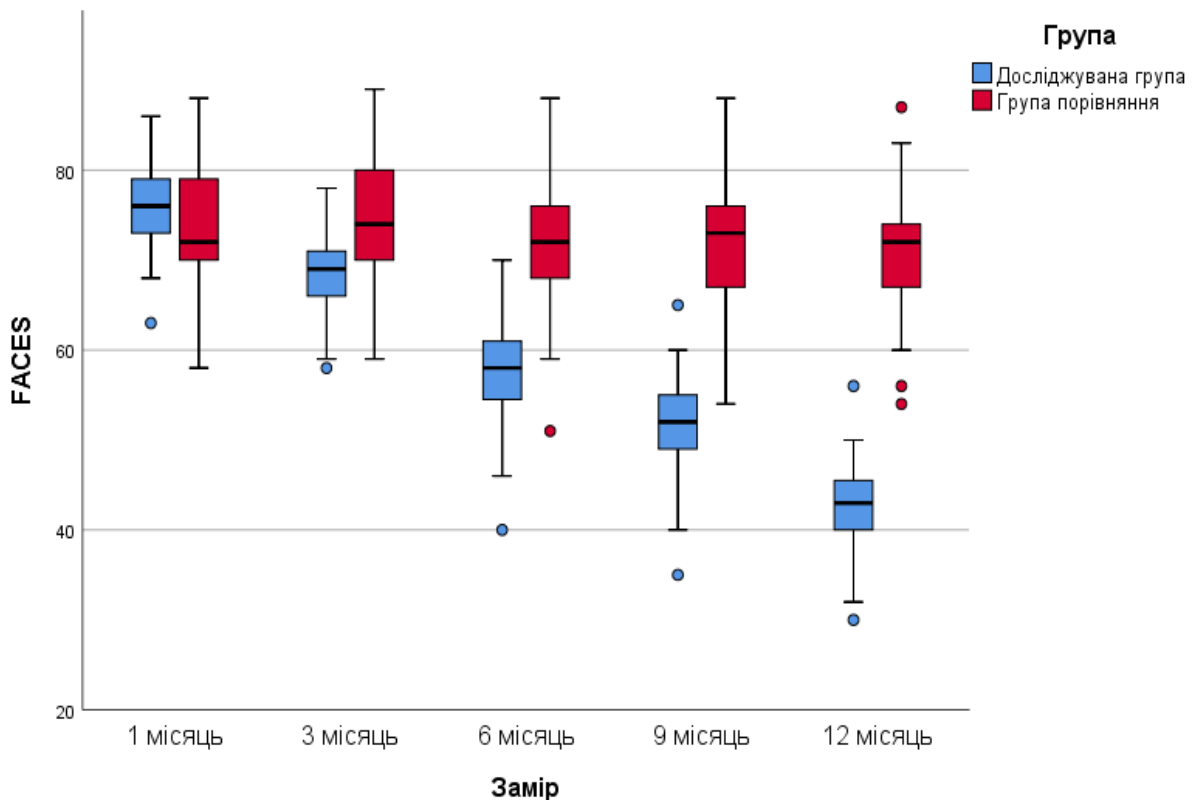
*Таблиця 4.4.*

**Показник FACES у пацієнтів з НА ДГ1 та ГПІ протягом 5 замірів**

Показники	ДГ1					ГПІ				
	μ	Me	SD	Min.	Max.	μ	Me	SD	Min.	Max.
M1	75.37	76.00	4.736	63	86	73.71	72.00	5.691	58	88
M3	68.38	69.00	4.452	58	78	74.48	74.00	7.009	59	89
M6	57.63	58.00	5.401	40	70	72.48	72.00	6.610	51	88
M9	51.46	52.00	5.300	35	65	72.05	73.00	7.229	54	88
M12	42.78	43.00	4.827	30	56	71.43	72.00	6.503	54	87

Так, середнє значення за методикою FACES на рівні від 71.43 до 74.48 змінювалось залежно від моменту проведення заміру, в цілому показник несуттєво зменшився з 73.71 на 1 місяці до 71.43 бали на 12 місяці. Дані за медіаною підтверджують цю тенденцію. Розкид значень від середнього за допомогою стандартного відхилення також коливався.

Мінімальне значення з 58 зменшилось до 54, в той час як максимальне з 88 незначно зменшилось до 87. Це можна пояснити хаотичними змінами, які могли трапитись у деяких досліджуваних. При чому, не у всіх ці зміни відображають позитивну динаміку, а сам діапазон є незначним, враховуючи бальну градацію методики та результати ДГ1. Порівняння цих результатів представлено на рисунку 4.5.



**Рис. 4.5.** Зміна загального показника FACES підлітків досліджуваної та групи порівняння у лонгітюді.

За даними ДГ2 дорослих за методикою FACES спостерігалось порушення сферичності даних ( $\chi^2(9)=380.624, p<0,001$ ). За результатами аналізу дисперсії із повторними вимірами (поправка Greenhouse-Geisser) ми відзначили, що загальний бал FACES статистично відрізняється за різних замірів ( $F(2.088,227.567) = 858.892, p < 0.001$ ). Частковий ета-квадрат становить 0.887,

що свідчить про великий ефект від впливу психокорекції. За тестом Bonferotti ми спостерігаємо статистично значущу різницю між всіма парами замірів, окрім пари першого та другого замірів. За допомогою різниці середніх ми також відзначили монотонну лінійну систему зміну показника. Числові показники відображені нижче, у таблиці 4.5.

Середнє значення загального показника FACES зменшувалось з часом, що свідчить про покращення емоційного стану учасників дослідження. Найбільше зменшення спостерігалось між 3 місяцем та 6 місяцями, тоді як показники між 1 та 3 місяцем змінились незначуще. Так, на початку експерименту середній показник був 75.14 бали, а в останньому замірі він становив вже 43.59. Стандартне відхилення більшість часу проведення дослідження залишалось майже сталим, незначно збільшуючись. Мінімальні та максимальні значення також зменшувались з часом, що підтверджує зменшення розкиду значень емоційного стану серед учасників та зменшення загального показника методики.

Показовим також є те, що на 12 місяці замірів максимальний бал учасників (52) перевищував мінімальний бал (59) на першому місяці замірів.

Дані за ГП2 дорослих також свідчили про порушення параметра сферичності ( $\chi^2(9)=22.101$ ,  $p=0.009$ ). Дисперсійний аналіз з урахуванням повторних замірів з поправкою Greenhouse-Geisser не виявив статистично-значущу різницю за загальним балом FACES ( $F(3.570,360.607) = 1.010$ ,  $p=0.402$ ). Детальні показники сформовані в таблиці 4.5.

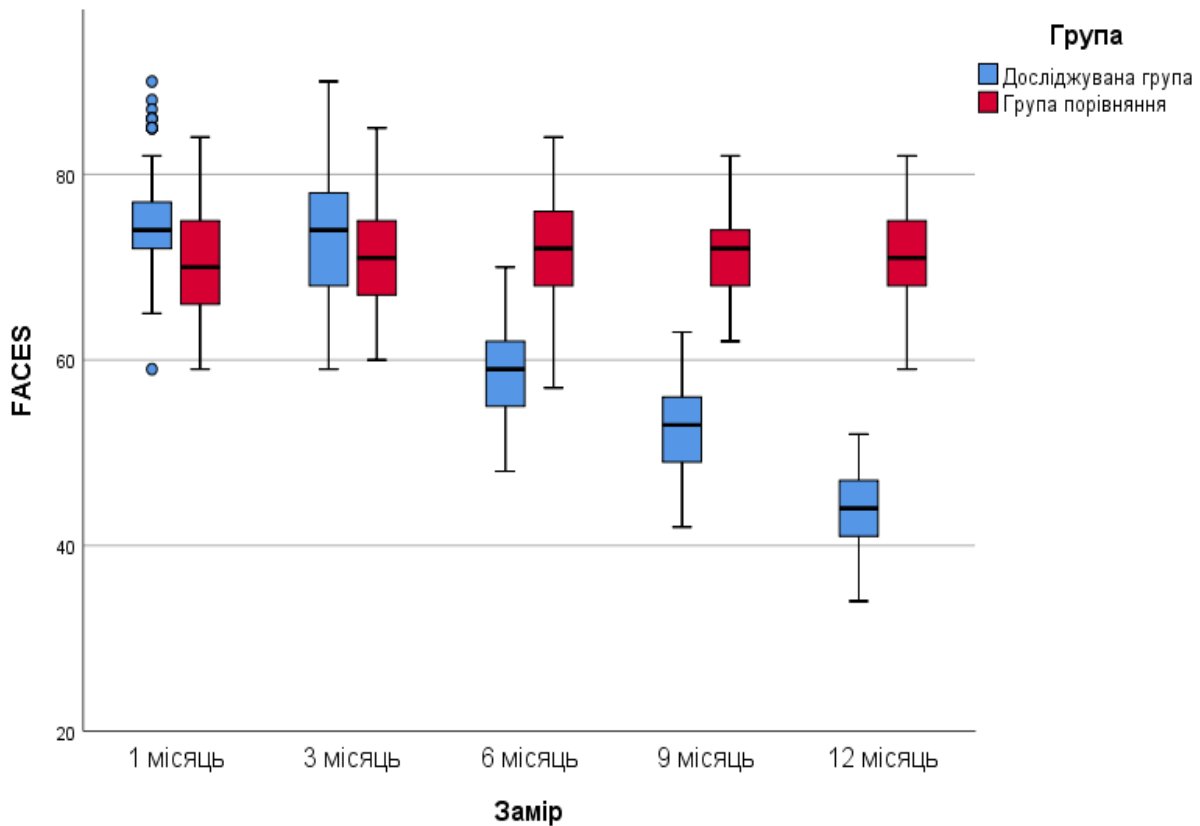
*Таблиця 4.5.*

**Показник FACES батьків/опікунів ДГ та ГП протягом 5 замірів**

	ДГ2	ГП2

Показники	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.	$\mu$	Me	SD	Min.	Max.
M1	75.14	74.00	5.284	59	90	70.81	70.00	6.191	59	84
M3	73.53	74.00	7.403	59	90	71.32	71.00	5.245	60	85
M6	58.64	59.00	4.804	48	70	72.02	72.00	5.528	57	84
M9	52.51	53.00	4.547	42	63	71.85	72.00	4.515	62	82
M12	43.59	44.00	4.145	34	52	71.04	71.00	4.997	59	82

