

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

КОКАШИНСЬКИЙ ВІКТОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 616.89-009:613.2]-084-085:615.851

ДИСЕРТАЦІЯ

**ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ**

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
В.О. Кокашинський

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Огоренко Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук,
професор

Дніпро – 2024

АНОТАЦІЯ

Кокашинський В.О. Лікування та реабілітація хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я» – Дніпровський державний медичний університет (виконання роботи), м. Дніпро, 2024 рік.

Мета дослідження: На підставі вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей та оцінки якості життя хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки розробити для цієї категорії осіб комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму та оцінити її ефективність.

У дисертаційній роботі були вивчені клініко-психопатологічні і патопсихологічні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки. Було виявлено взаємозв'язки між порушеннями харчової поведінки, образом власного тіла та тривожно-депресивними розладами, і проведена оцінка впливу перерахованих чинників на якість життя пацієнтів.

Дослідження базувалося на даних комплексного обстеження 147 пацієнтів у віці від 18 до 60 років, яким було діагностовано тривожно-депресивні розлади з симптомами порушення харчової поведінки.

Пацієнти були розподілені на основну групу та групу порівняння. Відбір пацієнтів до груп був випадковим, що забезпечило рандомізацію. Лікування пацієнтів основної групи здійснювалося згідно розробленої нами комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, тоді як до учасників групи порівняння застосовувався стандартний алгоритм терапії відповідно до клінічних настанов.

Залучені до дослідження пацієнти в динаміці проходили первинний огляд до початку лікування та контрольний через 6 місяців від початку терапії.

В ході дослідження проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне та психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами і статистичні методи дослідження.

Психометрична діагностика тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки проводилася за допомогою анкети про стан здоров'я PHQ-9, опитувальника образу тіла О.О. Скугаревського, С.В. Сивухи, голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ), тесту «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна) та методики оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч), адаптований Н.О. Марутою.

При порівнянні пацієнтів за групами не було виявлено статистично значущої відмінності за такими показниками як стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, трудова зайнятість, місце проживання. Преважна більшість обстежених була госпіталізована до стаціонару повторно, за цим показником також не було виявлено статистично значущої різниці між основною групою та групою порівняння ($p > 0,05$). При оцінці пацієнтів за діагнозами між групами не було виявлено відмінностей. Загалом, проведений аналіз продемонстрував однорідність основної групи та групи порівняння, що дало змогу для подальшого порівняння груп за іншими показниками.

Були встановлені клініко-психопатологічні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки, статистично значущих відмінностей за показниками між пацієнтами обох груп не було виявлено.

Показник середнього віку пацієнтів всієї вибірки дорівнював молодому віку відповідно критеріям Всесвітньої організації охорони здоров'я. Показник індексу маси тіла дорівнював нормальній масі тіла. Тяжкість депресивних симптомів за опитувальником PHQ-9 відповідала помірно-тяжкій депресії. Середній бал за опитувальником образу тіла свідчив про відсутність

незадоволеності образом тіла. Результати отримані за голландським опитувальником харчової поведінки демонстрували відсутність обмежувальної та емоціогенної й наявність екстернальної направленості харчової поведінки. Рівень ситуаційної та особистісної тривоги за опитувальником Спілбергера-Ханіна був високим в обох групах.

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що сильний прямий кореляційний зв'язок спостерігався між показниками якості життя за оцінкою пацієнта та лікаря. Найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків середньої сили мав показник особистісної тривоги, опитувальника образу тіла та емоціогенної харчової поведінки. Показники якості життя мали зворотні кореляційні зв'язки, переважно середньої сили з усіма показниками, крім індексу маси тіла, стать, вік, обмежувальна та екстернальна харчова поведінка.

За результатами дослідження якості життя, встановлена відсутність статистично значущої відмінності в показниках інтегративного показника якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин як з точки зору пацієнта, так і з точки зору лікаря між двома групами.

Розроблено, науково обґрунтовано та впроваджено в практичну діяльність системи охорони здоров'я комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму з психоосвітнім компонентом, яка включає розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання для хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки. Проведено оцінку її ефективності та порівняння результатів терапії між пацієнтами основної групи та групи порівняння.

Зазначена програма включала чотири етапи:

1. Діагностичний етап
2. Лікувальний етап:
 - психоосвітня робота;
 - медикаментозна терапія;

- когнітивно-поведінкова терапія (з акцентом на когнітивні моделі харчової поведінки)

3. Катамнестичний етап

В результаті втручання було встановлено відсутність статистично значимої різниці між основною та групою порівняння за показниками віку та ІМТ. За показниками рівня депресії, образу тіла, направленості харчової поведінки, рівня особистісної та ситуаційної тривоги, а також рівнем якості життя була встановлена статистично значуща відмінність показників між двома групами, що свідчило про ефективність комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання направлено на корекцію симптомів порушення харчової поведінки пацієнтів основної групи та психофармакотерапію. Найбільш виражена різниця в показниках спостерігалася між показниками за опитувальником образу тіла та голландським опитувальником харчової поведінки, а саме, підшкалою екстернальної направленості харчової поведінки.

Результати кореляційного аналізу в основній групі продемонстрували відсутність прямих кореляційних зв'язків між показником опитувальника образу тіла та показниками емоціогенної харчової поведінки, екстернальної харчової поведінки, індексом маси тіла та особистісною тривогою. Також спостерігалася зменшення сили зв'язку до слабкого прямого між показником опитувальника образу тіла та обмежувальною харчовою поведінкою, що свідчить про ефективність проведеного втручання та зменшення впливу сприйняття образу власного тіла на харчову поведінку.

При проведенні аналізу відносного ризику повторної госпіталізації протягом року встановлено, що застосування комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом у пацієнтів основної групи в 3,6 рази знижувало відносний ризик повторної госпіталізації до стаціонару протягом наступного року, порівняно з

пацієнтами групи порівняння. Розрахунок уніваріантного логістичного аналізу для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки встановлено, що у пацієнтів основної групи втручання в 4,8 рази знижувало шанс повторної госпіталізації протягом наступного року, порівняно з пацієнтами групи порівняння. При побудові множинної регресійної моделі проведення втручання в основній групі зменшувало шанс повторної госпіталізації протягом наступного року в 5,9 разів.

При дослідженні якості життя встановлені статистично значущі гірші показники виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих обставин, суб'єктивного благополуччя та загального інтегративного показника якості життя ($p < 0,05$) у хворих групи порівняння порівняно з пацієнтами основної групи.

Наукова новизна: вперше були досліджені клініко-психопатологічні особливості тривожно-депресивних розладів у хворих з симптомами порушень харчової поведінки.

Уперше були вивчені патопсихологічні характеристики хворих на тривожно-депресивні розлади та проаналізовані клініко-феноменологічні особливості порушень харчової поведінки.

Уперше було досліджено зв'язки та залежності між симптомами порушень харчової поведінки та проявами депресії та тривоги, а також їх вплив на якість життя пацієнтів в аспекті коморбідності.

Виявлені когнітивні моделі харчової поведінки хворих на тривожно-депресивні розлади, які стали основними мішенями психотерапевтичного втручання.

Розроблена, науково обґрунтована та впроваджена в практичну діяльність системи охорони здоров'я комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання для хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки, проведена оцінка її ефективності.

Ґрунтуючись на даних отриманих при первинному огляді були розраховані відносні ризики та шанси повторної госпіталізації пацієнтів до стаціонару протягом наступного року після втручання. В результаті дослідження нами була розроблена множина логістична регресійна модель факторів, що визначаються під час первинного огляду та впливають на шанс повторної госпіталізації пацієнтів протягом наступного року після втручання.

Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)}{1+\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)} \quad (5.1)$$

де: p – вірогідність недосягнення цільової якості життя; $-1,89$ – вільний член; x_1 – бінарний показник наявності втручання; x_2 – бінарний показник наявності помірного рівня тривоги; x_3 – бінарний показник наявності ожиріння 1 ст.; x_4 – бінарний показник наявності середнього віку.

При значені $p > 0,13$ гіпотеза щодо повторної госпіталізації підтверджується. Чутливість моделі становить $74,07$ (ДІ $53,7-88,9$), специфічність $80,00$ (ДІ $71,7-86,7$), АUC дорівнював $0,83$ (95% ДІ $0,76-0,88$) при $p < 0,01$, що засвідчило дуже добру прогностичну здатність. Наявність всіх факторів множинної логістичної регресії збільшує шанси повторної госпіталізації в $12,2$ рази.

Отримана модель була використана для перевірки ефективності комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом у пацієнтів основної групи. Так, проведені лікувально-реабілітаційні заходи серед пацієнтів основної групи знижували відносний шанс повторної госпіталізації протягом наступного року до стаціонару в $5,9$ разів.

Практичне значення полягає у вивченні клініко-феноменологічних особливостей порушень харчової поведінки хворих на тривожно-депресивними розладами і розробці, науковому обґрунтованні та впровадженні в практичну діяльність системи охорони здоров'я (для психіатрів, психотерапевтів, лікарів-психологів, лікарів-інтернів психіатрів) комплексної

поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, яка включає розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання для хворих на тривожно-депресивні розлади з коморбідними порушеннями харчової поведінки. Сформовані когнітивні моделі провідних психопатологічних синдромів з метою виявлення психотерапевтичних мішеней та оптимізації терапевтичного впливу. Визначені предиктори ризиків та шансів повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання. Розроблена прогностична множина логістична регресійна модель факторів може бути рекомендована для використання в практичній медицині лікарями-психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами та лікарями загальної практики – сімейної медицини.

Ключові слова: тривога, депресія, тривожно-депресивні розлади, харчова поведінка, розлади харчової поведінки, порушення харчової поведінки, лікування, прогноз

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Огоренко, В.В., **Кокашинський, В.О.** Ефективність корекції порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023;8(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.447>
2. Огоренко, В. В., **Кокашинський, В. О.** Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Український вісник психоневрології. 2024;32(1):56-59. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-8>
3. Ogorenko V.V., **Kokashynskiy V.O.** Prediction of risks and odds of rehospitalization of patients with eating disorders in anxiety-depressive disorders. Medicini perspektivi. 2024;29(1):163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. **Кокашинський В.О.** Статеві аспекти порушень харчової поведінки у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. Вісник морської медицини. 2024. № 1 (102). С. 117-124 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10967630>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи

1. Юр'єва ЛМ, **Кокашинський ВО.** Діагностика та профілактика розладів харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Київ: КВІЦ; 2021. С. 394
2. Огоренко ВВ, **Кокашинський ВО.** Вікові особливості образу власного тіла та направленості харчової поведінки пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 5th International scientific and practical conference «Current challenges of

- science and education» (January 15-17, 2024) MDPC Publishing, Berlin, Germany. 2024. P. 99-102
3. Огоренко ВВ, **Кокашинський ВО**. Вікові особливості статевого розподілу та ІМТ пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 5th International scientific and practical conference «Modern research in science and education» (January 11-13, 2024) VoScience Publisher, Chicago, USA. 2024. P. 136-139
 4. Огоренко ВВ, **Кокашинський ВО**. Вікові особливості депресивних проявів та тривоги у пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 4th International scientific and practical conference «Innovative development of science, technology and education» (January 18-20, 2024) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2024. P.81-84

ANNOTATION

Kokashynskiy V.O. Treatment and rehabilitation of patients with anxiety-depressive disorders with eating disorders. – Qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 "Medicine", field of knowledge 22 "Health care" – Dnipro State Medical University (work performed), Dnipro, 2024.

The aim of this study: based on the study of clinical-psychopathological, pathopsychological features and assessment of the quality of life of patients with anxiety-depressive disorders with eating disorders, to develop a comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program for this category of people and evaluate its effectiveness.

Clinical-psychopathological and pathopsychological features of anxiety-depressive disorders with eating disorders were studied in the dissertation. The relationship between eating disorders, body image, and anxiety-depressive disorders was identified, and the impact of these factors on the quality of life of patients was assessed.

The study was based on a comprehensive examination of 147 patients aged 18 to 60 who were diagnosed with anxiety-depressive disorders with symptoms of eating disorders.

Patients were divided into two groups. The selection of patients to the main group and the comparison group was random, which ensured randomization. The treatment of patients in the main group was carried out according to a comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component, while the participants in the comparison group received a standard treatment algorithm in accordance with clinical guidelines.

The patients enrolled in the study underwent an initial examination before the start of treatment and a control examination 6 months after the start of therapy.

During the study, clinical and anamnestic, clinical and psychopathological, pathological and psychodiagnostic studies were conducted, supplemented by psychometric scales and statistical research methods.

Psychometric diagnostics of anxiety-depressive disorders with eating disorders was carried out using the PHQ-9 health questionnaire, the body image questionnaire by O.O. Skugarevsky, S.V. Sivukha, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), the Anxiety Study test (Spielberger-Hanin questionnaire) and the methodology for assessing the integrative indicator of quality of life (H.E. Mezzich), adapted by N.O. Maruta.

When comparing patients between groups, no statistically significant differences were found in such indicators as gender, age, marital status, level of education, employment, and place of residence. The majority of the subjects were readmitted to the hospital, and there was no statistically significant difference between the main group and the comparison group in this indicator ($p > 0.05$). There were no differences in diagnoses between the groups. In general, the analysis demonstrated the homogeneity of the main group and the comparison group, which made it possible to further compare the groups by other indicators.

Clinical-psychopathological features of anxiety-depressive disorders with eating disorders were established, and no statistically significant differences in indicators between patients of both groups were found.

The average age of the patients in the entire sample corresponded to young age according to the World Health Organization criteria. Body mass index was equal to normal body weight. The severity of depressive symptoms according to the PHQ-9 questionnaire corresponded to moderate-severe depression. According to the body image questionnaire, the average score demonstrated the absence of dissatisfaction with the image of one's own body. The results of the Dutch Eating Behavior Questionnaire indicated the absence of restrictive and emotionally disturbing eating behaviors and the presence of an externalizing eating behavior. The level of situational and personal anxiety according to the Spielberger-Hanin questionnaire was high in both groups.

According to the results of the correlation analysis, a strong direct correlation was observed between the quality of life indicators assessed by the patient and the doctor. The highest number of direct correlations of medium strength was observed between the indicators of personal anxiety, body image questionnaire, and emotional eating behavior. Quality of life indicators had inverse correlations, mostly of medium strength, with all indicators except body mass index, gender, age, restrictive and externalizing eating behaviors.

According to the results of the quality of life assessment, there was no statistically significant difference in the integrative quality of life, subjective well-being, social roles and external life circumstances between the two groups from the patient's and the physician's perspectives.

A scientifically substantiated and implemented comprehensive step-by-step differentiated therapeutic and rehabilitation program with a psychoeducational component has been developed and introduced into practical healthcare. It includes an elaborate scheme of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions for patients with anxiety-depressive disorders with eating disorders. An assessment of its effectiveness has been conducted, and the therapy results between the patients of the main group and the comparison group have been compared.

This program included four stages:

1. Diagnostic stage
2. Therapeutic stage:
 - psycho-educational work;
 - pharmacotherapy;
 - cognitive-behavioral therapy (with an emphasis on cognitive models of eating behavior)
3. The catamnestic stage

As a result of the intervention, no statistically significant difference was found between the main and comparison groups in terms of age and BMI. However, significant differences were observed between the two groups in terms of depression level, body image, eating behavior orientation, personal and situational anxiety

levels, as well as quality of life, indicating the effectiveness of the comprehensive staged differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component. This program included an extensive scheme of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions aimed at correcting eating behavior disorder symptoms among patients in the main group, including psychopharmacotherapy. The most significant difference was observed in the scores of the Body Image Questionnaire and the Dutch Eating Behavior Questionnaire, particularly in the externality subscale of eating behavior orientation.

The results of the correlation analysis in the main group demonstrated the absence of direct correlations between the body image questionnaire score and indicators of emotional eating behavior, externalizing eating behavior, body mass index, and personal anxiety. There was also a reduction in the strength of the correlation to weak positive between the body image questionnaire score and restrictive eating behavior, indicating the effectiveness of the intervention and a decrease in the influence of body image perception on eating behavior.

When analyzing the relative risk of readmission during the year, it was found that the use of a comprehensive phased differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component in patients of the main group reduced the risk of readmission during the next year by 3.6 times compared to patients in the comparison group. The calculation of univariate logistic analysis to determine the chances of re-hospitalization of the sample patients revealed that in patients of the main group, the intervention reduced the chance of re-hospitalization by 4.8 times in the next year compared to patients in the comparison group. When constructing a multiple regression model, the intervention in the main group reduced the chance of readmission over the next year by 5.9 times.

When assessing quality of life, statistically significant worse indicators were found in social role functioning, external life circumstances, subjective well-being, and overall integrative quality of life index ($p < 0.05$) in patients in the comparison group compared to those in the main group.

Scientific novelty: for the first time, the clinical and psychopathological features of anxiety-depressive disorders in patients with symptoms of eating disorders were studied.

For the first time, the psychopathological characteristics of patients with anxiety-depressive disorders were studied, and the clinical-phenomenological features of eating disorders were analyzed.

For the first time, the relationship and dependencies between symptoms of eating disorders and manifestations of depression and anxiety was investigated and demonstrated, as well as their impact on the quality of life of patients in terms of comorbidity.

The cognitive models of eating behavior of patients with anxiety-depressive disorders were identified, which became the main targets of psychotherapeutic intervention.

A comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component was developed, scientifically substantiated and implemented in the practical activities of the health care system, which included a detailed scheme of psychotherapeutic and psychopharmacological intervention for patients with anxiety-depressive disorders with eating disorders, and its effectiveness was evaluated.

The relative risks and odds of readmission to the hospital were determined based on the primary data. As a result of the study, we developed a multinomial logistic regression model of factors identified during the initial examination that affect the chance of readmission to hospital during the next year after the intervention.

The resulting formula of the obtained model is:

$$p = \frac{\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)}{1+\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)} \quad (5.1)$$

where: p - probability of not achieving the target quality of life; -1.89 - free term; x₁ - binary indicator of intervention; x₂ - binary indicator of moderate anxiety; x₃ - binary indicator of 1st degree obesity; x₄ - binary indicator of middle age.

At a value of $p > 0.13$, the hypothesis of readmission is confirmed. The sensitivity of the model is 74.07 (CI 53.7-88.9), specificity 80.00 (CI 71.7-86.7). The presence of all factors of multiple logistic regression increases the chances of readmission by 12.2 times.

The resulting model was used to test the effectiveness of a comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component in patients in the main group. Thus, the intervention in the main group reduced the chance of rehospitalization over the next year by 5.9 times. The AUC for the multiple regression model was 0.83 (95% CI 0.76-0.88) at $p < 0.01$, which showed very good predictive ability.

The practical significance is to study the clinical and phenomenological features of eating disorders in patients with anxiety-depressive disorders and to develop, scientifically substantiate and implement in the practical activities of the health care system (for psychiatrists, psychotherapists, psychologists, psychiatrists, psychologists, and psychiatric interns) of a comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program with a psychoeducational component, which includes a detailed scheme of psychotherapeutic and psychopharmacological intervention for patients with anxiety-depressive disorders with comorbid eating disorders. The cognitive models of the leading psychopathological syndromes were formed in order to identify psychotherapeutic targets and optimize therapeutic effects. Predictors of risks and chances of re-hospitalization during the next year after the intervention were identified. The developed prognostic multivariate logistic regression model of factors can be recommended for use in practical medicine by psychiatrists, psychotherapists, medical psychologists and general practitioners (family physicians).

Keywords: anxiety, depression, anxiety-depressive disorders, eating behavior, eating disorders, treatment, prognosis

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	19
ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (огляд літератури)	26
1.1 Розлади харчової поведінки: нагальна проблема сучасності.....	26
1.2 Коморбідність тривожно-депресивних розладів і порушень харчової поведінки	33
1.3 Сучасні методи терапії тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки	37
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	43
2.1 Загальна характеристика вибірки.....	43
2.2 Методи дослідження.....	46
<i>2.2.1 Клініко-психопатологічне дослідження.....</i>	<i>47</i>
<i>2.2.2 Анкета про стан здоров'я PHQ-9</i>	<i>47</i>
<i>2.2.3 Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха</i>	<i>48</i>
<i>2.2.4 Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)</i>	<i>48</i>
<i>2.2.5 Тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна)</i>	<i>49</i>
<i>2.2.6 Методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч).....</i>	<i>50</i>
2.3 Дизайн дослідження	51
2.4 Статистичні методи дослідження	52
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	54
3.1. Клініко-психопатологічні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки.....	54
3.2. Психометричні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки	56
3.3. Кореляційний аналіз показників при первинному обстеженні хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки	74

3.4. Якість життя у хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки	76
РОЗДІЛ 4 ЗАХОДИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ДЛЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	80
4.1. Огляд методів лікування та реабілітаційних заходів, залежно від розподілу хворих за клінічними групами.....	80
4.2. Огляд методів медикаментозного лікування пацієнтів	81
4.3. Когнітивні моделі порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах	85
4.4. Комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом тривожно-депресивних розладів з порушеннями ХП.....	87
РОЗДІЛ 5 ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	107
5.1. Оцінка ефективності надання комплексної допомоги хворим на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки....	107
5.2. Кореляційний аналіз показників в обох групах після проведеного втручання	117
5.3. Аналіз відносного ризику повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року.....	120
5.4. Уніваріантний логістичний аналіз для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року	121
5.5. Множинний логістичний аналіз для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року.....	123
5.6. Динаміка показника якості життя серед хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки	127
РОЗДІЛ 6 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	133
ВИСНОВКИ	142
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	145
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	146
ДОДАТКИ	166

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВР	відношення ризиків
ВШ	відношення шансів
ГТР	генералізований тривожний розлад
ДДМУ	Дніпровський державний медичний університет
ДІ	довірчий інтервал
ІМАО	інгібітори моноаміноксидази
ІМТ	індекс маси тіла
КП	компульсивне переїдання
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
МКХ-10	міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
НА	нервова анорексія
НБ	нервова булімія
ОКР	обсесивно-компульсивний розлад
ООТ	опитувальник образу тіла (О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха)
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РХП	розлади харчової поведінки
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
ТЦА	трициклічні антидепресанти
ТДР	тривожно-депресивний розлад
ХП	харчова поведінка
AUC	Area Under Curve
BES	шкала компульсивного переїдання
DEBQ	голландський опитувальник харчової поведінки
RHQ-9	анкета про стан здоров'я

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Харчова поведінка (ХП) – це складний набір психологічних реакцій, які виникають відповідно до різноманітних внутрішніх і зовнішніх впливів. Основною метою цієї поведінки є забезпечення різноманітних видів гомеостазу, зокрема біоенергетичного, що необхідно для нормального функціонування як організму, так і психіки [1].

Розлади харчової поведінки (РХП) – це стійкі порушення споживання їжі або пов'язаних з цим звичок, які призводять до змін у способі харчування або кількості спожитої їжі та значно впливають на фізичний і психосоціальний стан людини. Ці порушення можуть включати різноманітні патологічні звички, такі як обмеження або надмірне споживання їжі, неадекватне викликання блювання або вживання ліків для контролю ваги. Найбільш поширеними РХП є нервова анорексія (НА), нервова булімія (НБ) та компульсивне переїдання (КП).

Серед осіб, які страждають на РХП, існує високий ризик передчасної смерті, який обумовлений як соматичними ускладненнями, так і психічними розладами. РХП мають тенденцію до тривалого, затяжного або навіть хронічного перебігу, що часто веде до соціально-професійної дезадаптації та інвалідизації пацієнтів [2,3]. Кількість потенційних років життя, які втрачено через передчасну смерть і непрацездатність, визначена в одиницях DALY (показник, який оцінює сумарний «тягар хвороби»), постійно збільшується.

Порушення психічного здоров'я, такі як тривога та розлади настрою, можуть бути факторами ризику для розвитку РХП. Хоча важко визначити, який стан передує іншому без проведення проспективних досліджень, ці зв'язки були широко вивчені у випадках НА та НБ. Існують деякі докази, що тривожні розлади та розлади настрою, включаючи депресію та біполярний розлад, можуть передувати симптомам РХП.

Аналіз наукових досліджень та поточний стан вивчення проблеми РХП вказують на те, що, незважаючи на широкий обсяг інформації, дані про особливості психопатологічних симптомів даних розладів залишаються неоднозначними. Багато аспектів пов'язаних з ризиком розвитку РХП, їх ранньою діагностикою залишаються нерозкритими. Інформація про клініко-психопатологічну та патопсихологічну структуру ранніх симптомів порушень ХП при тривожно-депресивних розладах (ТДР) не досліджена достатньо. Клінічні прояви РХП у поєднанні з іншими психічними розладами призводять до пізньої діагностики, що має негативний вплив на результати лікування, тривалість життя та можливості реабілітації пацієнтів.

Попри значну кількість наукових досліджень, дані про клініко-психопатологічну та патопсихологічну структуру тривожно-депресивних розладів з симптомами порушень ХП висвітлені недостатньо – майже не досліджені аспекти пов'язані з ризиками розвитку РХП при наявній коморбідній патології. В цілому, не вивчені питання прогнозу і принципи диференційованого лікування тривожно-депресивних розладів з симптомами порушень ХП.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Робота виконана в рамках НДР кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з непсихотичними психічними розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання – 30.11.2026р.

Мета роботи: на підставі вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей та оцінки якості життя хворих на ТДР з порушеннями ХП розробити для цієї категорії осіб комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму та оцінити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості ТДР у хворих з порушеннями ХП.
2. Вивчити патопсихологічні характеристики хворих на ТДР з порушеннями ХП, за допомогою психометричних шкал та опитувальників.
3. Проаналізувати клініко-феноменологічні особливості порушень ХП у пацієнтів з ТДР.
4. Дослідити зв'язки та залежності між порушеннями ХП та проявами депресії і тривоги, а також їх вплив на якість життя пацієнтів з ТДР.
5. Розробити, провести оцінку ефективності та впровадити в практичну діяльність системи охорони здоров'я комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму з психоосвітнім компонентом для хворих на ТДР з порушеннями ХП.
6. Визначити відносні ризики та шанси повторної госпіталізації пацієнтів з ТДР та порушеннями ХП у психіатричний стаціонар протягом наступного року після втручання, на основі аналізу первинних даних.

Об'єкт дослідження: ТДР з порушеннями ХП.