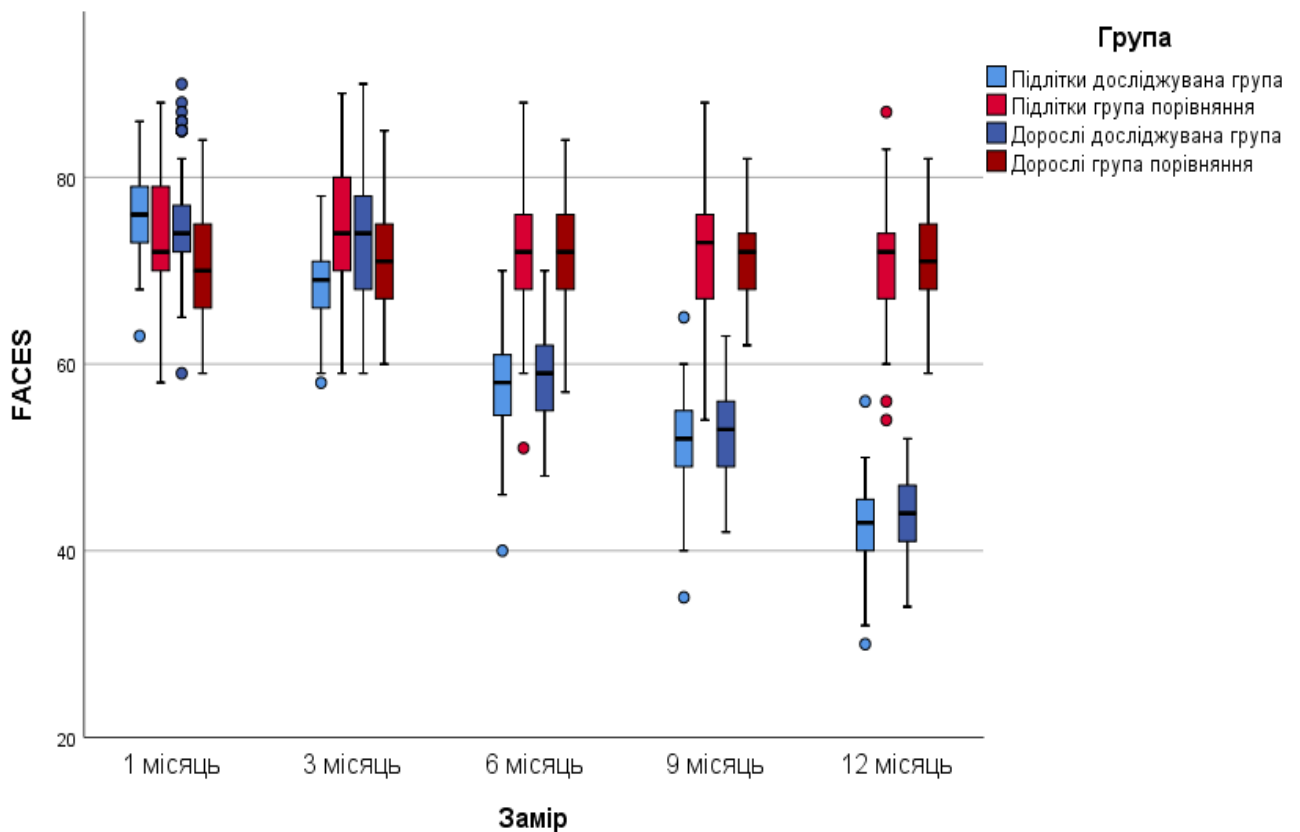
Зміна медіани мала нелінійний характер протягом різних замірів й в цілому мала діапазон лише двох балів, таку ж саму картину ми спостерігали за середньо-статистичними значеннями. Однак, протягом усього періоду з майже лінійною природою змінювався показник стандартного відхилення, який на першому місяці становив 6.191 бали, а на останньому 4.997 балів. Так, з часом, сімейне функціонування ставало все менш хаотичним, що свідчило про звичайну сімейну динаміку. Мінімальні показники на першому та останньому місяці дослідження не змінились, проте коливались протягом замірів в діапазоні 5 балів. Максимальні значення коливались у меншому діапазоні та незначно зменшились на останньому місяці (з 84 до 82 балів). Порівняння показників ДГ2 та ГП2 батьків/опікунів відображено на рис. 4.6.



**Рис. 4.6.** Зміна загального показника FACES

батьків/опікунів досліджуваної та групи порівняння у лонгітюді.

Загалом, результати ДГ та ГП (пацієнтів з НА та батьків/опікунів) за методикою FACES співпадає із результатами з DERS. Хоч ДГ1 й ГП1 пацієнтів з НА демонструють статистично значущі відмінності протягом 5 замірів, саме ДГ1 група показує найбільшу різницю в балах та за розмірами ефекту. Також, у ГП1 батьків/опікунів зміни не є статистично значущими. Так, у ДГ2 батьків/опікунів різниця середніх між замірами становить 31.55, у пацієнтів з НА 32.59. В той же час, у ГП2 баьків/опікунів ця різниця становить менше балів, у пацієнтів з НА 2.28 бали. Графічно результати обох груп відображені на рисунку 4.7.



**Рис. 4.7.** Зміна загального показника FACES дорослих та підлітків у групі порівняння й досліджуваній групах у лонгітуді

Як бачимо на рис. 4.7. показники усіх груп на першому місяці були майже на одному місці, окрім дещо менших показників у ГП2 батьків/опікунів. Однак вже з другого заміру показники ДГ1 та ГП1 починають відрізнятися між собою. При чому в ДГ1 пацієнти та їх батьки «рухалися» схожим темпом, лінійно зменшуючи показники. Зменшення показників за методикою FACES у групі пацієнтів з НА та їхніх батьків свідчить про покращення гнучкості та згуртованості сім'ї. За методикою FACES, гнучкість (вона ж адаптивність) сім'ї описується як її здатність змінювати свої структури та ролі, щоб



відповідати на різні життєві ситуації. Адаптивна сім'я може бути більш ефективною в розв'язанні проблем та подоланні викликів, що стикаються її члени, таким чином, зменшення показників за методикою FACES може свідчити про те, що сім'я набула більш ефективної адаптивності в контексті проблеми НА. Крім того, зменшення показників за методикою FACES також свідчить про зменшення хаотичності сім'ї. Згуртована сім'я є більш підтримуючою та здатною допомагати своїм членам у важкі моменти. Це також може посилити мотивацію до лікування НА та сприяє позитивному прогнозу у її усуненні.

Таким чином, ми довели що психокорекційний вплив дає статистично зміни у замірах ІМТ, показниках DERS та FACES. Хоча у деяких групах порівняння також були помічені статистично значущі зміни, за допомогою вище описаних аргументів та критеріїв ми довели, що ці зміни не транслуються на реальний світ й не відображаються якісно. При чому, серед ДГ та ГП батьки/опікуни та пацієнти з НА відобразили однакові тенденції, як щодо покращення, або ж сталості показників. Так, показник пацієнтів з ДГ1 змінився в 4 рази більше, ніж у ГП1. Однак, щоб підтвердити нашу гіпотезу, що це покращення обумовлено зміною в сімейному функціонуванні та емоційній регуляції, маємо перевірити наявність такого впливу.

#### *4.2.1 Вплив емоційної регуляції та сімейного функціонування на зміну індексу маси тіла хворих на нервову анорексію.*

Для побудови регресійної моделі ми використали значення ДГ1 пацієнтів з НА . Модель множинної лінійної регресії мала значуще значення R в квадраті 0,858 з скоригованим R в квадраті 0,817, що вказує на те, що вона враховувала

значну величину дисперсії залежної змінної, а F-критерій був високозначущим ( $p < 0,001$ ). Значення зміни квадрата R 0,610 вказує на те, що незалежні змінні в моделі пояснюють 61% дисперсії залежної змінної після врахування впливу інших незалежних змінних. Таблиця ANOVA показує, що регресійна модель є високозначною ( $F(70,244) = 21.031, p < 0,001$ ), що означає, що предиктори пояснюють велику кількість варіацій змінної результату. Значення змінних-предикторів відображені у таблиці 4.6.

*Таблиця 4.6.*

**Коефіцієнти регресії для значущих предикторів ІМТ**

<b>Предиктор</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
DERS усвідомлення	-0.338	0.040	-0.864	-8.403	<0.001
FACES Правила	0.188	0.063	0.144	3.007	0,030

*Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Beta = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.*

Предиктором з найбільшим ефектом є усвідомлення (методика DERS), воно має обернений та значущий зв'язок з ІМТ ( $b = -0.338$ ,  $p < 0,001$ ). Другим предиктором зі значним ефектом була субшкала «Правила» за методикою FACES ( $b = 0.188$ ,  $p = 0,030$ ), що мала значущий позитивний ефект на зміну ІМТ. За субшкалою «Правила» у методиці FACES відповідала лише 14 питання «Правила у нашій сім'ї можуть змінюватись». Збільшена бальна оцінка передбачала більш частий прояв цього конструкту, отже зміни правил. Таким чином, чим менш ригідними ставали правила у сім'ї пацієнтів з НА (за їх оцінкою), тим більш позитивно це впливало на збільшення їх ІМТ. Висока оцінка за шкалою правила вказує на наявність стабільного сімейного підтримуючого середовища, що зменшує вплив стресорів та сприяє

збереженню фізичного та психічного здоров'я. Отже, позитивна залежність між субшкалою правила та збільшенням ІМТ може бути зумовлена взаємозв'язком підтримки, стабільності сімейних відносин, зниженням стресових факторів та психокорекції, які сприяють відновленню фізичного та емоційного благополуччя пацієнтів з НА.

#### *4.2.2. Вплив емоційної регуляції батьків на емоційну регуляцію пацієнтів з нервовою анорексією.*

Вище ми довели, що розроблена програма психокорекції отримала позитивне вираження через збільшення ІМТ пацієнтів з НА. Ми також показали, які фактори впливають на збільшення та зменшення ІМТ у підлітків. Наступним етапом нами була перевірена гіпотезу, що залучення до програми психокорекції не тільки впливало на пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів, але й покращення емоційної регуляції батьків/опікунів впливало на покращення емоційної регуляції у пацієнтів з НА. Для цього ми також використали метод логістичної регресії з фіксованим ефектом для повторних вимірів, процедура якої була описана вище. У якості залежної змінної ми обирали загальний бал за емоційною регуляцією пацієнтів з НА.

Оскільки об'єднувати сімейні бали є некоректним з точки зору методології, нами були побудовані окремі моделі для татусів та матерів підлітків з НА. Так, регресійна модель татусів показала дуже хорошу відповідність даних з високим значенням R-квадрат 0,986 і низькою стандартною помилкою оцінки 3,206. Модель також показала значне поліпшення порівняно з нульовою моделлю, зі зміною F на 1606,535 і значенням p менше 0,001. Статистика Дурбіна-Уотсона, що дорівнює 1,779, вказувала на відсутність автокореляції в залишках. Таблиця ANOVA для

регресійної моделі показала, що модель була високозначущою ( $F(53, 181) = 249,377, p < 0,001$ ). Дані щодо предикторів відображені в таблиця 4.7.

*Таблиця 4.7*

**Коефіцієнти регресії для значущих предикторів DERS пацієнтів з НА через значення за шкалою DERS їх татусів**

Предиктор	B	SE	Beta	t	p
DERS сумарний бал	.842	.233	.766	3.612	.000
DERS чіткість	1.666	.456	.185	3.654	.000

*Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Beta = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.*

Таблиця коефіцієнтів для регресійної моделі показала, що як загальний бал DERS, так і чіткість за DERS достовірно передбачали змінну результату ( $p < 0,001$ ). Коефіцієнти регресії показали, що вищий загальний бал DERS був пов'язаний з вищою змінною результату ( $b = 0,842$ ), тоді як вища чіткість DERS була пов'язана з вищою змінною результату ( $b = 1,666$ ). Чіткість за DERS має бета-коефіцієнт 0,185, що вказує на слабший прямий зв'язок із залежною змінною. Це означає, що зі зменшенням показника чіткості DERS труднощі емоційної регуляції пацієнтів з НА також мають тенденцію до зменшення, але меншою мірою, ніж для загального показника DERS. Так, t-значення для цього коефіцієнта становить 3,654, що є значним на рівні 0,05. Значення p для цього коефіцієнта також менше 0,001, що вказує на високий рівень статистичної значущості. У контексті НА погані навички регулювання емоцій часто пов'язані з розвитком та підтримкою розладу. Пацієнти з НА можуть використовувати обмежувальну харчову поведінку та

інші дезадаптивні механізми як спосіб регулювання своїх емоцій, особливо коли їм не вистачає інших функціональних копінг-стратегій. Якщо їхні батьки мають низький показник чіткості за DERS, їм може бути важко навчити своїх дітей навичкам здорової регуляції емоцій, що може сприяти розвитку або загостренню симптомів НА.

Наступним кроком ми перевірили таку саму модель для пацієнтів з НА та їх матерів. Модель пояснила 98,7% дисперсії у змінній результату (Скоригований R-квадрат = 0,987). Відповідність моделі було значно покращено додаванням значення труднощів з емоційною регуляцією матерів як предиктора труднощів емоційної регуляції їх дітей ( $F(6,246) = 3355,635, p < 0,0001$ ). Змінений R-квадрат становив 0.847, що означає великий вплив і пояснює більшість варіацій змінної. Оцінені коефіцієнти і стандартні помилки для кожного предиктора наведені в таблиці 4.8.

*Таблиця 4.8.*

**Коефіцієнти регресії для значущих предикторів DERS підлітків через DERS їх матерів**

<b>Предиктор</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
DERS сумарний бал	.964	.201	.955	4.794	.000

*Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Бета = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.*

Ми виявили значний прямий зв'язок між загальним балом DERS у матерів та їх дітей ( $b = 0,964, SE = 0,201, \text{Бета} = 0,955, t(246) = 4,794, p < 0,001$ ). Це означає, що більш низькі рівні труднощів з емоційною регуляцією у матерів були пов'язані з меншими труднощами у їх дітей, й навпаки.

#### *4.2.3. Вплив сімейного функціонування на емоційну регуляцію пацієнтів з нервовою анорексією.*

Наступним кроком ми перевірили гіпотезу, що якість сімейного функціонування батьків/опікунів ДГ має вплив на емоційну регуляцію пацієнтів з НА. Для цього також ми звернулися до методу фіксованих логістичних регресій, процедур які були описані вище. Нижче були відображені окремі моделі для матерів та татусів пацієнтів з НА.

Скоригований R-квадрат становить 0.863, отже можемо казати, що модель не перевантажує дані, вказуючи на те, що здатність моделі пояснювати дисперсію не порушується включенням непотрібних змінних-предикторів. Відповідність моделі була статистично значущою ( $F(11, 177) = 116.076, p < 0,001$ ). Стандартна помилка оцінки становила 8.989. Значення зміни R-квадрата 0,749, вказує на те, що додавання елементів FACES батьків значно поліпшило здатність моделі пояснювати відмінності в загальних показниках DERS підлітків. Значення Дурбіна-Уотсона 2.318 свідчило про присутність незначної оберненої автокореляції в моделі, що вказує на те, що модель є надійною і здатна робити точні прогнози щодо взаємозв'язку між елементами FACES батьків та загальним показником DERS підлітків. Загальна модель була статистично значущою ( $F(57, 177) = 26.801, p < 0,001$ ), що вказує на те, що принаймні одна зі змінних-предикторів мала значний вплив на змінну відповіді і що предиктори важливі для пояснення загальних показників DERS. Коефіцієнти подані у таблиці 4.9.

Таблиця 4.9.

Коефіцієнти регресії для предикторів DERS пацієнтів з НА FACES їх батьків.

Предиктор	B	SE	Beta	t	p
Контроль	.148	.787	.010	.188	.851
Сімейна дисципліна	-.860	.742	-.050	-1.159	.248
Лідерство	-1.197	.451	-.123	-2.655	<b>.009</b>
Сімейні правила	-2.341	.795	-.120	-2.946	<b>.004</b>
Загальний показник	1.964	.301	1.068	6.525	<b>.000</b>
Прийняття рішень	-1.393	.763	-.077	-1.827	.069
Емоційний зв'язок	-.063	.532	-.006	-.119	.906
Сімейні кордони	.186	.520	.017	.358	.720
Спільні друзі	-1.018	.794	-.050	-1.282	.201
Інтереси та відпочинок	-.720	.532	-.083	-1.354	.178
Спільний час	2.334	.780	.124	2.992	<b>.003</b>

Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Beta = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.

Результати показують, що елементи FACES батьків значною мірою передбачають зміни у загальному показнику DERS пацієнтів. За методикою FACES значущими предикторами виявились: спільний час ( $b=2.334$ ,  $p=.003$ ), сімейні правила ( $b=-2.341$ ,  $p=.004$ ), загальний показник ( $b=1.964$ ,  $p<.001$ ) та лідерство ( $b=-1.197$ ,  $p=.009$ ). Таким чином ми спостерігали що для деяких змін методики FACES бета-коефіцієнти є оберненими. Це вказує на те, що більший загальний бал за шкалою FACES та більший час проведений разом були пов'язані зі збільшенням труднощів із емоційною регуляцією підлітків. Це може бути через те, що більші взаємодії в сім'ї можуть викликати більше можливостей для емоційної активації та взаємодії з різними важкими

емоціями, що, в свою чергу, може призвести до більшої потреби у регулюванні цих емоцій. Тим паче, що загальний бал інкорпорує змінні, які мають суперечливий характер (де покращенням вважається збільшення однієї змінної, проте зменшення іншої через нелінійність балів опитувальника). До покращення емоційної регуляції призводить зменшення флуктуації сімейних лідерів (отже більша стабільність) та зменшення хаотичності у зміні сімейних правил з боку батьків. Найвище значення Бета спостерігалось загального балу методики FACE ( $Beta=1.068$ ), що вказує на те, що ця змінна має найсильніший зв'язок із загальними показниками DERS підлітків. Отже, можемо стверджувати, що саме комплексний підхід до зміни сімейного функціонування поліпшувало емоційне регуляцію пацієнтів з НА.

Результати свідчать про те, що аспекти сімейного середовища, виміряні методикою FACES, мають велике значення для пацієнтів з НА. Це доводить той факт що робота над сімейними відносинами може бути важливою складовою успішного психологічного відновлення пацієнтів з НА. Коли підлітки відчувають, що їхні батьки прислуховуються до них та підтримують їх емоційно, це може допомагати їм краще регулювати свої емоції. Стабільність сімейних правил та лідерство можуть створювати в сім'ї відчуття безпеки та визначеності. Коли підлітки мають чіткі правила і лідерів, які демонструють стабільність, це може допомогти їм відчувати більшу увагу на емоційну регуляцію, оскільки вони можуть менше сумніватися в оточуючому світі.

Також само створимо модель для знаходження впливу сімейного функціонування матерів на емоційну регуляцію підлітків із нервовою анорексією й порівняємо її з моделлю батьків. Модель пояснила 95.6% дисперсії у змінній відповіді ( $R$ -квадрат = 0,956), яка була скоригована до 88%



після врахування ступенів свободи (Скоригований R-квадрат = 0,88). Відповідність моделі була статистично значущою ( $F(11, 241) = 197.467$ ,  $p < 0,001$ ). Стандартна помилка оцінки становила 8.316. Значення зміни R-квадрата 0,772, вказує на те, що додавання елементів FACES матерів значно поліпшило здатність моделі пояснювати відмінності в загальних показниках DERS підлітків. Значення Дурбіна-Уотсона 2.494 свідчить про присутність незначної оберненої автокореляції в моделі, що вказує на те, що модель є надійною і здатна робити точні прогнози щодо взаємозв'язку між елементами FACES матерів та загальним показником DERS підлітків. Загальна модель була статистично значущою ( $F(73,241) = 35,259$ ,  $p < 0,001$ ), що вказує на те, що принаймні одна зі змінних-предикторів мала значний вплив на змінну відповіді. Відповідні коефіцієнти до моделі відобразимо у таблиці 4.9.

*Таблиця 4.9*

Коефіцієнти регресії для предикторів DERS підлітків FACES їх матерів

Предиктор	B	SE	Beta	t	p
Контроль	-.375	.621	-.027	-.604	.546
Сімейна дисципліна	1.339	.669	.074	2.001	<b>.047</b>
Лідерство	-1.159	.363	-.111	-3.196	<b>.002</b>
Сімейні правила	.123	.562	.006	.219	.827
Загальний показник	1.495	.206	.826	7.240	<b>.000</b>
Прийняття рішень	-.384	.595	-.021	-.645	.520
Емоційний зв'язок	1.754	.391	.192	4.490	<b>.000</b>
Сімейні кордони	.084	.380	.007	.221	.826
Спільні друзі	-.696	.595	-.036	-1.169	.244
Інтереси та відпочинок	-.504	.342	-.055	-1.472	.142
Спільний час	-.319	.580	-.017	-.550	.583

*Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Бета = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.*

Результати логістичного регресійного аналізу показали, що загальний бал FACES був позитивним предиктором оцінки DERS ( $b = 1.495$ ,  $p < 0,001$ ), що означає, що більш високі бали по цій шкалі були пов'язані з більшими проблемами емоційної регуляції (причину такого феномену ми обговорювали вище). Іншими значущими предикторами є прийняття рішень ( $b = -.384$ ,  $p < .001$ ), лідерство ( $b = -1.159$ ,  $p = .002$ ) та сімейна дисципліна ( $b = 1.339$ ,  $p = .047$ ). Відповідно, чим рідше змінювалась роль лідера (за відповідями матерів), тим кращою ставала емоційна регуляція підлітків з НА.