Предмет дослідження: клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості порушень ХП у пацієнтів з ТДР.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний доповнений психометричними шкалами, статистичний аналіз даних.

Наукова новизна дослідження

Уперше були досліджені клініко-психопатологічні особливості тривожно-депресивних розладів у хворих з симптомами порушень ХП.

Уперше були вивчені патопсихологічні характеристики хворих на тривожно-депресивні розлади та проаналізовані клініко-феноменологічні особливості порушень ХП.

Уперше було досліджено зв'язки та залежності між симптомами порушень ХП та проявами депресії та тривоги, а також їх вплив на якість життя пацієнтів в аспекті коморбідності.

Виявлені когнітивні моделі ХП хворих на тривожно-депресивні розлади, які стали основними мішенями психотерапевтичного втручання.

Розроблена, науково обґрунтована та впроваджена в практичну діяльність системи охорони здоров'я комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом для хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями ХП, проведена оцінка її ефективності.

Визначені відносні ризики та шанси повторної госпіталізації пацієнтів до стаціонару протягом наступного року після втручання на основі первинних даних, що дозволило розробити множинну логістичну регресійну прогностичну модель.

Практичне значення

Для психіатричної галузі практичне значення полягає у вивченні клініко-феноменологічних особливостей порушень харчової поведінки у пацієнтів з ТДР і розробці, науковому обґрунтованні та впровадженні в практичну діяльність системи охорони здоров'я (для психіатрів, психотерапевтів, лікарів-психологів, лікарів-інтернів психіатрів) комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, яка включає розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання для хворих на ТДР з коморбідними порушеннями харчової поведінки. Виявлені когнітивні моделі ХП з метою точного визначення психотерапевтичних мішеней та оптимізації терапевтичного втручання при лікуванні хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями ХП. Визначені предиктори ризиків та шансів повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання. Розроблена прогностична множина логістична регресійна модель факторів може бути рекомендована для використання в практичній медицині лікарями-

психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами та лікарями загальної практики – сімейної медицини.

Вищевказані заходи були впровадженні в практичну діяльність КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», КНП КМР «Міська лікарня №1», КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради», клініки «Медіклуб», Дніпровської філії «Спеціальний заклад з надання психіатричної допомоги» Державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», ВСП «Університетська лікарня» ДДМУ.

Результати наукової роботи використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача

Автор особисто розробив план та провів дослідження, результати якого описані у рукописі. Був здійснений інформаційно-патентний пошук, спланована робота та проаналізовані джерела науково-методичної інформації, що стосувалися обраної теми. Були розроблені інструменти дослідження, створено базу даних і проведено її аналіз та інтерпретацію. Поведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психометричне дослідження. Детально проаналізовані отримані результати і сформулював висновки. Автор розробив комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму з психоосвітнім компонентом для пацієнтів з порушеннями ХП при ТДР та оцінив її ефективність. Також були створені когнітивні моделі провідних психопатологічних синдромів з метою виявлення психотерапевтичних цілей та оптимізації терапевтичного впливу.

Апробація результатів дослідження.

Матеріали дисертації доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях з міжнародною участю «Якість медичних послуг у сфері психічного здоров'я» 20-21 травня 2021р., «WPA Regional Congress Psychopathology in periods of transforms» 7-9 липня 2021 р., Київ, Україна,

Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги (7-8 жовтня 2021 р., м. Харків), XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (листопад 2021р.), Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Київ: КВІЦ; 2021, The 5th International scientific and practical conference «Current challenges of science and education» (January 15-17, 2024) MDPC Publishing, Berlin, Germany, The 5th International scientific and practical conference «Modern research in science and education» (January 11-13, 2024) BoScience Publisher, Chicago, USA, The 4th International scientific and practical conference «Innovative development of science, technology and education» (January 18-20, 2024) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2024, III науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» 22-23.03.2024.

Публікації

По темі дисертації опубліковано 6 наукових праць, в тому числі: 4 статті в наукових фахових виданнях України, 1 стаття в науковому виданні, що входить у міжнародні наукометричні бази Scopus та Web of Science, участь в формі 4 тез доповідей 4 стендових доповідей у матеріалах наукових конференцій та, 1 усна доповідь на конференції.

Обсяг та структура дисертації

Основний зміст дисертаційної роботи викладений на 189 сторінках друкованого тексту, складається зі вступу, огляду літератури, розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку літературних джерел, додатків. Робота ілюстрована 29 таблицями, 33 рисунками. Список літератури містить 166 джерел (15 – кирилицею, 151 – латиницею).

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (огляд літератури)

1.1 Розлади харчової поведінки: нагальна проблема сучасності

У наш час спостерігається стабільне зростання кількості осіб, які стикаються із РХП, і більше 90% цієї категорії складають жінки. Розлади харчування, зазвичай, починають проявлятися в підлітковому віці, проте часто діагноз ставлять лише тоді, коли виникають ускладнення. Люди, які мають РХП, часто стикаються з фізичними проблемами, супутніми психічними та поведінковими розладами, а також з психологічними труднощами та низьким рівнем психосоціального функціонування [4,5]. Сім'ї осіб із РХП також страждають через високий рівень стресу [6,7].

Ризик передчасної смерті серед цієї категорії населення є одним з найвищих серед осіб із психічними розладами, що обумовлено як соматичними ускладненнями, так і психічними проблемами. Стандартизований коефіцієнт смертності становить 5,9 для НА, 1,9 для НБ та 3,4 для інших РХП. Кожен п'ятий померлий від НА обрав шлях самогубства. РХП характеризуються тенденцією до тривалого, затяжного, а іноді хронічного перебігу, що часто спричиняє соціальну та трудову дезадаптацію і призводить до інвалідизації пацієнтів [2,3].

Кількість потенційних років життя, які втрачено через передчасну смерть і непрацездатність, визначена в одиницях DALY (показник, який оцінює сумарний «тягар хвороби»), постійно збільшується. Динаміка збільшення «тягара хвороби» при РХП в світі протягом останніх 20 років XXI століття демонструє значне зростання з 2086921 в 2000 році до 2860079 в 2019 році серед обох статей. Серед чоловіків спостерігалось зростання з 688519 до 1003333, тоді як серед жінок з 1398402 до 1856746. Протягом останнього десятиріччя спостерігається розширення вікових та гендерних меж цієї патології. Гендерна та вікова динаміка «тягара хвороби» внаслідок РХП у світі

за двадцятирічний період представлена динамікою зростання в період від 2000 до 2019 року. Серед жінок в віці 5-14 років цей показник збільшився з 82372 до 95922, в віці 15-29 – від 783622 до 994815, а в віці 30-49 – з 532408 до 766008. У чоловіків спостерігається така динаміка: в віці 5-14 років – від 48169 до 57508, в віці 15-29 – від 356775 до 496586, а в віці 30-49 – від 283575 до 449239.

Важливим є показник «тягара хвороби» внаслідок РХП в Україні та його порівняння із показником у Європейському регіоні. Так, в європейському регіоні показник DALY на 100 000 населення в 2019 році склав 56,32, тоді як в Україні він становив 22,61. У чоловіків у європейському регіоні цей показник дорівнював 31,79, а в Україні – 17,71. Щодо показника серед жінок, то в європейському регіоні він становив 79,42, у той час як в Україні він склав 26,84 [8].

При оцінці даних показників виявляється значно менший «тягар хвороби» внаслідок РХП в Україні порівняно з усім Європейським регіоном. Це може свідчити про серйозні проблеми із виявленням та діагностикою даної групи захворювань в нашій державі.

Вчасна діагностика та ефективна терапія РХП ускладнюється через різноманіття симптоматики, високу частоту коморбідності цієї патології з іншими розладами, а також труднощі у кваліфікації виявлених симптомів і синдромів.

Потреба в їжі є однією з базових біологічних потреб, яка спрямована на підтримання гомеостазу. Важливе значення в регуляції процесу харчування має ХП [9].

ХП – це складна психологічна поведінкова реакція у відповідь на різні внутрішні і зовнішні чинники, метою якої є збереження всіх видів гомеостазу, і насамперед – біоенергетичного, що забезпечує функціонування не тільки організму, а й психіки [1].

Історія вивчення розладів харчової поведінки

У Римській імперії вже були відомі прояви булімії, де забезпечені патриції влаштували оргії, викликаючи блювання у спеціальних приміщеннях. Грецький лікар Гален визначив «булімус» як дисфункцію травлення. У середні віки документувалися випадки голодного виснаження у святих жінок, таких як Катерина з Сієни та угорська принцеса Маргарита. Історія Маргарити відома із записів очевидців, вона виросла в монастирі, виявляючи героїзм в аскетизмі, включаючи сувору дієту, і померла в 28 років. Подібності з поведінкою Маргарити та НА ХХ століття явні, але мотиви її поведінки лишилися остаточно незрозумілими. Дотримання дієти бачиться як загальний фактор ризику протягом століть, і фактори психобіологічної вразливості могли бути схожими у середньовічних святих та сучасних жінок із НА.

У XVII столітті з'явилися друковані памфлети, які глузували з голодування. В одному з них Джон Рейнольдс описував випадок вісімнадцятирічної Марти Тейлор, у якої після блювання припинилися менструації, і вона перестала вживати тверду їжу, що призвело до повного виснаження організму. Рейнольдс вказував, що такий стан найчастіше виникає у дівчат віком 14-20 років. У XVIII столітті Річард Мортон описав випадки НА, виділивши їх із загальних симптомів виснаження. Наприкінці XVIII століття булімія була включена до різних енциклопедій та медичних словників. Енциклопедія Британника описувала булімію як хворобу з постійним і непереборним бажанням їсти, а Мотербі описував булімію, де голодування слідувало за викликанням блювоти.

В 1860 лікар Луї-Віктор Магсе з Парижа описав кілька випадків НА, де молоді дівчата в період пубертату і після передчасного статевого дозрівання втрачали повністю апетит. Незалежно від тривалості помірності вони відчували огиду до їжі, непереборну навіть найсильнішим голодом. У пацієнток розвивалися переконання про те, що вони не можуть або не повинні вживати їжу.

Пізніше у ХІХ столітті лондонський лікар сер Вільям Гал і паризький нейропсихіатр Шарль Ласег опублікували роботи, в яких описували методи лікування «істеричної анорексії». Ласег діагностував у пацієнтів афективні розлади, тоді як Гал рекомендував лікування, що включає регулярне годування пацієнтів через певні інтервали та оточення їх людьми, які контролюють їхній моральний стан.

У ХХ столітті діагностика НА пройшла кілька етапів, починаючи від розгляду її як хвороби гіпофіза, різних психоаналітичних концепцій до визначення її як специфічного синдрому з основними клінічними ознаками. Наприкінці 70-х років були виділені підтипи НА та класифіковані симптоми булімії, що призвело до більш детального розуміння цих розладів. Для діагностики використовувалися описові підходи в різних класифікаціях, таких як DSM-IV та міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), що охоплюють різні аспекти, включаючи втрату маси тіла, страх ожиріння, аменорею, та психодинамічні аспекти заперечення та самооцінки.

У МКБ-10 не виділяються підтипи НА, і пацієнти, які застосовують різні методи очищення, прирівнюються до діагнозу НА, як і ті, хто обмежує себе в їжі та займається фізичними вправами. У цій системі нечітко визначено критерії маси тіла для НБ. Неоднозначні визначення різних підтипів булімії в МКБ-10 створюють труднощі для лікарів та дослідників, ускладнюючи порівняння результатів різних досліджень [10].

У МКХ-10 РХП віднесені до «Поведінкових синдромів, пов'язаних з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F5)», а саме до «Розладів, що пов'язані зі споживанням їжі (F50)». Ця група охоплює НА і булімію (типові і атипові форми), психогенне переїдання та інші розлади споживання їжі, до яких відноситься КП [11].

НА – це розлад, при якому вага навмисно знижується (ІМТ <18,5 або – 15 % від вікової норми), і його виникнення та/або підтримка обумовлені самим пацієнтом, який уникає споживання їжі, спричиняючи зменшення маси тіла. З метою подолання нав'язливого чи надмірного страху перед набором ваги і

ожирінням, застосовуються певні стратегії поведінки, які з часом стають стійкими патернами, такі як викликання блювання, вживання проносних засобів, діуретиків і препаратів, що пригнічують апетит [12].

НБ представляє собою синдром, який виявляється повторюваними епізодами переїдання та надмірною тривогою щодо контролю над масою тіла, що приводить хворого до застосування екстремальних заходів для зменшення впливу переїдання. Ці заходи включають: очищувальну поведінку (викликання у себе блювання, прийом діуретиків, проносних засобів), періодичне голодування або підвищену фізичну активність.

Психогенне переїдання є реакцією на стрес та призводить до повноти. У деяких осіб «реактивна повнота» може розвиватися після втрати близьких, перенесення нещасних випадків та емоційного стресу [13,14].

КП – це РХП, який представляє собою стабільний та аберрантний тип харчування. Його визначає надмірне вживання їжі протягом конкретного періоду, що супроводжується втратою контролю над кількістю спожитої їжі та наступним відчуттям сорому або відрази до себе [15,16].