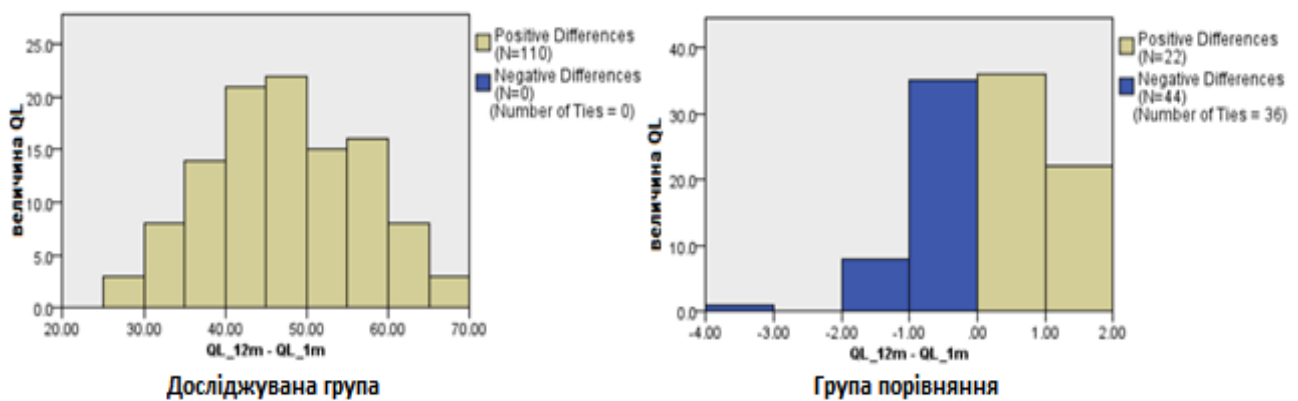
Стабільність у ролі лідера може створювати відчуття стабільності та безпеки в сімейному середовищі. Коли роль лідера змінюється рідко, це створює більш спрогнозовані обставини для підлітків, що може допомогти у вирішенні їхніх емоційних викликів. Активне залучення підлітків у обговорення негативних наслідків (покарань) може викликати більше стресу та емоційного навантаження, що може призводити до збільшення емоційної дисрегуляції.

#### *4.2.4. Вплив емоційної регуляції на якість життя батьків/опікунів.*

Наступним кроком була перевірка як емоційна регуляція (виміряна методикою DERS) впливала на якість життя батьків/опікунів пацієнтів з НА. Однак, спершу було визначено чи змінилась якість життя батьків/опікунів ДГ2 та ГП2 за 12 місяців проведення експерименту. Оскільки дані не розподілені нормально, використаємо тест Вілкоксона

Так, у ДГ2 батьків/опікунів негативних оцінок немає, що означає, що жоден із досліджуваних не мав нижчого показника QL через 12 місяців, ніж на 1 місяці. Середній ранг і сума рангів вказують на середню і загальну величину збільшення показників QL по всіх випадках. Тест Вілкоксона показав, що в ДГ2 спостерігалось значне збільшення показників якості життя від 1 місяця (M = 26.21, SD = 2.88) до 12го місяця (M = 72.99, SD = 9.29), Z = -9.105, p < 0.001.

У ГП2 результати показують, що існує 44 негативні ранги, що означає, що 44 респонденти мали нижчий показник QL через 12 місяців, ніж на 1 місяць. Є 22 позитивні ранги, що означає, що в 22 випадках показник QL за 12 місяців був вищим, ніж за 1 місяць. Також зафіксовано 36 нейтральних показника, що означає, що 36 випадків мали однаковий показник QL в обидва часові моменти. Тест Вілкоксона показав, що в ГП спостерігалось значне зниження показників якості життя з першого місяця (M = 26.75, SD = 1.45) до 12го місяця (M = 26.42, SD = 1.69), Z = -3.254, p = 0.001. Отже, хоча різниця середніх групи порівняння не є великою, порівняння рангів дозволяє глибше проаналізувати наші спостереження. Результат порівняння рангів зображено на рисунку 4.7.



**Рис. 4.7.** Різниця рангів при вимірюванні якості життя групи порівняння та досліджуваної групи

Для перевірки гіпотези про вплив ми використали метод регресії з фіксованими ефектами для повторних вимірювань, який детальніше описали вище. Він дозволяє зрозуміти те, які компоненти впливали на якість життя дорослих. Модель мала високу значущість ( $F(6, 104) = 405,273, p < 0,001$ ) і пояснювала 96,1% дисперсії в якості життя ( $R$ -квадрат = 0,961). Скоригований  $R$ -квадрат становив 0,917, що вказує на хорошу підгонку моделі. Стандартна помилка оцінки становила 7,032. Ми провели ANOVA, щоб перевірити загальну значимість моделі логістичної регресії. Результати показали, що модель була статистично значущою ( $F(115, 104) = 22,079, p < 0,001$ ), що вказує на те, що принаймні одна зі змінних-предикторів мала значний вплив. Коефіцієнти представлені у таблиці 3.30.

*Таблиця 4.10*

Коефіцієнти регресії для значущих предикторів QoL досліджуваної групи

Предиктор	B	SE	Beta	t	p
DERS сумарний бал	.964	.201	.955	4.794	.000

*Примітка: B = нестандартний коефіцієнт; SE = стандартна помилка; Бета = стандартизований коефіцієнт; T = T-значення; p = p-значення.*

Предиктивна змінна, загальний бал DERS, має статистично значущий позитивний коефіцієнт 0,964 ( $b = 0,955, p < 0,001$ ), що свідчить про те, що вищі загальні бали DERS пов'язані з більшим показником якості життя у ДГ.

Відсутність зміни якості життя у ГП2 також підтверджується тим, що модель, яка була побудована на цій групі не була статистично значущою ( $F(6,$

96) = 1,328,  $p = 0,252$ ), що вказує на те, що жоден предиктор не мав суттєвого впливу на змінну відповіді.

#### **Висновки до частини 4.**

- 1) Застосування удосконаленої програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів значно покращило труднощі з емоційної регуляції пацієнтів з НА ( $p < 0.005$ ) у досліджуваній групі, натомість у групі порівняння хоча й спостерігалось покращення емоційної регуляції серед пацієнтів з НА ( $p = 0.021$ ), проте, ці покращення, як й рівень значущості, свідчили про значно менші зміни, ніж у досліджуваній вибірці, й відсутність будь якого покращення серед їх батьків/опікунів.
- 2) Застосування удосконаленої програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів значно покращило рівень сімейного функціонування за показниками пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів ( $p < 0.001$ ) у групі дослідження, натомість в групі порівняння у пацієнтів з НА хоча і фіксувалася статистично значуща різниця між початком та завершенням дослідження проте отриманні результати засвідчували дуже низький або майже відсутній розмір впливу ефекту. Серед батьків/опікунів пацієнтів з НА в групі порівняння не фіксувалися зміни сімейного функціонування протягом дослідження ( $p=0.402$ ).
- 3) Застосування удосконаленої програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів значно вплинула на покращення ІМТ пацієнтів з НА в досліджуваній групі (середнє значення ІМТ підлітків мали статистичні зміни протягом 5 замірів до показників норми ( $p < .0005$ )), в групі порівняння ІМТ також зазнавав

змін, проте якісний аналіз отриманих результатів засвідчив не значне покращення ІМТ у групі порівняння. Група порівняння як й група дослідження, мали статистичну значущу різницю між кожним з місяців заміру, проте, у групі порівняння середньо-статистична різниця між різними замірами ніколи не виходила за кордони від 1 до -1, в той час як у досліджуваній групі найбільшим значенням було 3.851 (відмінність між першим та останнім заміром).

- 4) Було доведено, що чим менш ригідними ставали правила у сім'ях пацієнтів з НА, тим більш позитивно це впливало на збільшення ІМТ ( $b = 0.188$ ,  $p = 0,030$ ).
- 5) Застосування удосконаленої програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів значно покращило рівень якості життя батьків/опікунів пацієнтів з НА в досліджуваній групі ( $p < 0.001$ ) чого не спостерігалось у групі порівняння.

## ВИСНОВКИ

В даному дисертаційному дослідженні наведено теоретичне обґрунтування та запропоновано нове практичне розв'язання актуальної наукової задачі, яка поглиблює знання про особливості психоемоційного статусу пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в контексті сімейних відносин та покращено ефективність медико-психологічного супроводу даної категорії пацієнтів шляхом удосконалення комплексу психокорекційних заходів.

1. Емпіричним шляхом було виявлено особливості психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією, а саме наявність порушеної емоційної регуляції, субклінічні рівні тривоги та депресії, високі рівні алекситимії. Таким чином, було підтверджено ряд припущень щодо наявності порушення психо-емоційного статусу батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією, що висловлювалися в останніх теоретичних моделях нервової анорексії.
2. Встановлено що батьки/опікуни пацієнтів з нервовою анорексією маючи труднощі з регулюванням своїх емоцій, були схильні до меншої згуртованості в сім'ї, не мали позитивних емоційних зв'язків з членами сім'ї, спільних інтересів та дружніх відносин. Чим складніше їм було регулювати свій емоційний стан, тим менше вони приймали свої емоційні реакції, тим складніше їм було підтримувати поведінку, спрямовану на досягнення цілей та тим менш зрозумілими для них були власні емоції і тим менш гнучкими були типи сімейних систем.
3. Наявність складнощів в контролі своїх емоцій у пацієнтів з нервовою анорексією також впливало на їх емоційні зв'язки з членами сім'ї. Це узгоджувалося з неможливістю оцінювати свої сім'ї як згуртовані та

мати бажання проводити час разом. Додатково було встановлено що чим менш гнучкою була сімейна система, тим складніше пацієнтам з нервовою анорексією було регулювати свої емоції.

4. Було встановлено, що наявність порушення емоційної регуляції у матерів пацієнтів з нервовою анорексією було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією. Таким чином було підтверджено той факт, що більш низькі рівні труднощів з емоційною регуляцією у матерів пацієнтів з нервовою анорексією були асоційовані з меншими труднощами емоційної регуляції у їх дітей.
5. Емпіричним шляхом було встановлено, що сім'ї пацієнтів з нервовою анорексією мали дисфункціональний тип сімейної системи (сімейна згуртованість відповідала роз'єданому типу сімейних стосунків, а показник адаптації належав до хаотичного типу).
6. Емпірично було доведено що порушене сімейне функціонування було предиктором порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією та асоційоване з низькими показниками індексу маси тіла. Встановлено, що стабільність сімейних правил та лідерство батьків сприяло кращій емоційній регуляції пацієнтів з нервовою анорексією, оскільки створювало відчуття безпеки та визначеності в сім'ї. Проте збільшений проведений час разом асоціювався з більшими складнощами в емоційній регуляції пацієнтів з нервовою анорексією. Стабільність у ролі лідера створювало відчуття безпеки в сімейному середовищі. Коли роль лідера змінювалася рідко, це сприяло створенню прогнозованого середовища для пацієнтів з нервовою анорексією, що допомагало у вирішенні емоційних викликів.
7. Встановлено, що рівень емоційної регуляції батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією та тип сімейного функціонування є значущими



предикторами підтримки нервової анорексії, шляхом впливу на емоційну регуляцію пацієнтів, яка в свою чергу має значущий вплив на покращення індексу маси тіла, що дозволило науково обґрунтувати їх використання як мішеней психокорекційного впливу.