У DSM-5 КП визначається як окремий діагностичний таксон і включає такі критерії: повторювані напади КП, які включають поглинання значно більшої кількості їжі, ніж зазвичай у подібних обставинах, та відчуття втрати контролю над споживанням їжі. Напади характеризуються швидким споживанням їжі, дискомфортом відчуття переповненості, споживанням великих обсягів їжі без відчуття голоду, харчуванням на самоті через почуття сорому та негативною емоційною реакцією після нападів. Виражена стурбованість щодо КП, частота їжі–хоча б раз на тиждень протягом трьох місяців, і відсутність неадекватної компенсаторної поведінки, що відрізняється від НБ, визначають діагноз КП [17].

Причини розвитку розладів харчової поведінки

Біологічні чинники. У розвитку РХП важливу роль відіграє спадкова дисфункція церебральних систем, регулюючих прийом їжі, з основним акцентом на серотонінергічну недостатність. Споживання легкозасвоєваних

вуглеводів вибухового характеру є спробою самолікування емоційного дискомфорту, що викликає тимчасове полегшення сприяючи синтезу серотоніну [18]. Також, у людей з ожирінням спостерігається нечутливість до лептину, що ускладнює збереження нормальної ваги. РХП мають високий генетичний внесок, де генетична детермінація варіюється від 28% до 84% залежно від конкретного порушення, що вказує на значення генетичних факторів у їх розвитку [19].

З біологічного погляду ризик розвитку розладів харчування, зокрема анорексії та булімії, пов'язаний із білками, що виробляються кишковими бактеріями. Метаболіти цих бактерій можуть впливати на регулювання апетиту та насичення, сприяючи неврегульованим моделям харчування. Можливий зв'язок між дисбалансом кишкового мікробіому і розладами харчування [20]. Автоімунні захворювання, такі як хвороба Крона, запальні захворювання кишечника, діабет типу 1 і 2, і целиакія, також пов'язані з підвищеним ризиком розвитку РХП, зокрема булімії, а в меншій мірі – анорексії [21,22].

Психологічні чинники. У людей із РХП, регулярне звертання до їжі у стані дискомфорту перетворюється на патологічний механізм адаптації, стаючи психічною залежністю, яка є соціально прийнятною формою адиктивної поведінки. Синдром психічної залежності від їжі включає потяг до їжі та здатність досягнення психічного комфорту лише через процес їди. Переїдання для таких осіб стає джерелом позитивних емоцій і варіантом адаптації в умовах соціальних труднощів чи психічного стресу [23]. У людей із РХП спостерігаються певні особистісні особливості, які впливають на розвиток хвороби, і після її маніфестації ці психологічні особливості продовжують визначати перебіг хвороби і виявляються в їхній поведінці та стосунках з іншими та з самими собою [24].

Сімейні чинники. У формуванні РХП важливе значення має характер симбіотичного зв'язку між матір'ю і дитиною, динаміка сімейних взаємин і

методи батьківського виховання, а також культура та стиль батьківського харчування [25].

У сім'ях, де порушений симбіотичний зв'язок між матір'ю та дитиною, відсутні інші вирази любові та турботи, процес споживання їжі стає заміною для вираження емоцій. Матері в основному піклуються лише про фізичні потреби дитини, надаючи їжі символічне значення, яке пізніше може визначити її психологічний стан. В умовах сталих сімейних стереотипів споживання їжі може використовуватися як компенсація для нормалізації емоційного стану, що вказує на наявність патологічних стереотипів ХП [26].

Розлади харчування суттєво визначаються впливом сімейного середовища та стилю виховання. У сім'ях з формуванням РХП часто спостерігаються конфліктні стосунки батьків та практика гіперопіки, де дітей змушують їсти, навіть якщо вони не відчують голоду. Такий підхід може сприяти негативним емоціям стосовно їжі та слугувати підґрунтям для розвитку харчових розладів [27].

Крім того, формування РХП пов'язане із сімейними стереотипами, де культ їжі функціонує як заміна іншим аспектам любові та задоволення від життя. Існують патерни психологічного впливу, такі як постійна критика та завищені очікування батьків, які сприяють формуванню перфекціоністських тенденцій та розвитку РХП у підлітків [28].

У формуванні розладу харчування у дітей важливу роль відіграє стиль батьківського харчування, який може включати емоційне переїдання, ігнорування почуття насичення та контроль з боку батьків.. Крім того, сімейна культура та оточення під час прийому їжі взаємодіють із стилем харчування, а батьки з розладами харчування більш активно контролюють харчування та здоров'я своїх дітей [29].

Соціокультуральні чинники. Згідно з тристоронньою моделлю впливу (Tripartite Influence Model), на розвиток розладу харчування і задоволення образом тіла впливають родина, однолітки, засоби масової інформації (ЗМІ) і соціальне середовище проживання [30]. У ранні періоди розвитку дитинства

важливу роль відіграють стосунки з батьками і стиль виховання, а згодом зростає вплив однолітків, ЗМІ та інших соціальних факторів [31]. Соціум і ЗМІ формують стандарти форми тіла, впливаючи на уявлення про ідеальну фігуру [32]. Останніми роками помітно зростає частота розладів харчування у чоловіків, де реклама та соціальні норми часто визначають їхні харчові звички [33]. Культура засудження зайвої ваги, або фетшеймінг, підтримується промисловістю моди та ЗМІ, призводячи до соціальної стигми, депресії та розвитку розладів харчування [34–36].

1.2 Коморбідність тривожно-депресивних розладів і порушень харчової поведінки

Супутні порушення психічного здоров'я, такі як тривога та розлади настрою, є факторами ризику для розвитку РХП. Хоча важко визначити, який стан передує іншому без використання планів проспективних досліджень, ці зв'язки були широко вивчені у випадках НА і БН, і є деякі докази передувannya симптомам РХП тривоги та розладів настрою, включаючи депресію та біполярний розлад. Дані тривалого проспективного дослідження 615 пар близнюків у США свідчать про те, що підвищений ризик НА пов'язаний із вищими рівнями депресії та тривоги в поєднанні з високим потягом до худорлявості [37]. Є менш переконливі докази щодо зв'язку між НБ, тривогою та депресією, хоча було виявлено деякі попередні дослідження, які вказують на те, що кілька ключових симптомів є спільними для цих трьох розладів [38–41].

Поширеність розладів особистості відрізняється в залежності від діагностичної категорії РХП. Підвищений рівень перфекціонізму є загальним для НА та БН. Прояви переїдання та очищення часто пов'язані з імпульсивністю та більшою емоційною дисрегуляцією. З іншого боку, відсутність емоційної обізнаності є поширеною серед більшості РХП [42,43].

Виявлялося поєднання РХП і розладів особистості, хоча розлади настрою та тривоги є найбільш поширеними серед осіб з РХП. Наприклад,

поширеність біполярного розладу становить до 75% серед осіб з РХП, соціального тривожного розладу до 42% дорослих з РХП [44,45]. Також є вагомі докази того, що наявність діагностованого тривожного розладу у дитинстві (наприклад, ОКР) передусь виникненню РХП у більш пізньому віці [46].

Незважаючи на широку кількість доказів, що свідчать про те, що дитячі травми та жорстоке поводження є факторами ризику для розвитку РХП, деякі дослідження зосереджуються на вивченні ролі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як конкретного фактору ризику[47–49].

Результати двох когортних досліджень підтверджують зв'язок між ПТСР і тяжкістю симптомів РХП та їх поширеністю. У дослідженні пацієнтів у Швеції, які пережили травму перед або під час розвитку РХП, поширеність ПТСР протягом життя становила 24,1%. Майже ідентичний рівень поширеності посттравматичних стресових розладів був виявлений в менш різноманітній етнічній групі жінок з ожирінням і розладами харчуваннями в США, на рівні 24% [50,51].

Коморбідні розлади при нервовій анорексії

У клінічних групах, де поширеність РХП висока, часто відзначається наявність розладів настрою. Згідно з дослідженнями, великий депресивний розлад спостерігався у понад 75% пацієнтів з НА. Дослідження послідовності виникнення розладів показало, що розлади настрою передували появі РХП у третині випадків НА. У решти випадків супутні розлади або спостерігалися одночасно, або виникали після встановлення діагнозу РХП. Отже, висновки вказують на те, що депресивні розлади можуть виступати як передвісники так і наслідком РХП, а також є супутнім захворюванням, спричиненим недоїданням, що ще більше ускладнює лікування РХП [52].

Є наукові дані, що свідчать про те, що тривога є найбільш поширеним супутнім захворюванням при РХП [45]. Дослідження низки випадків показали, що тривожні розлади в дитинстві можуть передувати виникненню РХП, зокрема НА [44,53]. Деякі дослідження виявили вищу частоту дитячих

обсесивно-компульсивних рис у людей з НА порівняно з контрольними групами без РХП. Довготривале дослідження, проведене, над 231 молодою людиною із діагнозом ОКР протягом дев'яти років, показало, що серед 12,7% з них розвинулися РХП. Ці результати підкреслюють прогностичну важливість тривожних розладів у дитинстві для подальшого розвитку РХП, особливо НА [54].

Реципрокний зв'язок між генералізованим тривожним розладом (ГТР) і НА був підтверджений в обширному дослідженні близнюків [55]. Наявність ГТР значно збільшувала ймовірність виникнення НА, і, навпаки, наявність НА значно підвищувала ймовірність ГТР. Група із співвіднесеними НА і ГТР мала менший середній ІМТ у дорослих, ніж групи лише із зазначеними НА або ГТР і здорові контрольні групи. Ці результати вказують на те, що присутність супутніх психічних розладів може посилювати РХП і поглиблювати вираженість симптомів [56].

Коморбідні розлади при нервовій булімії

Оцінка зв'язку між депресією та порушенням харчування в рамках восьмирічного лонгітюдного дослідження показала, що симптоми депресії передували НБ, що, в свою чергу, передбачало зростання симптомів депресії. Ці результати вказують на можливий взаємний зв'язок між цими двома станами. Схожий взаємозв'язок був виявлений у великій групі підлітків-дівчат, де особи, які повідомляли про симптоми депресії, вдвічі частіше мали епізоди переїдання протягом чотирьохрічного періоду спостереження. Також ті, хто повідомляв про епізоди переїдання, частіше вказували на симптоми депресії під час подальшого спостереження [57,58].

Результати дослідження взаємозв'язку між соціальним тривожним розладом і розладами харчування серед дорослих у віці від 18 до 35 років, що проживають у громаді, свідчать, що самооцінка та реакція на стрес, спричинена міжособистісним конфліктом, є частковими посередниками. Це може свідчити про те, що симптоми РХП можуть виникати через підвищену реакцію на стрес, спричинену соціальним конфліктом та негативним

самопочуттям. Проте спостережений частковий ефект посередництва вказує, що інші невизначені фактори також можуть впливати на ці взаємозв'язки [59,60].

Коморбідні розлади при компульсивному переїданні

Докази, пов'язані із супутніми психічними захворюваннями, за винятком НА та НБ, менше деталізовані. Дослідження, проведені у сфері дослідження КП та синдрому нічної їжі, обмежуються клінічними вибірками та перехресним дизайном, що вказує на необхідність подальшої роботи в цьому напрямку, особливо з огляду на високу поширеність психіатричних захворювань серед осіб із цими діагнозами. Зокрема, серед пацієнтів, які отримували лікування КП, 74% отримали діагноз психічного розладу протягом свого життя, а 43% мали поточний діагноз [61]. У групі пацієнтів із надмірною вагою та ожирінням, у яких спостерігалися тяжкі психічні захворювання, 25% отримали діагноз синдрому нічної їжі, а 6% – КП [62]. Інші дослідження, що досліджували синдром нічної їжі серед пацієнтів із депресією та біполярним розладом, показали, що їх поширеність становила 32,5% та 8,8% відповідно [63].

У дослідженнях також часто повідомляється про супутні захворювання КП та біполярного розладу, і особливо важливим вважається зв'язок між НБ та КП, хоча випадкові та часові відносини між цими розладами ще не повністю з'ясовані. Навіть якщо є ймовірність спільних факторів ризику, відсутність даних щодо початку розладу ускладнює обговорення відносного впливу, який біполярний розлад може мати на розвиток КП [64].

Одне з досліджень показало, що захворюваність на біполярний розлад була приблизно в 4,7 рази вищою у осіб з НБ, в 3,6 рази вищою у тих, хто має КП, і в 3,5 рази вищою для підтипів ПП. Біполярний розлад у людей з КП пов'язаний із підвищенням тяжкості основних симптомів, таких як незадоволення тілом, турбота про вагу/форму, тривога щодо харчування, регуляція імпульсів, інтероцептивна усвідомленість та перфекціонізм [65].

1.3 Сучасні методи терапії тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки

Лікування нервової анорексії

Пацієнти з НА часто не розуміють або недооцінюють тяжкості свого стану. Вони можуть сприймати низьку масу тіла як досягнення і, отже, відсутні мотивації для зміни свого харчового способу. Загальні рекомендації вказують на необхідність госпіталізації тих пацієнтів, які мають дефіцит ваги 75% від нормальної маси тіла, та рекомендують лікування їх в стаціонарних умовах.

Деякі хворі можуть відмовлятися від терапії з-за страху збільшення ваги та відсутності дійсного розуміння стану здоров'я. У такій ситуації можлива необхідність у примусовій госпіталізації для забезпечення необхідного медичного та психіатричного втручання.

Зазвичай для терапії використовують різні методики, але когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на корекцію когнітивних спотворень у сприйнятті власного тіла та самооцінки вважається більш ефективною серед них. Для пацієнтів у підлітковому та юнацькому віці сімейна терапія може бути важливим і ефективним видом лікування [66–69].

Вимоги до прийняття до психотерапевтичної програми включають ідентифікацію причин розладу, бажання лікуватися, соціальну підтримку та розуміння пацієнтом наявності психічного розладу.

Загальний план лікування пацієнтів з НА має включати різні експертні напрямки, такі як психічне здоров'я, харчування і внутрішня медицина. Здебільшого важливо застосовувати інтегрований терапевтичний підхід. У деяких випадках може знадобитися переривання уваги від харчування та акцентування уваги на вирішенні основних проблем самооцінки та перфекціонізму.

У контексті лікування пацієнтів із НА, головним завданням є відновлення маси тіла та досягнення метаболічної стабільності. З огляду на зв'язок дефіциту цинку з НА через пригнічення нейропептиду Y, нутритивна

підтримка цим мінералом може сприяти відновленню та зменшенню рівня тривоги та депресії у пацієнтів.

Пошук нових медикаментозних методів лікування НА призвів до вивчення можливості використання антидепресантів як терапевтичної стратегії. Це стало результатом їх ефективності у лікуванні інших психічних розладів з подібними симптомами, зокрема великого депресивного розладу. Однак протягом останніх десятиліть результати рандомізованих контрольованих досліджень підтверджують переважну неефективність антидепресантів у лікуванні НА. Антидепресанти першого покоління, такі як інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) і трициклічні антидепресанти (ТЦА), які були випробувані на ранніх етапах досліджень, сьогодні не рекомендуються через їх низькі профілі безпеки та відсутність терапевтичної ефективності [70–72].

Антидепресанти другого покоління, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), характеризуються покращеними профілями безпеки та хорошою переносимістю пацієнтами. Проте більшість досліджень засвідчують, що їх вплив на харчування, вагу, настрій і симптоми тривоги не перевищує ефект плацебо [73,74]. Важливо зауважити, що антидепресант бупропіон протипоказаний при АН та інших РХП через підвищений ризик судом [70]. Флуоксетин був корисний у запобіганні рецидивів у пацієнтів, які вже набрали вагу [75].

Антипсихотичні препарати різних типів також були предметом досліджень як потенційні методи лікування, зокрема для зменшення когнітивної та поведінкової регідності, які часто є характерними для пацієнтів з НА [76,77]. Дослідження впливу антипсихотичних препаратів першого покоління серед пацієнтів з НА вказують на незначне покращення симптомів або ваги [78,79]. Подальші дослідження впливу антипсихотичних засобів другого покоління привели до кількох досліджень, які підтверджують помірний вплив оланзапіну на відновлення ваги при НА [77,80].

Порівняно з плацебо, оланзапін асоціювався зі статистично значущим збільшенням ІМТ. Це вказує на вищу швидкість набору ваги, при цьому особи, які отримували оланзапін, демонстрували більший середній приріст ваги на місяць, ніж група, яка отримувала плацебо. [81–84].

Лікування нервової булімії

Лікування пацієнтів з НБ рідко потребує госпіталізації, за винятком випадків медичних ускладнень. Фармакотерапія є ефективнішою для НБ порівняно з НА, але психотерапія залишається основним елементом лікування. КПТ є найбільш прийнятним методом лікування НБ. Керівництва з самопомоги, що базуються переважно на принципах КПТ, також є ефективними, але тільки половина пацієнтів досягає одужання навіть за участю КПТ [66–68,85].

Ранні плацебо-контрольовані дослідження антидепресантів виявили статистично та клінічно значуще поліпшення симптомів НБ, пов'язаних із різними антидепресантами. Антидепресанти першого покоління, зокрема ТЦА та ІМАО, успішно знижували частоту переїдання та очищення [86]. Однак побічні ефекти, пов'язані із певними антидепресантами, включаючи ризик подовження інтервалу QTc у пацієнтів з НБ, обмежували переваги. Так само, як і в разі НА, бупропіон є протипоказаним для осіб із НБ через підвищений ризик судом [87]. СІЗЗС часто вибираються через їх високий профіль безпеки та корисність у зменшенні симптомів НБ. Хоча різні СІЗЗС проявили свою ефективність, дослідження підтверджують, що високі дози флуоксетину є найбільш ефективними серед них [73,74,88].

Крім поліпшення відповіді на лікування, флуоксетин також сприяє підтриманню результатів, оскільки продовження лікування флуоксетином серед осіб з НБ, які позитивно відреагували на активну терапію, значно зменшує ймовірність рецидиву порівняно з тими, хто отримував плацебо [89]. Додаткові дослідження підтвердили схожі ефекти флуоксетину в дозі 60 мг/день у підлітків із НБ, включаючи помітне зниження частоти переїдання та

очищення [90]. Ці дослідження підтвердили як ефективність, так і безпеку флуоксетину, сприяючи його затвердженню FDA для лікування НБ. [75,91].

Топірамат, протисудомний препарат, призначений для лікування епілепсії, виявив здатність знижувати апетит і вагу [63], що спричинило підвищений інтерес до його можливого застосування для зменшення переїдання при НБ. Топірамат визнано ефективним засобом лікування НБ після відповідних досліджень [92–95].

Порівняльні аналізи не виявили переваги об'єднаної терапії над окремими методами, проте об'єднання психотерапії та фармакотерапії давало вищий рівень ремісії. Загалом, психотерапія (зокрема КПТ) або комбінація психотерапії та фармакотерапії вважається найбільш ефективним методом лікування НБ [81–84].

Лікування компульсивного переїдання

Взагалі, підходи до лікування подібні для КП та НБ, а оцінка ефективності базується на зменшенні переїдання.

Наукові дослідження, спрямовані на розробку методів лікування, свідчать, що різноманітні фармакологічні втручання можуть сприяти зменшенню симптомів КП. Наразі, хоча ліздексамфетамін єдиний препарат, схвалений FDA для лікування КП, певні антидепресанти та протисудомні препарати також, в цілому, добре переносяться і можуть мати помірний вплив на переїдання. У випадку осіб з КП розглядається використання ліздексамфетаміну, з особливою увагою до їхніх життєвих ознак і стану серцево-судинної системи, оскільки ці показники здоров'я можуть змінюватися у пацієнтів з групи високого ризику, що приймають стимулятори. СІЗЗС, які розглядаються для використання не за призначенням при КП, ймовірно, будуть корисні без цих ризиків. Крім того, СІЗЗС можуть бути особливо ефективними для людей з супутніми симптомами настрою чи тривоги, як додатковими проявами КП [96–100].

Антиконвульсант топірамат також показав свою ефективність у дослідженні КП, пов'язаного з ожирінням [75,81–84].

РХП – це складна група психічних розладів, що характеризуються патологічною ХП, що може викликати соматичні ускладнення [6]. Результати лікування РХП залишаються незадовільними протягом останніх десятиліть із високим рівнем хронізації [101–103], що свідчить про відсутність розуміння основних патофізіологічних механізмів, що призводять до виникнення та стійкості РХП.

Недостатнє знання механізмів та факторів ризику розвитку РХП може бути однією з причин того, що раннє втручання та профілактика при РХП вивчаються менше, ніж у випадку інших психічних розладів [104,105]. Незважаючи на попередні докази, які свідчать про потенційну ефективність профілактики РХП, необхідно більше узагальнених досліджень [106,107], оскільки сучасний рівень доказів щодо втручань для запобігання або відстрочення початку РХП виглядає менш дослідженим порівняно з іншими галузями психіатрії [108,109].

Недавнє дослідження пацієнтів з РХП виявило середню затримку в 5,28 років між появою симптомів РХП і зверненням за лікуванням [9]. Недостатня обізнаність медичних працівників про ознаки невідповідної ХП сприяє цій затримці, оскільки РХП часто не розпізнається лікарем [10].

Знання факторів ризику РХП дозволяє раніше виявляти групи високого ризику та вчасно реагувати за допомогою розробки державної політики або впровадження цільових профілактичних програм [110]. Програми профілактики та раннього втручання, засновані на етіологічних моделях, можуть допомогти уникнути переходу від групи ризику до розладу [111,112].

РХП є складними психіатричними станами з обмеженим набором ефективних втручань, підтверджених доказами [113,114]. Більш глибоке розуміння факторів ризику, етіологічних та патогенетичних механізмів розвитку РХП може сприяти розробці більш ефективних методів лікування, особливо для пацієнтів із тяжким і хронічним перебігом захворювання [115,116].

Висновок за розділом

Таким чином, огляд досліджень та поточний стан проблеми РХП свідчить про те, що, незважаючи на обширний обсяг матеріалу, дані про особливості психопатологічної симптоматики залишаються суперечливими. Багато питань, пов'язаних зі знанням факторів ризику розвитку РХП, ранньою діагностикою, залишаються невирішеними. Інформація про клініко-психопатологічну та патопсихологічну структуру ранніх симптомів порушень ХП при ТДР не систематизована та розглянута недостатньо. Клінічна маніфестація РХП з коморбідними психічними розладами призводить до пізньої діагностики РХП, що негативно впливає на результати спеціалізованого лікування, тривалість життя та можливості ресоціалізації пацієнтів. Дані досліджень якості життя цієї когорти пацієнтів є неповними. Мало вивчено питання диференційованого лікування РХП. Спостерігається низька ефективність наявних методів, включаючи психотерапевтичні та медикаментозні втручання. Відсутність програм ранньої профілактики та діагностики, спрямованості держави на впровадження цільових профілактичних програм, призводить до значних негативних наслідків та погіршує якість життя хворих. Усе вищеписане підкреслює актуальність дослідження цієї проблеми.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Загальна характеристика вибірки

Дисертаційна робота була виконана на базі кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ, Дніпро, Україна. Дослідження було проведене на базі комунального підприємства «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» в 2019–2021 рр. Дизайн дослідження, який відповідає принципам біоетики та деонтології, на етапі планування отримав схвалення етичного комітету ДДМУ (протокол № 7 від 28.10.2020 р.) та за результатами виконання роботи (протокол № 17 від 20.03.2024 р.).

Всі учасники надали письмову усвідомлену згоду на участь в дослідженні, збір та обробку даних, а також були повідомлені про мету та завдання дослідження. Для кожного пацієнта було складено протокол дослідження, який включав в себе дані клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження, а також результати психометричного обстеження.

Дослідження проводилось із суворим дотриманням принципів біоетики, згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» і ухвалено комісією з питань біомедичної етики ДДМУ (протокол №10 від 21.06.2023р.) [117,118].

Критеріями включення в дослідження були:

- чоловіки та жінки у віці від 18 до 60 років із підтвердженим клінічним діагнозом: F4–невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади;
- хворі, що знаходилися на стаціонарному лікуванні;
- наявність симптомів порушення ХП;
- усвідомлена згода пацієнта на проведення психіатричного обстеження.

Критерії виключення з дослідження:

- встановлений діагноз психічного розладу психотичного, афективного або органічного рівня;
- вага більш ніж на 40% менше нормальної;
- особи молодші 18 років або старші 60 років.;
- наявність тяжких соматичних і / або неврологічних захворювань або актуальної патології в стадії загострення на момент дослідження;
- відомості про залежність від психоактивних речовин;
- наявність суїцидального ризику під час проведення дослідження;
- вагітність і / або грудне вигодовування на момент проведення дослідження;
- відмова пацієнта взяти участь у дослідженні.

Було обстежено 147 пацієнтів із ТДР відділення №7 (відділення неврозів) комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради». Пацієнтів розділили на основну групу (82 особи) та групу порівняння (65 осіб). Основна група складалася з 21 (26%) чоловіка, середній вік яких склав 38,19 (SD 11,25) та 61 (74%) жінки, середнім віком 42,93 (SD 11,09). Група порівняння 19 (29%) пацієнтів чоловічої статі, середнім віком 37,53 (SD 9,75) та 46 (71%) жіночої статі, середнім віком 44,21 (SD 10,57). Між пацієнтами обох груп не було виявлено статистично значимої відмінності за статтю.

Під час первинного огляду серед пацієнтів основної групи 35 (43%) були госпіталізовані в психіатричний стаціонар вперше, тоді як 47 (57%) – повторно. У групі порівняння кількість осіб, які були госпіталізовані вперше, складала 23 (35%), а повторно – 42 (65%). Порівнявши групи за цим показником, статистично значущих відмінностей виявлено не було.

Загальна характеристика пацієнтів всієї вибірки та їх розподіл на групи представлені в табл. 2.1.

Загальна характеристика пацієнтів вибірки

Показник	Усі n=147	Основна група n=82	Група порівняння n=65	p
Стать, n (%)				
Чоловіча	40 (27,2)	21 (25,6)	19 (29,2)	0,63
Жіноча	107 (72,8)	61 (74,4)	46 (70,8)	
Вік, n (%)				
Молодий	85 (57,8)	47 (57,3)	38 (58,5)	0,89
Середній	62 (42,2)	35 (42,7)	27 (41,5)	
Сімейний стан, n (%)				
Самотні	62 (42,2)	36 (43,9)	26 (40,0)	0,64
У шлюбі	85 (57,8)	46 (53,6)	39 (60,0)	
Рівень освіти, n (%)				
Середня / середня спеціальна	87 (59,2)	48 (58,5)	39 (60,0)	0,86
Вища	60 (40,8)	34 (41,5)	26 (40,0)	
Трудова зайнятість, n (%)				
Не працюють	85 (57,8)	45 (54,9)	40 (61,5)	0,42
Працюють	62 (42,2)	37 (45,1)	25 (38,5)	
Місце проживання, n (%)				
Село	37 (25,2)	18 (22,0)	19 (29,2)	0,31
Місто	110 (74,8)	64 (78,0)	46 (70,8)	
Епізод захворювання, n (%)				
Первинний	58 (39,5)	35 (42,7)	23 (35,4)	0,37
Повторний	89 (60,5)	47 (57,3)	42 (64,6)	

Примітка: p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

При порівнянні пацієнтів за групами не виявлено статистично значущої відмінності за жодним з показників.