8. Емпірично встановлено що пацієнти з нервовою анорексією та їх батьки/опікуни мали порушення прихильності, а саме стурбовано/тривожний та нерішучо/дезорганізований стилі прихильності.
9. На основі комплексного аналізу встановлено, що сучасні програми психокорекції не враховують значущість впливу психо-емоційного статусу батьків/опікунів на ефективність лікування нервової анорексії. Найбільш ефективні з проаналізованих програм було обрано як прототипи та на їх основі удосконалено комплекс медико-психологічних втручань під час сімейно-орієнтованої та індивідуальної психокорекційної роботи з пацієнтами з нервовою анорексією та їхніми батьками/опікунами, які й увішли до розробленої програми.
10. Емпірично доведено цінність змін емоційної регуляції пацієнтів з нервовою анорексією за рахунок змін емоційної регуляції батьків/опікунів щодо відновлення індексу маси тіла до показників норми та збереження цих показників, завдяки залучення їх до розробленої програми психокорекції. Отже, результати дослідження дають впевненість у тому, що розроблена програма психокорекції не завдає шкоди пацієнтам і не зменшує впливу стандартного лікування нервової анорексії.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для складання оптимальної схеми діагностичних та психокорекційних заходів для підлітків хворих НА рекомендовано врахувати психоемоційний статус їх батьків/опікунів, проводити їм психодіагностичне тестування та оцінювати зміни в динаміці лікування.
2. Під час динамічного спостереження за пацієнтами з НА в ході психокорекційного лікування в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів рекомендовано враховувати, що ефективний процес лікування пов'язаний зі зміною порушень психоемоційного стану батьків/опікунів та наявності порушень в сімейному функціонуванні. Врахування цих зв'язків дозволяє підбирати більш ефективні та доцільні схеми лікування.
3. Доцільне використання розробленої програми психокорекції НА в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків/опікунів в схемах надання медико-психологічної допомоги хворим НА на стаціонарному та амбулаторному етапах курації.
4. Пропонується використовувати представлені у дослідженні математичні моделі побудови прогнозу зміни НА в клінічних умовах під впливом різних значущих факторів, зокрема терапії та реабілітації для розрахунку медичного економічного та соціального ефекту лікування такої категорії пацієнтів.

Основні положення дисертації можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів, інтернів та аспірантів,

що навчаються за спеціальністю «Медична психологія», а також в клінічній практиці лікарів-психологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики та педіатрів

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Scharner, S., & Stengel, A. (2019). Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 22-32.
2. Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-12.
3. Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 97-104.
4. Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
5. Amianto, F. (2015). Psychopathology of Eating Disorders According to Neurobiology of Attachment: An Instrument to Overcome Resistances to Treatment?. *Acta Psychopathologica*, 1(1), 1-3.
6. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230(2), 294-299.
7. Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
8. Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, 64(2), 399-410.

9. Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia nervosa and a lost emotional self: a psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Frontiers in psychology, 10*, 219.
10. Savalli, C., & Mariti, C. (2020). Would the dog be a person's child or best friend? Revisiting the dog-tutor attachment. *Frontiers in Psychology, 11*, 576713.
11. Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *Bmc Psychology, 4*(1), 1-10.
12. Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management, 305-312*.
13. Blanco, M., Sepulveda, A. R., Lacruz, T., Parks, M., Real, B., Martin-Peinador, Y., & Roman, F. J. (2017). Examining maternal psychopathology, family functioning and coping skills in childhood obesity: A case–control study. *European Eating Disorders Review, 25*(5), 359-365.
14. Mariani, R., Marini, I., Di Trani, M., Catena, C., Patino, F., Riccioni, R., & Pasquini, M. (2022). Emotional dysregulation and linguistic patterns as a defining feature of patients in the acute phase of anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27*(8), 3267-3277.
15. Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and psychosomatics, 86*(1), 13-30..

16. Gavrilenko A. Nevroticheskaya anoreksiya (psyhoanaliticheskii vzglyad). Choloviche zdorovya, genderna ta psyhosomaticzna medicina . 2016; 2:16–20.
17. Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders- results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
- 18.. Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., ... & Epelbaum, J. (2016). New insights in anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 256.
19. Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia nervosa and a lost emotional self: a psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Frontiers in psychology*, 10, 219.
20. Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in psychology*, 7, 849.
21. Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 305-312.
22. Lecomte, A., Zerrouk, A., Sibeoni, J., Khan, S., Revah-Levy, A., & Lachal, J. (2019). The role of food in family relationships amongst adolescents with bulimia nervosa: A qualitative study using photo-elicitation. *Appetite*, 141, 104305.
23. Scharner, S., & Stengel, A. (2019). Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 22-32.
24. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating

- disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230(2), 294-299.
25. Seidel, M., King, J. A., Ritschel, F., Boehm, I., Geisler, D., Bernardoni, F., ... & Ehrlich, S. (2018). The real-life costs of emotion regulation in anorexia nervosa: a combined ecological momentary assessment and fMRI study. *Translational psychiatry*, 8(1), 28.
  26. Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83-95.
  27. Kreiter, A. A. (2019). *Emotion Regulation in Adolescent Anorexia Nervosa: A Contextual View*. Palo Alto University.
  28. Talia, A., Miller-Bottome, M., Wyner, R., Lilliengren, P., & Bate, J. (2019). Patients' Adult Attachment Interview classification and their experience of the therapeutic relationship: are they associated?. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2).
  29. Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
  30. Henderson, M., Bould, H., Flouri, E., Harrison, A., Lewis, G., Lewis, G., ... & Solmi, F. (2021). Association of emotion regulation trajectories in childhood with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in early adolescence. *JAMA psychiatry*, 78(11), 1249-1257
  31. Brückner, K., Emberger-Klein, A., & Menrad, K. (2023). The Role of Emotions in Food-Related Decision-Making: A Choice-Based Conjoint Analysis of Yogurt Preferences. *Journal of Food Products Marketing*, 1-20.
  32. Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms

- over the year following intensive treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 785.
33. Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 785.
34. Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122.
35. Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83-95.
36. Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 785.
37. Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia nervosa and a lost emotional self: a psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Frontiers in psychology*, 10, 219.
38. Monteleone, A. M., Mereu, A., Cascino, G., Criscuolo, M., Castiglioni, M. C., Pellegrino, F., ... & Zanna, V. (2019). Re-conceptualization of anorexia nervosa psychopathology: A network analysis study in adolescents with short duration of the illness. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1263-1273.



39. Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., & Sfarlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders, 10*(1), 143.
40. Simon, J. J., Stopyra, M. A., & Friederich, H. C. (2019). Neural processing of disorder-related stimuli in patients with anorexia nervosa: a narrative review of brain imaging studies. *Journal of clinical medicine, 8*(7), 1047.
41. Cardi, V., Mallorqui-Bague, N., Albano, G., Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F., & Treasure, J. (2018). Social difficulties as risk and maintaining factors in anorexia nervosa: a mixed-method investigation. *Frontiers in Psychiatry, 12*.
42. Monteleone, A. M., Cascino, G., Martini, M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Delsedime, N., ... & Marzola, E. (2021). Confidence in one-self and confidence in one's own body: The revival of an old paradigm for anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(4), 818-827.
43. Turton, R., Cardi, V., Treasure, J., & Hirsch, C. R. (2018). Modifying a negative interpretation bias for ambiguous social scenarios that depict the risk of rejection in women with anorexia nervosa. *Journal of affective disorders, 227*, 705-712.
44. Jewell, T., Herle, M., Serpell, L., Eivors, A., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2023). Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(7), 1241-1251.
45. García-Anaya, M., Caballero-Romo, A., & González-Macías, L. (2022). Parent-Focused Psychotherapy for the Preventive Management of Chronicity in Anorexia Nervosa: A Case Series. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(15), 9522.

46. O'Connell, L. (2023). Being and doing anorexia nervosa: an autoethnography of diagnostic identity and performance of illness. *Health, 27*(2), 263-278.
47. O'Connell, L. (2023). Being and doing anorexia nervosa: an autoethnography of diagnostic identity and performance of illness. *Health, 27*(2), 263-278.
48. García-Anaya, M., Caballero-Romo, A., & González-Macías, L. (2022). Maintaining Factors of Anorexia Nervosa Addressed from a Psychotherapeutic Group for Parents: Supplementary Report of a Patient's Therapeutic Success. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), 11396.
49. González-Macías, L., Caballero-Romo, A., & García-Anaya, M. (2021). Group family psychotherapy during relapse. Case report of a novel intervention for severe and enduring anorexia nervosa. *Salud mental, 44*(1), 31-37.
50. Hildebrandt, T., Schulz, K., Fleysher, L., Griffen, T., Heywood, A., & Sysko, R. (2018). Development of a methodology to combine fMRI and EMG to measure emotional responses in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 51*(7), 722-729.
51. Garcia-Gil, M., Ceccarini, M. R., Stoppini, F., Cataldi, S., Mazzeschi, C., Delvecchio, E., ... & Gizzi, G. (2022). Brain and gut microbiota disorders in the psychopathology of anorexia nervosa. *Translational Neuroscience, 13*(1), 516-526.
52. De Giacomi, E. (2019). *Eating disorders and living with the "Critical Voice"* (Doctoral dissertation, City, University of London).

53. Humbel, N. (2019). A Multidimensional Approach to the Relationship between Emotion Regulation Difficulties and Eating Disorder Psychopathology.
54. Matytsina-Quinlan, L., Greydanus, D. E., Babenko-Sorocopud, I. V., & Gwatkin, L. (2022). Anorexia nervosa in adolescence: International perspectives on medical and psychological assessment and management. *Journal of Alternative Medicine Research, 14*(2), 165-179.
55. Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in psychology, 7*, 849.
56. Esposito, R., Cieri, F., di Giannantonio, M., & Tartaro, A. (2018). The role of body image and self-perception in anorexia nervosa: The neuroimaging perspective. *Journal of neuropsychology, 12*(1), 41-52.
57. Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2021). The revolting body: Self-disgust as a key factor in anorexia nervosa. *Current Opinion in Psychology, 41*, 78-83.
58. Williams, K., King, J., & Fox, J. R. (2016). Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 89*(2), 211-228.
59. Pollatos, O., Herbert, B. M., Berberich, G., Zaudig, M., Krauseneck, T., & Tsakiris, M. (2016). Atypical self-focus effect on interoceptive accuracy in anorexia nervosa. *Frontiers in human neuroscience, 10*, 484.
60. Phillipou, A., Abel, L. A., Castle, D. J., Hughes, M. E., Gurvich, C., Nibbs, R. G., & Rossell, S. L. (2015). Self perception and facial emotion perception of others in anorexia nervosa. *Frontiers in psychology, 6*, 1181.

61. Kaestner, D., Loewe, B., & Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(2), 101-116.
62. Sagiv, E., & Gvion, Y. (2020). A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa. *Comprehensive psychiatry*, *96*, 152142.
63. Sadeh-Sharvit, S., Arnow, K. D., Osipov, L., Lock, J. D., Jo, B., Pajarito, S., ... & Agras, W. S. (2018). Are parental self-efficacy and family flexibility mediators of treatment for anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(3), 275-280.
64. Mölbert, S. C., Thaler, A., Mohler, B. J., Streuber, S., Romero, J., Black, M. J., ... & Giel, K. E. (2018). Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted. *Psychological medicine*, *48*(4), 642-653.
65. Tchanturia, K., Doris, E., Mountford, V., & Fleming, C. (2015). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-6.
66. Panero, M., Longo, P., De Bacco, C., Abbate-Daga, G., & Martini, M. (2022). Shame, guilt, and self-consciousness in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(22), 6683.
67. Dalton, B., Foerde, K., Bartholdy, S., McClelland, J., Kekic, M., Grycuk, L., ... & Steinglass, J. E. (2020). The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on food choice-related self-control in patients with severe, enduring anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(8), 1326-1336.