За статтю, переважну більшість обстежених склали жінки – 107 осіб (72,8%), чоловіки були представлені 40 особами (27,2%). Статистично значущої різниці за цим показником між двома групами виявлено не було ($p = 0,63$).

За віком у вибірці переважали люди молодого віку – 85 осіб (57,8%), кількість осіб середнього віку дорівнювала 62 (42,2%). Статистично значущої різниці між двома групами за цим показником не було виявлено ($p = 0,89$).

У ході дослідження сімейного стану учасників було встановлено, що більшість з них перебували у шлюбі – 85 осіб (57,8%), тоді як 62 особи (42,2%) були самотні. Статистично значущої різниці за цим показником не виявлено ($p = 0,64$).

За рівнем освіти досліджувані розподілились наступним чином: 87 учасників (59,2%) мали середню та середню спеціальну освіту, а 60 (40,8%) – вищу. Статистично значущої різниці між групами не виявлено ($p=0,86$).

Більшість учасників на момент обстеження не працювали – 85 осіб (57,8%), тоді як 62 особи (42,2%) мали трудову зайнятість. Статистично значущої різниці за цим показником не спостерігалось ($p=0,42$).

За місцем проживання суттєво переважали міські жителі – 110 учасників (74,8%), тоді як жителі сільської місцевості становили 37 осіб (25,2%). Статистично значущої різниці між групами не спостерігалось ($p=0,31$).

Преважна більшість обстежених була госпіталізована до стаціонару повторно – 89 осіб (60,5%), тоді як вперше були госпіталізовані 58 пацієнтів (39,5%). За цим показником не було виявлено статистично значущої різниці між основною та групою порівняння ($p=0,37$).

2.2 Методи дослідження

Стандартні методи клініко-психопатологічного та анамнестичного дослідження використовувалися згідно з загальноприйнятими підходами до первинного психіатричного огляду пацієнтів, використовуючи структуроване інтерв'ю й спостереження. Вибір психометричних шкал та методів

математичної статистики був обумовлений метою та завданням дисертаційної роботи.

2.2.1 Клініко-психопатологічне дослідження

Дослідження проводилося шляхом клінічного психіатричного обстеження, включаючи клініко-анамнестичний метод, з використанням об'єктивних даних з медичної документації, отриманих за добровільною згодою пацієнтів. Здійснювалося структуроване інтерв'ювання самого пацієнта. Клініко-психопатологічна частина інтерв'ю включала стандартні міжнародні критерії психічних розладів МКХ-10, а також оригінальні критерії оцінки психопатологічних порушень, розроблені на етапі підготовки дослідження, зокрема для клінічної ідентифікації симптомів і синдромів. Клініко-анамнестична частина інтерв'ю використовувалася для аналізу соціально-психологічних даних, таких як освітній, соціальний та сімейний статуси, преморбідні особистісні характеристики, стресогенні події у житті, а також особливості діагностичного маршруту.

2.2.2 Анкета про стан здоров'я PHQ-9

Анкета про стан здоров'я (PHQ-9), що визначає ступінь вираженості симптомів депресивних розладів у пацієнтів, складається із дев'яти питань. Він націлений на виявлення таких симптомів, як низький настрій, втрата інтересу або радості, енергетичний дефіцит, порушення сну, апетиту, самооцінки, концентрації та суїцидальних думок.

Кожне запитання має оцінкову шкалу, де пацієнт вказує на ступінь відповідності свого стану наведеним симптомам. Загальний бал формується шляхом підсумовування отриманих балів за кожним питанням. Вищі сумарні бали свідчать про більш виражені симптоми депресії.

PHQ-9 є інструментом, який широко застосовується у медичній практиці та дослідженнях, надаючи зручний та стандартизований метод оцінки впливу депресивних симптомів на пацієнта [119].

2.2.3 Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха

Ця методика є опитувальником, спрямованим на виявлення невдоволення образом власного тіла у людей, які мають порушення харчової поведінки. Вона була розроблена О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою.

З погляду авторів опитувальника, оцінний компонент ставлення до тіла відображає:

- глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, виглядом тіла, конкретними його частинами);
- емоції та почуття, пов'язані із зовнішнім виглядом;
- когнітивний компонент, що охоплює переконання про зовнішність та схему тіла;
- певну поведінку, таку як уникання огляду себе у дзеркалі, зважування або відвідування тренажерних залів.

Опитувальник образу тіла (ООТ) є інструментом психометричного вимірювання, який дозволяє оцінити рівень незадоволеності зовнішністю як частини загального образу тіла. Психометричні властивості даного опитувальника роблять його придатним як для використання у популяційних дослідженнях у ролі скринінгового інструменту, так і для використання у клінічній практиці як допоміжного діагностичного тесту [120].

2.2.4 Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) був створений голландськими психологами у 1986 році на основі досліджень факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету в Нідерландах. Цей опитувальник призначений для виявлення різних аспектів харчової поведінки, таких як обмежувальна, емоціогенна та екстернальна харчова поведінка. Його створення мало на меті отримання простого та достовірного інструменту для

оцінки якісних та кількісних аспектів розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та ожирінням, а також для розроблення різноманітних клінічних стратегій у роботі з пацієнтами.

Емоціогенна ХП вказує на тенденцію людини споживати їжу як відповідь на негативні емоційні стани, такі як смуток чи тривога. Екстернальна ХП описує харчування, як споживання у відповідь на зовнішні стимули, пов'язані з їжею, незалежно від відчуття голоду чи насичення. Обмежувальна ХП передбачає, що стримане харчування (тобто когнітивні спроби контролювати їжу, такі як обмеження кількості або типу споживаної їжі, часто для контролю ваги) може впливати на переїдання. Субшкали екстернальної, емоціогенної та обмежувальної ХП DEBQ пов'язані із ХП, яка не є адаптивною [121].

2.2.5 Тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна)

Тест Спілбергера-Ханіна є методикою, яка використовується для дослідження психологічного явища тривожності. Цей опитувальник містить 20 висловлювань, спрямованих на вивчення тривожності як стану (зокрема, реактивна або ситуативна тривожність), і 20 висловлювань, призначених для визначення тривожності як диспозиції, тобто як особистісну особливість (властивість тривожності). Цей тест має дві підшкали:

- Перша, шкала ситуативної або реактивної тривожності, у формі стану виявляється суб'єктивно переживанням емоцій, таких як напруження, занепокоєння, заклопотаність і нервозність. Цей стан є результатом емоційної реакції на стресову подію та може варіюватися за інтенсивністю й змінюватися з часом.
- Друга шкала, що вимірює особисту тривожність, оцінює стабільні аспекти особистості, такі як схильність до занепокоєння та відчуття спокою, впевненості й безпеки.

Шкала Спілбергера-Ханіна, завдяки своїй відносній простоті та ефективності, широко використовується в клінічній практиці з різноманітними метами, такими як визначення вираженості тривожних переживань, оцінка стану пацієнта в динаміці тощо. Крім того, ця шкала є єдиним інструментом, що може диференціювати тривожність як особистісну властивість і як стан [122].

2.2.6 Методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч)

Оцінка якості життя учасників дослідження проводилась за допомогою інтегративного опитувальника якості життя, який був розроблений Mezzich J.E. та ін. у 1999 році і адаптований Н.О. Марутою для використання в діаді пацієнт-лікар. Опитувальник включає суб'єктивні характеристики 10 показників: фізичне благополуччя, психоемоційне благополуччя, самообслуговування і незалежність дій, працездатність, міжособистісні взаємостосунки, соціально-емоційна підтримка, суспільна і службова підтримка, особистісна реалізація, духовна реалізація та загальне сприйняття життя.

Інтегративний показник якості життя (ІЯЖ) визначався шляхом обчислення середньоарифметичної суми цих показників. Також визначалися показники суб'єктивного благополуччя (середньоарифметична сума фізичного благополуччя, психоемоційного благополуччя та загального сприйняття життя), соціального функціонування (середньоарифметична сума самообслуговування, незалежності дій, міжособистісної взаємодії, працездатності та особистісної реалізації) та зовнішніх життєвих обставин (середньоарифметична сума соціально-емоційної, суспільної і службової підтримки та духовної реалізації) [123].

2.3 Дизайн дослідження

На першому етапі дослідження проводилося формування груп дослідження. Потрапляння у основну групу та групу порівняння було випадковим, завдяки чому забезпечувалася послідовна рандомізація. Діагностика розладів проводилася відповідно до критеріїв МКХ-10. Проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами:

- анкета про стан здоров'я PHQ-9 [119];
- опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха [120];
- голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) [121];
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна) [122];
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч), адаптований Н.О. Марутою [123];

Водночас проводився аналіз наявності попередніх госпіталізацій пацієнтів в психіатричний стаціонар та визначення їх кількості.

Другий етап дослідження включав узагальнення отриманих даних, розробку та впровадження фармакотерапевтичних і психотерапевтичних лікувально-реабілітаційних заходів з психоосвітнім компонентом направлених на корекцію симптомів порушень ХП та ТДР даного контингенту.

На третьому етапі (6 місяців від початку терапії) проводилася оцінка ефективності терапії в обох групах. Повторно проводилося клініко-психопатологічне інтерв'ю та патопсихологічне дослідження з використанням психометричних шкал та опитувальників.

На четвертому етапі дослідження (через 1 рік після втручання) проводився аналіз наявності повторних госпіталізацій протягом року після втручання. На основі отриманої інформації та даних дослідження пацієнтів при первинному огляді проводився розрахунок відносних ризиків та шансів

повторної госпіталізації в стаціонар протягом наступного року після терапії, а також побудова прогностичної моделі.

2.4 Статистичні методи дослідження

Статистичний аналіз проводився з використанням статистичного пакету STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA) та MedCalc Statistical Software trial version 22.009 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023). Перевірка нормальності розподілу показників здійснювалась за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. Якщо розподіл показників був нормальним, то для їх аналізу використовували параметричні методи статистики, такі як середнє значення (M) та стандартне відхилення (SD), щоб описати показник, а також критерій Стьюдента для порівняння даних між групами. Для показників з розподілом, відмінним від нормального, використовували непараметричні методи статистики. Для представлення цих показників використовували медіану та інтерквартильний діапазон (Me [Q1;Q3]), а також для порівняння даних між групами використовували критерій Манна-Уїтні. Критерій Вілкоксона був застосований для порівняння показників в залежних групах до та після втручання. У зв'язку з виявленням кількісних параметрів, що мають розподіл, який відрізняється від нормального, кореляційний аналіз виконувався за допомогою непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена. При цьому значення коефіцієнта кореляції $r > 0,7$ вказує на сильний зв'язок, r від 0,7 до 0,3 – на зв'язок середньої сили, а $r < 0,3$ – на слабкий зв'язок. Однорідність груп за якісними показниками перевірялася за допомогою критерію хі-квадрат. [124]. ROC-аналіз з обчисленням площі під ROC кривою та порівняння ROC кривих проводили з використанням програми MedCalc Statistical Software. Для визначення відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ) спочатку було проведено простий логістичний регресійний аналіз, а потім, на його основі, множинний логістичний регресійний аналіз. Для оцінки числової величини клінічної значущості побудованої регресійної моделі

використовувався показник AUC (Area Under Curve) – площа під кривою, який визначає якість моделі таким способом: 0,9-1,0 – відмінна, 0,8-0,9 – дуже гарна, 0,7-0,8 – гарна, 0,6-0,7 – середня, 0,5-0,6 – незадовільна [125]. Значущими вважали відмінності при статистичній значущості результату $p < 0,05$.

Для класифікації ваги пацієнтів та визначення ступеня ожиріння проводився розрахунок індексу маси тіла (ІМТ) за формулою $ІМТ = \text{маса тіла (в кг)} / \text{зріст (в м}^2\text{)}$. ІМТ $< 18,5$ – недостатня вага, 18,5–24,9 – нормальна вага, 25,0–29,9 – надлишкова вага, 30,0–34,9 – ожиріння I ступеню, 35,0–39,9 – ожиріння II ступеню, $\geq 40,0$ – ожиріння III ступеню [126].

Висновки до розділу

У другому розділі розглянуто дизайн дослідження, описані етапи та методи, що використовувалися, з їхньою короткою характеристикою. Також подано загальний огляд обстежених та основних груп. Було встановлено, що між пацієнтами основної групи та групи порівняння не спостерігалось статистично значущої відмінності за соціально-демографічними показниками ($p > 0,05$), обидві групи були однорідними. Це свідчить про репрезентативність дослідження та створює можливість для проведення порівняльного аналізу.

В дослідження було включено 147 осіб. Пацієнти були поділені на основну 82 чоловіки та групу порівняння – 65 чоловік. Основна група складалася з 21 (26%) чоловіка та 61 (74%) жінки. Група порівняння 19 (29%) чоловіків та 46 (71%) жінок.

Використані психодіагностичні методи відповідають цілям і завданням, поставленим у рамках дисертаційного дослідження.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Клініко-психопатологічні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки

Даний етап дослідження проводився серед пацієнтів, що страждали на ТДР з порушеннями ХП, які були розділені на дві групи:

- основна група включала 82 пацієнти;
- група порівняння складалася з 65 пацієнтів.

Проведено аналіз вікових особливостей всієї вибірки. Для класифікації пацієнтів за віком вони були розподілені на дві групи:

- група молодого віку включала 85 осіб;
- група середнього віку – 62 особи.

Для оцінки статевих особливостей, всіх пацієнтів у вибірці було розділено на дві групи: чоловіків і жінок.

- група чоловіків складалася з 40 осіб;
- група жінок – з 107.

Був проведений аналіз пацієнтів вибірки з урахуванням діагностованих психіатричних розладів та їх розподіл між групами. Результати представлені в табл. 3.1.

В результаті дослідження встановлено, що між двома групами були відсутні статистично значущі відмінності за психіатричними діагнозами.

Найбільш поширеним діагнозом був змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2), який спостерігався у 92 осіб (62,6%). Другим за поширеністю був ГТР (F41.1), виявлений у 28 учасників (19,0%). Інші невротичні розлади (інші фобічні тривожні розлади – F40.8; панічний розлад

– F41.0; ОКР, переважно нав'язливі думки – F42.0; порушення адаптації – F43.2; соматоформна вегетативна дисфункція – F45.3) були об'єднані в одну групу та виявлені у 27 осіб (18,4%).

Таблиця 3.1

Розподіл діагнозів у вибірці

Діагноз	Усі n=147	Основна група n=82	Група порівняння n=65	p
Розподіл за діагнозом, n (%)				
Змішаний тривожний та депресивний розлад	92 (62,6)	52 (63,4)	40 (61,5)	0,85
ГТР	28 (19,0)	16 (19,5)	12 (18,5)	0,95
Інший невротичний розлад	27 (18,4)	14 (17,1)	13 (20,0)	0,85

Примітка: p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

Серед пацієнтів всієї вибірки спостерігалися різноманітні психопатологічні синдроми невротичного регістру, їх перелік представлений на рис. 3.1.

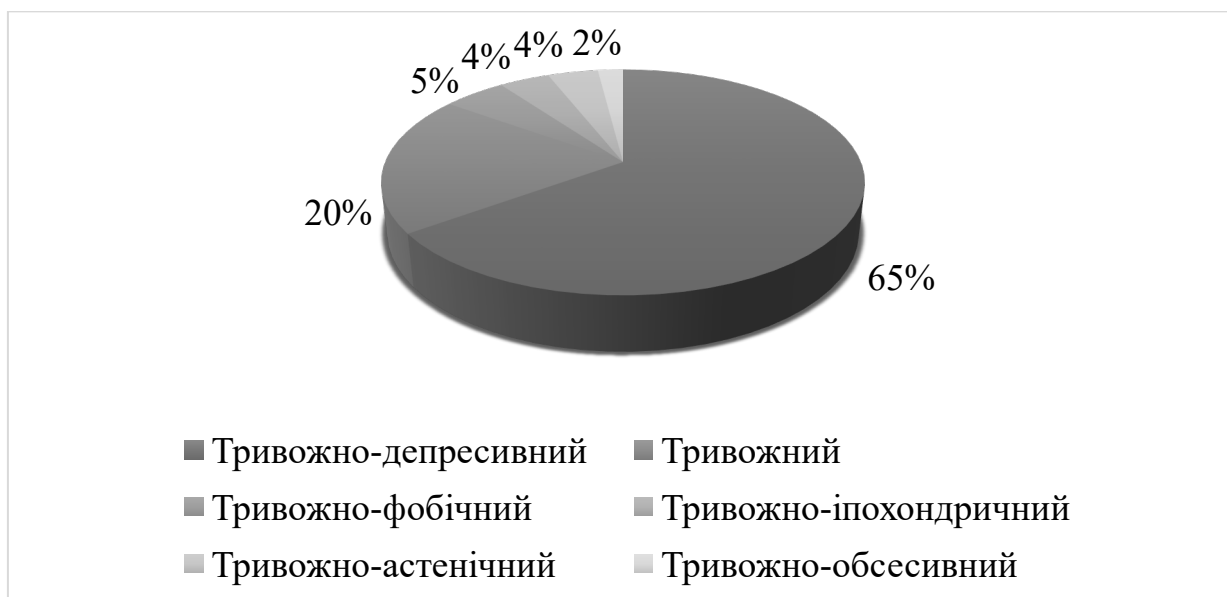


Рис. 3.1 Психопатологічні синдроми

В клінічній картині серед більшості пацієнтів провідне місце займав тривожний синдром та його поєднання з іншими синдромами. Так, найпоширенішими були: тривожно-депресивний синдром (65%), тривожний синдром (20%), тривожно-фобічний (5%), тривожно-іпохондричний синдром (4%), тривожно-астенічний синдром (4%), тривожно-обсесивний синдром (2%).

3.2. Психометричні особливості тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за віком та індексом маси тіла

Результати аналізу отриманих даних після первинного огляду пацієнтів обох груп за показниками віку та ІМТ представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Показник віку та ІМТ серед пацієнтів обох груп

Показник	Основна група n=82	Група порівняння n=65	p
Вік, Ме [Q1;Q3]	42,5 [33,0; 51,0]	43,0 [35,0; 49,0]	0,67
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	23,6 [21,0; 29,1]	23,8 [20,8; 28,8]	0,76

Після обстеження пацієнтів було встановлено, що між представниками обох груп відсутні статистично значущі відмінності за показниками віку та ІМТ.

Середній вік пацієнтів у всій вибірці відповідає молодому віку за критеріями ВООЗ. У основній групі середній вік становив 42,5 [33,0; 51,0] років, а в групі порівняння – 42,3 (10,5).

Щодо ІМТ, він в обох групах вказував на нормальну масу тіла. У основній групі ІМТ дорівнював 23,6 [21,0; 29,1] кг/м², а в групі порівняння – 23,8 [20,8; 28,8] кг/м².

При аналізі за віком було виявлено, що в обох групах переважають пацієнти молодого віку – 57,3% та 58,5% відповідно. Пацієнти середнього віку становлять 42,7% у основній групі та 41,5% у групі порівняння (Рис. 3.2).

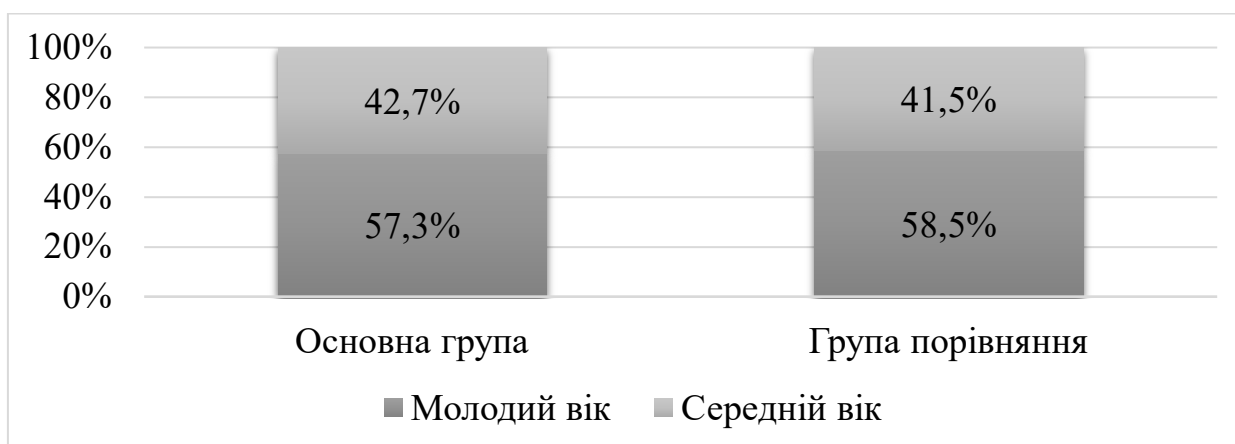


Рис. 3.2 Віковий розподіл пацієнтів в обох групах

Під час аналізу вибірки за ІМТ було виявлено, що в обох групах переважна більшість пацієнтів мали нормальну вагу: 52,4% у основній групі та 50,8% у групі порівняння. Надмірна вага спостерігалася серед 24,4% обстежених у основній групі та 27,7% у групі порівняння, а ожиріння 1 ст. відзначалося у 13,4% та 12,3% відповідно. Недостатня вага була виявлена серед 7,3% осіб основної групи та 4,6% групи порівняння. Ожиріння 2 ст. виявлено у 1,2% осіб основної групи і 3,1% групи порівняння, а ожиріння 3 ст. – у 1,2% та 1,5% відповідно (Рис. 3.3).

Результати дослідження за показниками віку та ІМТ при розподілі вибірки за віком представлені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Показники віку та ІМТ серед пацієнтів за віком

Показник	Молодий вік n=85	Середній вік n=62	p
Вік, Ме [Q1;Q3]	35,0 [30,0; 40,0]	52,0 [48,0; 58,0]	<0,01
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	22,1 [20,1; 26,8]	25,5 [21,7; 29,5]	<0,01

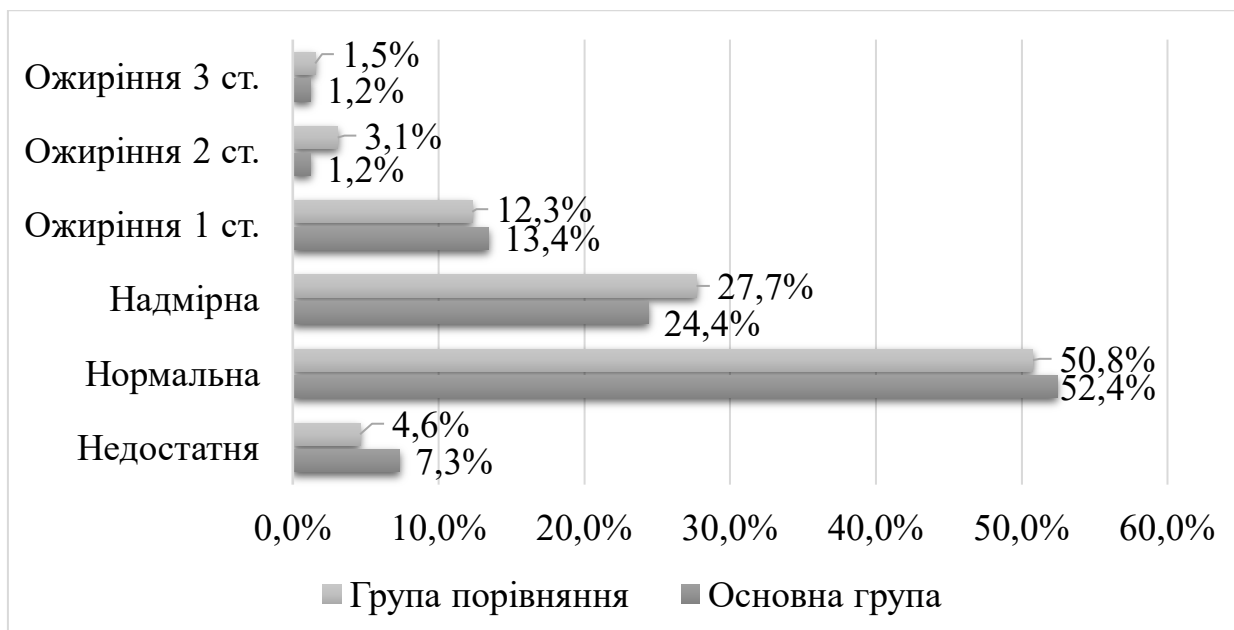


Рис. 3.3 Розподіл пацієнтів в групах за вагою

За результатами дослідження було встановлено, що між групами пацієнтів молодого та середнього віку спостерігалася статистично значуща відмінність за показниками віку та ІМТ.

У групі пацієнтів молодого віку середній вік становив 35,0 [30,0; 40,0] років, а серед пацієнтів середнього віку – 52,0 [48,0; 58,0].

У групі молодого віку середній показник ІМТ відповідав нормальній вазі – 22,1 [20,1; 26,8] кг/м², тоді як серед пацієнтів середнього віку відзначався надлишковою вагою – 25,5 [21,7; 29,5] кг/м².

При вивченні статевого розподілу було виявлено, що серед обох вікових груп значно переважають представниці жіночої статі: 64,7% в групі молодого віку та 83,9% в групі середнього віку (Рис. 3.4)

При оцінці пацієнтів за ІМТ встановлено, що в обох групах переважала нормальна вага – 58,8% серед осіб молодого віку та 41,9% серед осіб середнього віку. Надмірна вага спостерігалася серед 23,5% молодих пацієнтів, порівняно з 29,0% серед осіб середнього віку. Поширеність ожиріння 1 ст. була більшою серед пацієнтів середнього віку – 21,0%, порівняно з молодшою віковою групою, де вона становила 7,1%. Недостатня вага була характерна для обох груп і становила 5,9% серед молодих та 6,5% серед осіб середнього віку.