68. Riva, G. (2016). Neurobiology of anorexia nervosa: serotonin dysfunctions link self-starvation with body image disturbances through an impaired body memory. *Frontiers in human neuroscience*, *10*, 600.
69. Cazzato, V., Mian, E., Mele, S., Tognana, G., Todisco, P., & Urgesi, C. (2016). The effects of body exposure on self-body image and esthetic appreciation in anorexia nervosa. *Experimental brain research*, *234*, 695-709.
70. Matthews, A., Peterson, C. M., Peugh, J., & Mitan, L. (2019). An intensive family-based treatment guided intervention for medically hospitalized youth with anorexia nervosa: Parental self-efficacy and weight-related outcomes. *European Eating Disorders Review*, *27*(1), 67-75.
71. Lang, K., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2015). Acceptability and feasibility of self-help cognitive remediation therapy for anorexia nervosa delivered in collaboration with carers: a qualitative preliminary evaluation study. *Psychiatry Research*, *225*(3), 387-394.
72. Herbrich, L. R., Kappel, V., Winter, S. M., & van Noort, B. M. (2019). Executive functioning in adolescent anorexia nervosa: Neuropsychology versus self-and parental-report. *Child Neuropsychology*, *25*(6), 816-835.
73. Boucher, K., Côté, M., Gagnon-Girouard, M. P., Ratté, C., & Bégin, C. (2018). Eating pathology among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa: the role of narcissism and self-esteem. *The Journal of nervous and mental disease*, *206*(10), 776-782.
74. Albano, G., Cardi, V., Kivlighan Jr, D. M., Ambwani, S., Treasure, J., & Lo Coco, G. (2021). The relationship between working alliance with peer mentors and eating psychopathology in a digital 6-week guided self-help intervention for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(8), 1519-1526.

75. Hannon, J., Eunson, L., & Munro, C. (2017). The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa. *Eating disorders*, 25(4), 279-296.
76. Goldner, E. M., & Birmingham, C. L. (2019). Anorexia nervosa: Methods of treatment. In *Understanding eating disorders* (pp. 135-157). Taylor & Francis.
77. Haynos, A. F., Berg, K. C., Cao, L., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Utzinger, L. M., ... & Crow, S. J. (2017). Trajectories of higher-and lower-order dimensions of negative and positive affect relative to restrictive eating in anorexia nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 126(5), 495.
78. Rienecke, R. D., Lebow, J., Lock, J., & Le Grange, D. (2017). Family profiles of expressed emotion in adolescent patients with anorexia nervosa and their parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 428-436.
79. Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 305-312.
80. Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017). Female adolescents with eating disorders, parental psychopathological risk and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 28-39.
81. Lebow, J., Sim, L., Crosby, R. D., Goldschmidt, A. B., Le Grange, D., & Accurso, E. C. (2019). Weight gain trajectories during outpatient family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 88-94.
82. Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment

- representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 319-327.
83. Cook-Darzens, S., & Duclos, J. (2022). Development and implementation of a relationship-focused outpatient multifamily program for adolescent anorexia nervosa. *Family Process*.
84. Timko, C. A., Bhattacharya, A., Fitzpatrick, K. K., Howe, H., Rodriguez, D., Mears, C., ... & Peebles, R. (2021). The shifting perspectives study protocol: Cognitive remediation therapy as an adjunctive treatment to family based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary clinical trials*, 103, 106313.
85. Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2021). The patterns of family genetic risk scores for eleven major psychiatric and substance use disorders in a Swedish national sample. *Translational Psychiatry*, 11(1), 326.
86. Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., & Nevoen, L. (2020). Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(8), 1011-1025.
87. Rienecke, R. D., Richmond, R., & Lebow, J. (2016). Therapeutic alliance, expressed emotion, and treatment outcome for anorexia nervosa in a family-based partial hospitalization program. *Eating behaviors*, 22, 124-128.
88. Murray, S. B., & LESLIE KARWOSKI ANDERSON, R. O. X. A. N. N. E. (2016). Adapting family-based treatment for adolescent anorexia nervosa across higher levels of patient care. In *Innovations in Family Therapy for Eating Disorders* (pp. 29-40). Routledge.

89. Laghi, F., Pompili, S., Zanna, V., Castiglioni, M. C., Criscuolo, M., Chianello, I., ... & Baiocco, R. (2017). How adolescents with anorexia nervosa and their parents perceive family functioning?. *Journal of Health Psychology, 22*(2), 197-207.
90. Balottin, L., Mannarini, S., Mensi, M. M., Chiappedi, M., & Balottin, U. (2018). Are family relations connected to the quality of the outcome in adolescent anorexia nervosa? An observational study with the Lausanne Trilogue Play. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(6), 785-796.
91. Accurso, E. C., Astrachan-Fletcher, E., O'Brien, S., McClanahan, S. F., & Le Grange, D. (2018). Adaptation and implementation of family-based treatment enhanced with dialectical behavior therapy skills for anorexia nervosa in community-based specialist clinics. *Eating disorders, 26*(2), 149-163.
92. Pezard, L., Doba, K., Lesne, A., & Nandrino, J. L. (2017). Quantifying the dynamics of emotional expressions in family therapy of patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 253*, 49-57.
93. Stefanini, M. C., Troiani, M. R., Caselli, M., Dirindelli, P., Lucarelli, S., Caini, S., & Martinetti, M. G. (2019). Living with someone with an eating disorder: factors affecting the caregivers' burden. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24*, 1209-1214.
94. Damiano, S. R., Reece, J. E., Reid, S., Atkins, L., & Patton, G. (2015). Empirically derived subtypes of full and subthreshold anorexia nervosa in adolescent females: understanding general psychopathology and treatment implications. *Eating disorders, 23*(3), 223-241.
95. Dimitropoulos, G., Landers, A. L., Freeman, V., Novick, J., Garber, A., & Le Grange, D. (2018). Open trial of family-based treatment of anorexia



- nervosa for transition age youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 50.
96. Del Casale, A., Adriani, B., Modesti, M. N., Virzì, S., Parmigiani, G., Vento, A. E., & Speranza, A. M. (2022). Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. *Current Psychology*, 1-9.
97. Criscuolo, M., Laghi, F., Mazzoni, S., Castiglioni, M. C., Vicari, S., & Zanna, V. (2020). How do families of adolescents with anorexia nervosa coordinate parenting?. *Journal of Child and Family Studies*, 29(9), 2542-2551.
98. Balottin, L., Mannarini, S., Mensi, M. M., Chiappedi, M., & Balottin, U. (2018). Are family relations connected to the quality of the outcome in adolescent anorexia nervosa? An observational study with the Lausanne Trilogue Play. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 785-796.
99. Giles, E. M., Cross, A. S., Matthews, R. V., & Lacey, J. H. (2021). Disturbed families or families disturbed: a reconsideration. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-9.
100. Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P., ... & Zanna, V. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, Systems, & Health*, 38(2), 151.
101. Waller, G., & Calam, R. (2019). Parenting and family factors in eating problems. In *Understanding eating disorders* (pp. 61-76). Taylor & Francis.
102. Coci, C., Provenzi, L., De Giorgis, V., Borgatti, R., Chiappedi, M., Mensi, M. M., & Mondino Foundation Eating Disorders Clinical and Research Group. (2022). Family Dysfunctional Interactive Patterns and Alexithymia in Adolescent Patients with Restrictive Eating Disorders. *Children*, 9(7), 1038.

103. González-Macías, L., Caballero-Romo, A., & García-Anaya, M. (2021). Group family psychotherapy during relapse. Case report of a novel intervention for severe and enduring anorexia nervosa. *Salud mental*, 44(1), 31-37.
104. Lock, J., Robinson, A., Sadeh-Sharvit, S., Rosania, K., Osipov, L., Kirz, N., ... & Utzinger, L. (2019). Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 439-446.
105. Lenhart, L., Gander, M., Steiger, R., Dabkowska-Mika, A., Mangesius, S., Haid-Stecher, N., ... & Gizewski, E. R. (2022). Attachment status is associated with grey matter recovery in adolescent anorexia nervosa: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Neuroscience*, 55(5), 1373-1387.
106. Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 894-906.
107. Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 177-184
108. Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2016). A controlled study of attachment representations and emotion regulation in female adolescents with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(1).
109. Katznelson, H., Daniel, S. I., Poulsen, S., Lunn, S., Buhl-Nielsen, B., & Sjögren, J. M. (2021). Disturbances in the experiences of embodiment

- related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1-10.
110. D'Onofrio, E., Pace, C. S., & Cavanna, D. (2015). Qualitative research in adolescent psychotherapy: attachment and reflective functioning as psychotherapy's outcomes of an adolescent with anorexia nervosa. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2).
  111. Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Ong, S. H., Vatter, S., Le, A., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 85.
  112. Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 319-327.
  113. Nalbant, K., Kalayci, B. M., & Akdemir, D. (2020). Attachment security and perceived expressed emotion in adolescents with anorexia nervosa. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 31(1), 22.
  114. Treasure, J., & Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 years on from Hilde Bruch's foundation lecture?. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147.
  115. Keating, C., Castle, D. J., Newton, R., Huang, C., & Rossell, S. L. (2016). Attachment insecurity predicts punishment sensitivity in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 793-798.
  116. Kuipers, G. S. (2018). Attachment and mentalization in anorexia nervosa and bulimia nervosa (Doctoral dissertation, Tilburg University).

117. Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology*, 25, 59-64.
118. Monteleone, A. M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Fico, G., Pellegrino, F., Castellini, G., ... & Maj, M. (2018). Insecure attachment and hypothalamus-pituitary-adrenal axis functioning in people with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 80(8), 710-716.
119. Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., & Touyz, S. (2017). How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa?. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-9.
120. Jewell, T., Herle, M., Serpell, L., Eivors, A., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2020). (Post-print) Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa.
121. Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., & Sfarlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 10(1), 143.
122. Nalbant, K., Kalaycı, B. M., Akdemir, D., Akgül, S., & Kanbur, N. (2019). Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 825-834.
123. Datta, N., Foukal, M., Erwin, S., Hopkins, H., Tchanturia, K., & Zucker, N. (2021). A mixed-methods approach to conceptualizing friendships in anorexia nervosa. *Plos one*, 16(9), e0254110.
124. Mannarini, S., & Kleinbub, J. R. (2022). Parental-bonding and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa, their parents, and siblings. *Behavioral Sciences*, 12(5), 123.

125. Kuipers, G. S., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. J. (2020). Attachment, mentalization and autonomy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 62(2), 148-156.
126. Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., ... & Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2), 175-191.
127. Nalbant, K., Kalaycı, B. M., Akdemir, D., Akgül, S., & Kanbur, N. (2019). Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 825-834.
128. Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., Horczak, P., & Vervaet, M. (2021). Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 109, 152262.
129. Sfarlea, A., Dehning, S., Keller, L. K., & Schulte-Körne, G. (2019). Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-9.
130. Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2018). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 785.
131. Doba, K., Pezard, L., Lesne, A., Vignau, J., Christophe, V., & Nandrino, J. L. (2017). Dynamics of emotional expression in autobiographic speech of patients with anorexia nervosa. *Psychological Reports*, 101(1), 237-249.

132. Fox, J. R. (2019). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 276-302.
133. Gramaglia, C., Ressico, F., Gambaro, E., Palazzolo, A., Mazzarino, M., Bert, F., ... & Zeppegno, P. (2016). Alexithymia, empathy, emotion identification and social inference in anorexia nervosa: A case-control study. *Eating Behaviors*, 22, 46-50.
134. Gramaglia, C., Gambaro, E., & Zeppegno, P. (2020). Alexithymia and treatment outcome in anorexia nervosa: a scoping review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 991.
135. Djamila, H. (2023). Depressive personality dimensions and alexithymia in anorexia nervosa.
136. Mannarini, S., & Kleinbub, J. R. (2022). Parental-bonding and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa, their parents, and siblings. *Behavioral Sciences*, 12(5), 123.
137. Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P., ... & Zanna, V. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, Systems, & Health*, 38(2), 151.
138. Mensi, M. M., Balottin, L., Rogantini, C., Orlandi, M., Galvani, M., Figini, S., ... & Balottin, U. (2020). Focus on family functioning in anorexia nervosa: New perspectives using the Lausanne Trilogue Play. *Psychiatry Research*, 288, 112968.
139. Mensi, M. M., Orlandi, M., Rogantini, C., Provenzi, L., Chiappedi, M., Criscuolo, M., ... & Borgatti, R. (2021). Assessing Family Functioning Before and After an Integrated Multidisciplinary Family Treatment for

- Adolescents With Restrictive Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 653047.
140. Mensi, M. M., Orlandi, M., Rogantini, C., Provenzi, L., Chiappedi, M., Criscuolo, M., ... & Borgatti, R. (2021). Assessing Family Functioning Before and After an Integrated Multidisciplinary Family Treatment for Adolescents With Restrictive Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 653047.
141. Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
142. Criscuolo, M., Marchetto, C., Buzzonetti, A., Castiglioni, M. C., Cereser, L., Salvo, P., & Zanna, V. (2022). Parental Emotional Availability and Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa Subtypes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 68.
143. Williams, L. T., Wood, C., & Plath, D. (2020). Parents' experiences of family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Australian Social Work*, 73(4), 408-419.
144. Nilsen, J. V., Hage, T. W., Rø, Ø., Halvorsen, I., & Oddli, H. W. (2019). Minding the adolescent in family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study of former inpatients' views on treatment collaboration and staff behaviors. *BMC psychology*, 7, 1-10.
145. Matheson, B. E., Datta, N., Welch, H., Citron, K., Couturier, J., & Lock, J. D. (2022). Parent and clinician perspectives on virtual guided self-help family-based treatment (GSH-FBT) for adolescents with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 27(7), 2583-2593.

146. Nilsen, J. V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W., & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-14.
147. Baumas, V., Zebdi, R., Julien-Sweerts, S., Carrot, B., Godart, N., Minier, L., & Rigal, N. (2021). Patients and parents' experience of multi-family therapy for anorexia nervosa: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 584565.
148. McDonald, S., Williams, A. J., Barr, P., McNamara, N., & Marriott, M. (2021). Service user and eating disorder therapist views on anorexia nervosa recovery criteria. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 721-736.
149. Pereira Santos, P. J., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Narrative Therapy as an innovative approach to Anorexia Nervosa treatment: a literature review. *Journal of Poetry Therapy*, 1-14.
150. Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Rø, Ø., Burger, L. M., & Røssberg, J. I. (2020). Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *Journal of eating disorders*, 8(1), 1-11.
151. Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B., & Gumz, A. (2021). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: a qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-11.
152. Lev Ari, H. S., Gur, E., Lotan-Wohl, M., Bernstein, Z. L., & Tuval-Mashiach, R. (2023). Facilitators and obstacles to therapeutic alliance among patients with anorexia nervosa: A qualitative dyadic research. *Counselling and Psychotherapy Research*.



153. Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L., & Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European Eating Disorders Review, 18*(4), 260-270.
154. Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clinical psychology review, 18*(4), 447-475.
155. Zerwas, S., Lund, B. C., Von Holle, A., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Brandt, H., ... & Bulik, C. M. (2013). Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *Journal of psychiatric research, 47*(7), 972-979.
156. Broomfield, C., Stedal, K., Touyz, S., & Rhodes, P. (2017). Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. *International Journal of Eating Disorders, 50*(6), 611-623.
157. Lock, J. (2019). Updates on treatments for adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 28*(4), 523-535.
158. Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients, 13*(4), 1265.
159. Hagan, K. E., Matheson, B. E., Datta, N., L'Insalata, A. M., Onipede, Z. A., Gorrell, S., ... & Lock, J. D. (2023). Understanding outcomes in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a network approach. *Psychological Medicine, 53*(2), 396-407.
160. Herpertz-Dahlmann, B., Borzikowsky, C., Altdorf, S., Heider, K., Dempfle, A., & Dahmen, B. (2021). 'Therapists in action'—Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment. *European Eating Disorders Review, 29*(3), 427-442.

161. Monteleone, A. M., Cascino, G., Salerno, L., Schmidt, U., Micali, N., Cardi, V., & Treasure, J. (2023). A network analysis in adolescent anorexia nervosa exploring the connection between both patient and carer reactions and outcome. *European Eating Disorders Review*, *31*(1), 65-75.
162. Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., & Nevonen, L. (2020). Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, *30*(8), 1011-1025.
163. Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients*, *13*(4), 1265.
164. Williams, L. T., Wood, C., & Plath, D. (2020). Parents' experiences of family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Australian Social Work*, *73*(4), 408-419.
165. Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S., & Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *271*, 484-501.
166. Coopey, E., & Johnson, G. (2022). Exploring the experience of young people receiving treatment for an eating disorder: family therapy for anorexia nervosa and multi-family therapy in an inpatient setting. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 1-10.
167. Freizinger, M., Recto, M., Jhe, G., & Lin, J. (2022). Atypical anorexia in youth: cautiously bridging the treatment gap. *Children*, *9*(6), 837.
168. Duzyk, M. (2022). Understanding Perceptions of Social Eating During Lunch for Adolescents with Anorexia Nervosa: An Instrumental Case Study.

169. L'Insalata, A., Trainor, C., Bohon, C., Mondal, S., Le Grange, D., & Lock, J. (2020). Confirming the efficacy of an adaptive component to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 41.
170. Le Grange, D., Pradel, M., Pogos, D., Yeo, M., Hughes, E. K., Tompson, A., ... & Sawyer, S. M. (2021). Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: outcomes of a stepped-care model. *International Journal of Eating Disorders, 54*(11), 1989-1997
171. Wallin, U., & Saha, S. (2020). Implementation of key components of evidence-based family therapy for eating disorders in child and adolescent psychiatric outpatient care. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 59.
172. Dimitropoulos, G., Lock, J. D., Agras, W. S., Brandt, H., Halmi, K. A., Jo, B., ... & Woodside, D. B. (2020). Therapist adherence to family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A multi-site exploratory study. *European Eating Disorders Review, 28*(1), 55-65.
173. Baudinet, J., Simic, M., & Eisler, I. (2022). From treatment models to manuals: maudsley single-and multi-family therapy for adolescent eating disorders. In *Handbook of Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals: Integrating Research, Practice, and Training* (pp. 349-372). Cham: Springer International Publishing.
174. Couturier, J., Pellegrini, D., Grennan, L., Nicula, M., Miller, C., Agar, P., ... & Lock, J. (2022). A qualitative evaluation of team and family perceptions of family-based treatment delivered by videoconferencing (FBT-V) for adolescent anorexia nervosa during the COVID-19 pandemic. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 111.
175. Lock, J., Robinson, A., Sadeh-Sharvit, S., Rosania, K., Osipov, L., Kirz, N., ... & Utzinger, L. (2019). Applying family-based treatment (FBT)

- to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 439-446.
176. Lock, J., Couturier, J., Matheson, B. E., Datta, N., Citron, K., Sami, S., ... & John-Carson, N. (2021). Feasibility of conducting a randomized controlled trial comparing family-based treatment via videoconferencing and online guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1998-2008.
177. Golden, N. H., Cheng, J., Kapphahn, C. J., Buckelew, S. M., Machen, V. I., Kreiter, A., ... & Garber, A. K. (2021). Higher-calorie refeeding in anorexia nervosa: 1-year outcomes from a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 147(4).
178. Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2019). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological medicine*, 49(4), 535-544.
179. L'Insalata, A., Trainor, C., Bohon, C., Mondal, S., Le Grange, D., & Lock, J. (2020). Confirming the efficacy of an adaptive component to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 41.
180. Sproch, L. E., Anderson, K. P., Sherman, M. F., Crawford, S. F., & Brandt, H. A. (2019). A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1004-1014.
181. Hamadi, L., & Holliday, J. (2020). Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in

- adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 3-19.
182. Letranchant, A., Montebello, Y. K. D., Bigre, C. D. L., Wagner, A., Curt, F., Silva, J., ... & Corcos, M. (2021). The ACAMTO study—impact of add-on osteopathic treatment on adolescent patients with anorexia nervosa: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22, 1-13.
183. Mysliwiec, R. (2020). Neuroscience of adolescent anorexia nervosa: Implications for family-based treatment (FBT). *Frontiers in psychiatry*, 11, 418.
184. Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Accurso, E. C., Singh, S., & Le Grange, D. (2019). Predictors of early response in conjoint and separated models of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 283-294.
185. Hagan, K. E., Matheson, B. E., Datta, N., L'Insalata, A. M., Onipede, Z. A., Gorrell, S., ... & Lock, J. D. (2023). Understanding outcomes in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a network approach. *Psychological Medicine*, 53(2), 396-407.
186. Golden, N. H., Cheng, J., Kapphahn, C. J., Buckelew, S. M., Machen, V. I., Kreiter, A., ... & Garber, A. K. (2021). Higher-calorie refeeding in anorexia nervosa: 1-year outcomes from a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 147(4).
187. Datta, N., Matheson, B. E., Le Grange, D., Brandt, H. A., Woodside, B., Halmi, K. A., ... & Lock, J. D. (2020). Exploring differences in the role of hospitalization on weight gain based on treatment type from randomized clinical trials for adolescent anorexia nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 609675.

188. Datta, N., Hagan, K., Bohon, C., Stern, M., Kim, B., Matheson, B. E., ... & Lock, J. D. (2023). Predictors of family-based treatment for adolescent eating disorders: Do family or diagnostic factors matter?. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), 384-393.
189. Kan, C., Eid, L., Treasure, J., & Himmerich, H. (2020). A meta-analysis of dropout and metabolic effects of antipsychotics in anorexia nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 208.
190. Budia, J. M., Alcover, C. M., Fernández-Muñoz, J. J., Blanco-Fernández, A., & Félix-Alcántara, M. P. (2023). Attachment, motivational systems and anorexia nervosa: A systematic review and proposed framework for eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
191. Civilotti, C., Franceschinis, M., Gandino, G., Veglia, F., Anselmetti, S., Bertelli, S., ... & Di Fini, G. (2022). State of Mind Assessment in Relation to Adult Attachment and Text Analysis of Adult Attachment Interviews in a Sample of Patients with Anorexia Nervosa. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(12), 1760-1779.
192. Jewell, T., Herle, M., Serpell, L., Eivors, A., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2023). Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1241-1251.
193. Lonigro, A., Pallini, S., Zanna, V., Marech, L., Rosa, M., Criscuolo, M., ... & Laghi, F. (2020). Autonomic response to the Adult Attachment Projective in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1799-1804.
194. Ralph-Nearman, C., Arevian, A. C., Moseman, S., Sinik, M., Chappelle, S., Feusner, J. D., & Khalsa, S. S. (2021). Visual mapping of

- body image disturbance in anorexia nervosa reveals objective markers of illness severity. *Scientific Reports*, *11*(1), 12262.
195. Legenbauer, T., Radix, A. K., Naumann, E., & Blechert, J. (2020). The body image approach test (BIAT): a potential measure of the behavioral components of body image disturbance in anorexia and bulimia nervosa?. *Frontiers in Psychology*, *11*, 30.
196. Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1229-1236.
197. Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., ... & Pingani, L. (2021). Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: A case-control efficacy study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*, 499-514.
198. Groves, K., Kennett, S., & Gillmeister, H. (2020). Evidence for altered configural body processing in women at risk of disorders characterized by body image disturbance. *British Journal of Psychology*, *111*(3), 508-535.
199. Westmoreland, P., Duffy, A., Rienecke, R., Le Grange, D., Joiner, T., Manwaring, J., ... & Mehler, P. (2022). Causes of death in patients with a history of severe anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, *10*(1), 200.
200. Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, *42*(2), 263-274.

## ДОДАТОК А

### СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

#### Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

5. Сак Л. & Хаустова О., (2019). Порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4):e0404247 <https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I4.247>
6. Сак Л.,(2020). Сучасні підходи до обстеження пацієнтів з нервовою анорексією. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 5(4):e0504270. <https://doi.org/10.26766/PMGP.V5I4.270>
7. Sak L., Khaustova O., Avramenko O., Parathanasiou I. (2022). Development of anorexia nervosa in a female adolescent in a dysfunctional family environment with impaired attachment and emotional regulation: a case report. *Wiad Lek.*, 75(8 pt 1):1932-1937. <https://doi.org/10.36740/WLek202208120>.
8. Сак Л. (2023). Клініко-психопатологічні особливості батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією. *Український вісник психоневрології*, 2 (115) <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-10>

#### Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

5. Khaustova, O., & Sak L. (2020). Cognitive impairment in patients with anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 63, S122-S122. <https://doi.org/>
6. Khaustova, O., & Sak L. (2020). Dysfunctional families of patients with eating disorders. *European Psychiatry*, 63, S121-S122.



7. Chaban, O., Khaustova, O., & Sak, L. (2021). P. 0352 Avoidant/Restrictive food intake disorder in adult female treated with attachment-based therapy and cognitive behavioral therapy: case report. *European Neuropsychopharmacology*, 53, S256-S257.
8. Khaustova, O., & Sak, L. (2021). Emotional regulation and attachment in adolescents with anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 64(S1), S353-S353. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.945

## ДОДАТОК Б

### ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

- 1) Розлади харчової поведінки через призму сучасності». II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика» «Нові погляди на ефективну медичну допомогу» (1 листопада 2019, Харків, Україна); – усна доповідь.
- 2) «Дисфункціональна сім'я , як предиктор виникнення розладів харчової поведінки». XIV Науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Медична Психологія 14.0: Аспекти Практичної Діяльності» (23-24 квітня 2020, Київ, Україна); – усна доповідь.
- 3) «Dysfunctional families of patients with eating disorders.» 28th European Congress of psychiatry EAP 2020 (4-7 липня 2020, Virtual); – стендова доповідь.
- 4) «Cognitive impairment in patients with anorexia nervosa» 28th European Congress of psychiatry EAP 2020 (4-7 липня 2020, Virtual); – стендова доповідь.
- 5) «Труднощі емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією до та після відновлення ваги.» II Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (5-7 листопада 2020, Київ, Україна); – стендова доповідь.

- 6) «Emotional regulation and attachment in adolescents with anorexia nervosa.»  
"The 29th European Congress of Psychiatry «EPA Virtual 2021» (10-13 квітня 2021, Virtual); – стендова доповідь.
- 7) «Дослідження прихильності у пацієнтів з нервовою анорексією та їх батьків/опікунів.» . III науково-практична конференція «Психосоматична медицина: наука і практика» «Нові погляди на ефективну медичну допомогу при COVID-19» (16-17 квітня 2021, Київ, Україна); – стендова доповідь.
- 8) «Difficulties in emotional regulation in patients with anorexia nervosa before and after weight recovery». 15th World Congress of Biological Psychiatry (28-30 Червня 2021); – стендова доповідь..
- 9) «A case report of an adult female patient with anorexia nervosa treated with FBT, AVT and CBT ». 34th ECNP Congress Hybrid (2-5 жовтня 2021, Лісабон, Португалія); – стендова доповідь.
- 10) «Avoidant/Restrictive food intake disorder in adult female treated with attachment-based therapy and cognitive behavioral therapy: case report» 34th ECNP Congress Hybrid (2-5 жовтня 2021, Лісабон, Португалія); – стендова доповідь.
- 11) «Adolescent male with anorexia nervosa, the role of the psycho-emotional state of parents in the development and dynamics of the disease: a case report. » 30th European Congress of psychiatry EPA 2022(4–7 Червня 2022); – стендова доповідь.
- 12) «Нервова анорексія як наслідок пережитих стресових подій». V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (21-22 квітня 2023, Київ, Україна); – усна доповідь.

## ДОДАТОК В

### Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, вказавши відповідний номер із шкала внизу на рядку біля кожного пункту.

1	майже ніколи	0-10%
2	іноді	11-35%
3	близько половини часу	36-65%
4	більшу частину часу	66-90%
5	майже завжди	91-100%

- \_\_\_\_\_ 1) Я чітко розумію свої почуття.
- \_\_\_\_\_ 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- \_\_\_\_\_ 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- \_\_\_\_\_ 4) Я поняття не маю, як я відчуваюся.
- \_\_\_\_\_ 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- \_\_\_\_\_ 6) Я уважний до своїх почуттів.
- \_\_\_\_\_ 7) Я точно знаю, як я відчуваюся.
- \_\_\_\_\_ 8) Мені все одно, що я відчуваюю.
- \_\_\_\_\_ 9) Мене бентежить те, що я відчуваюю.
- \_\_\_\_\_ 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- \_\_\_\_\_ 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так відчуваюся.
- \_\_\_\_\_ 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так відчуваюся.
- \_\_\_\_\_ 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.

- \_\_\_\_\_ 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- \_\_\_\_\_ 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.
- \_\_\_\_\_ 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.
- \_\_\_\_\_ 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.
- \_\_\_\_\_ 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- \_\_\_\_\_ 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- \_\_\_\_\_ 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- \_\_\_\_\_ 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почувуюся.
- \_\_\_\_\_ 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.
- \_\_\_\_\_ 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.
- \_\_\_\_\_ 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.
- \_\_\_\_\_ 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почувуюся.
- \_\_\_\_\_ 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.
- \_\_\_\_\_ 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.
- \_\_\_\_\_ 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.
- \_\_\_\_\_ 29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почувуюся.
- \_\_\_\_\_ 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- \_\_\_\_\_ 31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.
- \_\_\_\_\_ 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.
- \_\_\_\_\_ 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.

\_\_\_\_\_ 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.

\_\_\_\_\_ 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.

\_\_\_\_\_ 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Пункти зі зворотною оцінкою (перед ними необхідно ставити знак віднімання) нумеруються: 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

Обчисліть загальний бал, склавши всі бали. Більш високі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією.

**РЕЗУЛЬТАТ СУБШКАЛИ \*\*:** дає загальний бал, а також оцінку за шістьма під шкалами:

1. Неприйняття емоційних реакцій (НЕПРИЙНЯТТЯ): 11, 12, 21, 23, 25, 29

2. Труднощі із цілеспрямованою поведінкою (ЦІЛІ): 13, 18, 20R, 26, 33

3. Труднощі з контролем імпульсів (ІМПУЛЬС): 3, 14, 19, 24R, 27, 32

4. Відсутність емоційного усвідомлення (УСВІДОМЛЕННЯ): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R

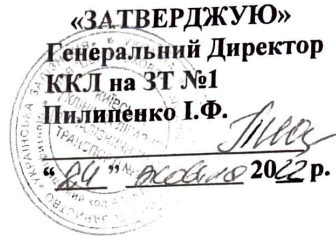
5. Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (СТРАТЕГІЇ): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36

6. Відсутність емоційної чіткості (ЧІТКІСТЬ): 1R, 4, 5, 7R, 9

Загальний бал: сума всіх під шкал

\*\* "R" вказує на пункт із зворотною оцінкою.

# ДОДАТОК Г



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Назва пропозиції для впровадження:** Медико-психологічний супровід пацієнтів з нервовою анорексією в контексті сімейного функціонування та психоемоційного статусу батьків або опікунів.
- 2. Ким запропоновано, адреса виконавця:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, бульвар Т.Шевченка,13.  
Винахідники: Сак Леся Віталіївна.
- 3. Джерела інформації:** Sak L. Modern approaches to the examination of patients with anorexia nervosa. PMGP [Internet]. 2020 Oct. 11 [cited 2022 Oct. 21];5(4):e0504270. Available from: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/270>  
Sak LV, Khaustova OO, Avramenko OM, Papathanasiou IV. Development of anorexia nervosa in a female adolescent in a dysfunctional family environment with impaired attachment and emotional regulation: a case report. Wiad Lek. 2022;75(8 pt 1):1932-1937. doi: 10.36740/WLek202208120. PMID: 36089882. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36089882/> SCOPUS Q4
- 4. Де і коли було впроваджено:** Генеральний Директор ККЛ на ЗТ №1
- 5. Строки впровадження:** за період з 2020 р. по 2022 р.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 119 осіб.
- 7. Результати використання методу:** за період з 2021 р. по 2022 р.:  
позитивні – 110 спостережень; негативні - немає; невизначені – 9 спостережень.
- 8. Ефективність впровадження** підвищення індексу маси тіла та покращення рівня емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією; покращення сімейного функціонування, рівня емоційної регуляції та підвищення якості життя у батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією.
- 9. Відмітки і пропозиції:** немає.

«24» жовтня 2022 року  
(дата)

В.О. Зав. ККЛ  
Леся Віталіївна Сак  
(підпис) *Леся Віталіївна Сак*