Наявність ожиріння 2 ст. була виявлена серед 2,4% молодих та 1,6% осіб середнього віку. Ожиріння 3 ст. виявлено лише серед осіб молодого віку у 2,4% випадків. (Рис. 3.5).

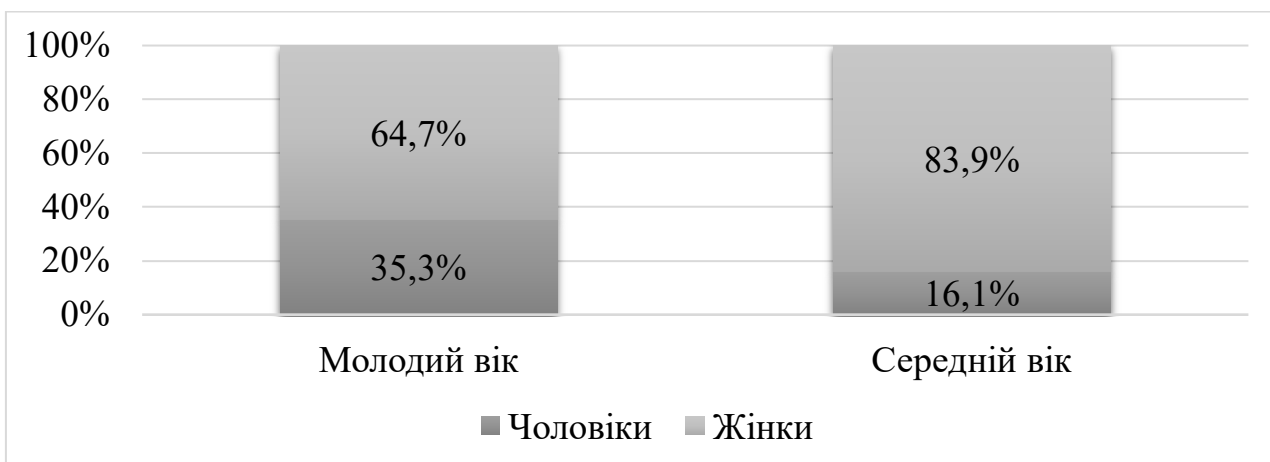


Рис. 3.4 Статевий розподіл пацієнтів за віком

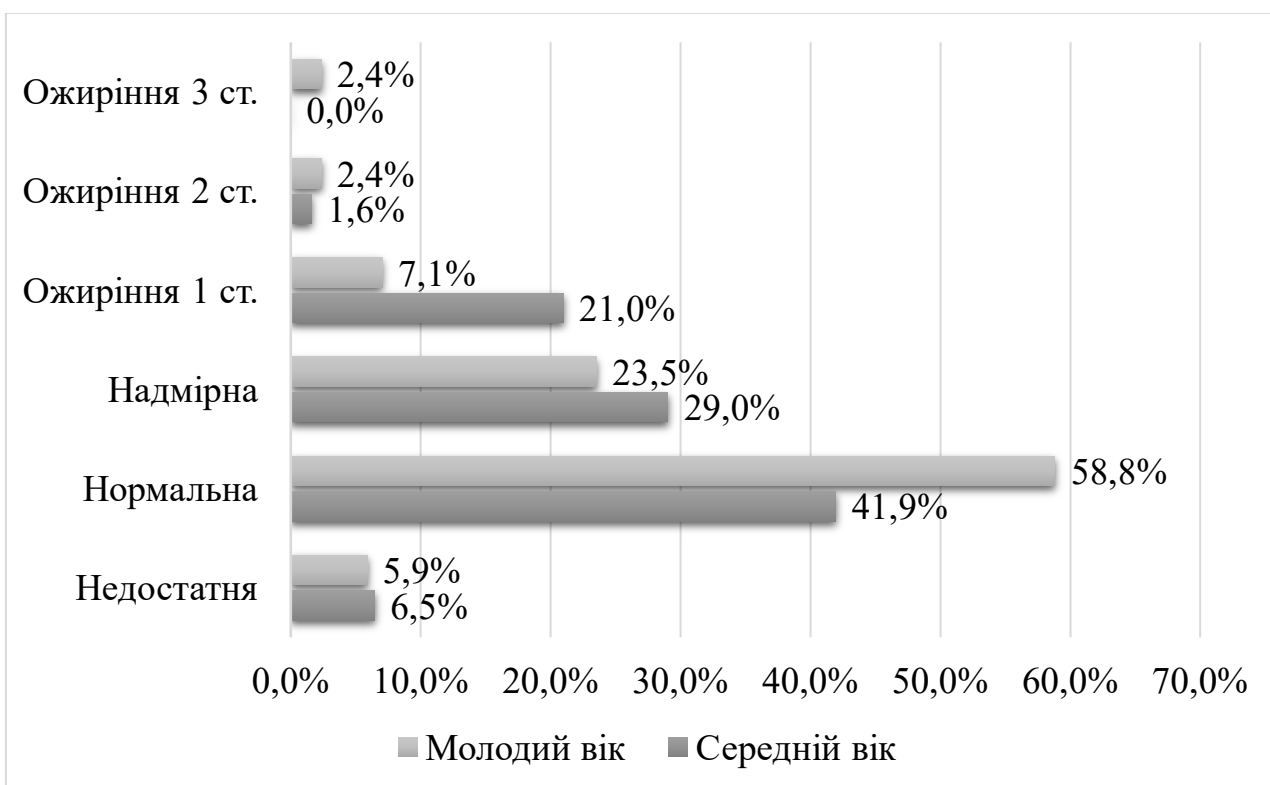


Рис. 3.5 Розподіл осіб молодого та середнього віку за вагою

Результати дослідження за показниками віку та ІМТ при розподілі вибірки за статтю представлені в табл. 3.4.

Показники віку та ІМТ серед пацієнтів за статтю

Показник	Чоловіки n=40	Жінки n=107	p
Вік, Ме [Q1;Q3]	38,0 [31,5; 44,0]	44,0 [35,0; 52,0]	<0,01
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	25,9 [21,6; 29,5]	22,8 [20,8; 28,3]	<0,05

За результатами дослідження було встановлено, що між групами пацієнтів чоловічої та жіночої статі спостерігалася статистично значуща відмінність за показниками віку та ІМТ.

У групі пацієнтів чоловічої статі показник віку становив 37,9 (10,4) років, а серед жінок – 44,0 [35,0; 52,0].

У групі чоловіків показник ІМТ відповідав надлишковій вазі – 26,1 (5,0) кг/м², тоді як серед пацієнтів жіночої статі відзначалася нормальна вага – 22,8 [20,8; 28,3] кг/м².

При вивченні за віком виявлено, що серед чоловіків значно переважають представники молодшої вікової групи – 75,0%, порівняно з тими, що належать до середнього віку – 25,0%. У той же час розподіл жінок за віком не виявив суттєвих відмінностей і склав 51,4% для молодшої вікової групи та 48,6% для середнього віку (Рис. 3.6).

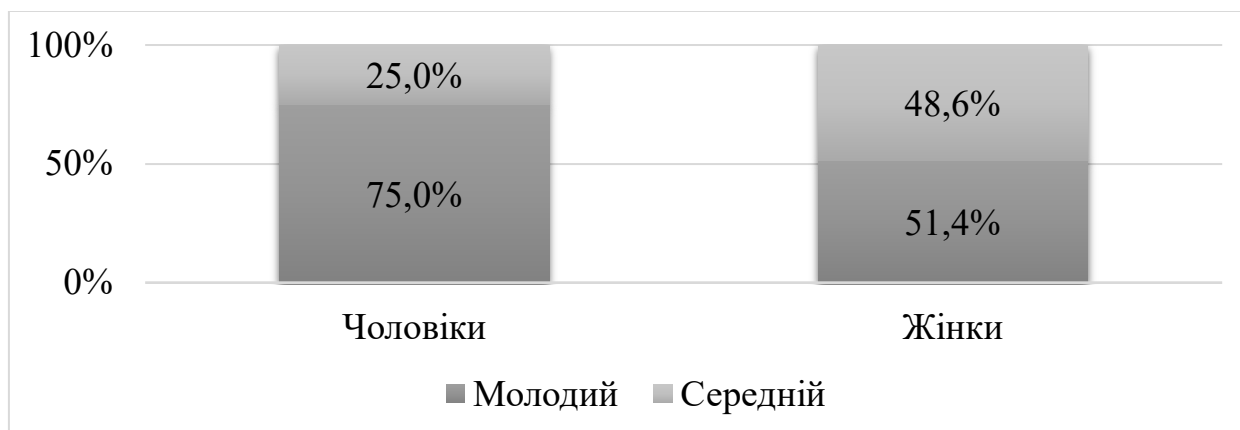


Рис. 3.6 Віковий розподіл пацієнтів за статтю

При оцінці пацієнтів за ІМТ встановлено, що в групі чоловіків переважала надмірна вага – 42,5%, порівняно з 19,% у жінок. У той же час, серед жінок домінувала нормальна вага – 56,1%, порівняно з 40,0% у чоловіків. Недостатня вага спостерігалася лише в групі жінок та становила 8,4% від загальної кількості. Поширеність ожиріння 1 ст. спостерігалася частіше серед жінок – 13,1%, але без суттєвої різниці в порівнянні з чоловіками, де вона становила 12,5%. Наявність ожиріння 2 ступеня переважала у жінок – 5,0%, у чоловіків – 0,9%. Ожиріння 3 ступеня виявлено лише серед жінок у 1,9% випадків (Рис. 3.7).

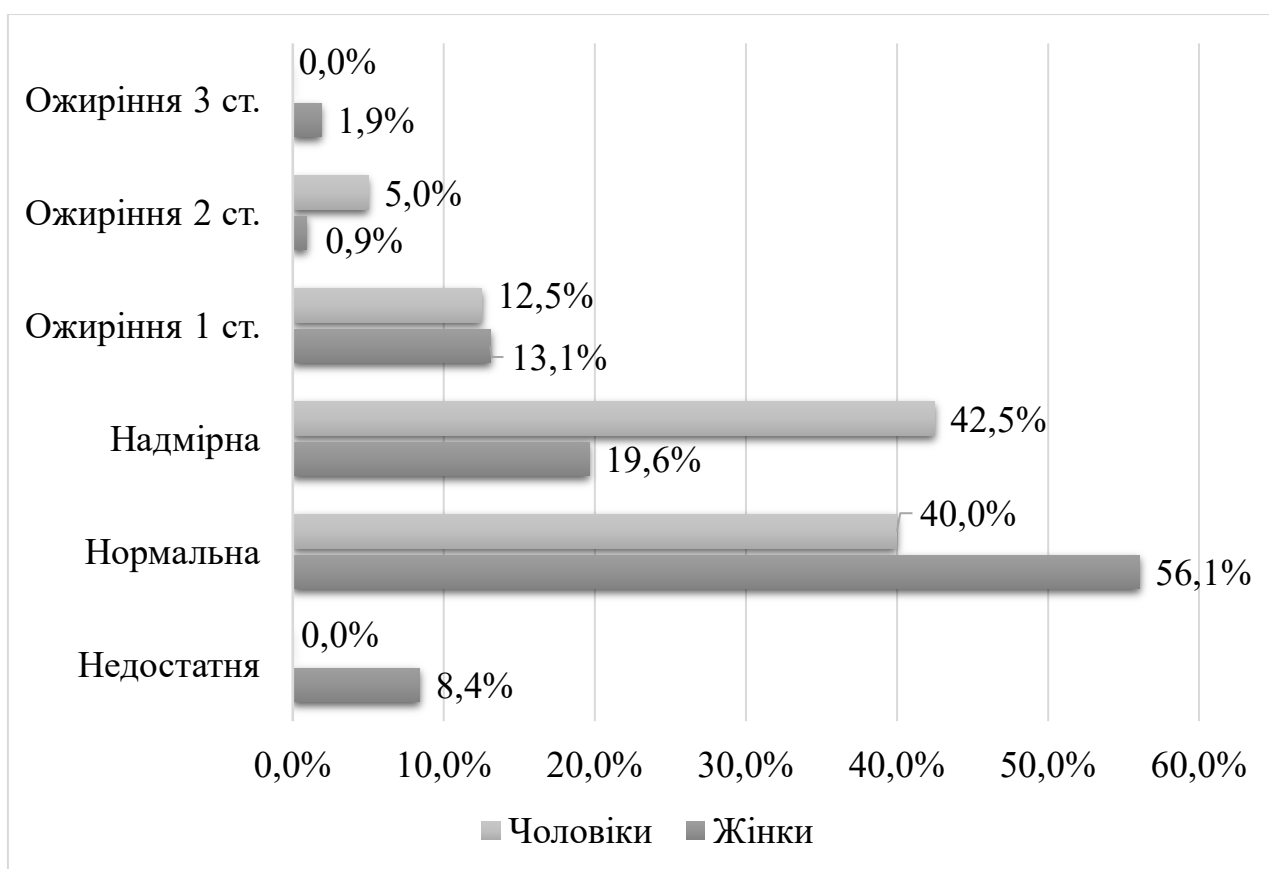


Рис. 3.7 Розподіл чоловіків та жінок за вагою

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за особливостями образу власного тіла та направленості харчової поведінки

Результати аналізу отриманих даних після первинного огляду пацієнтів обох груп за показниками образу власного тіла та направленості ХП, визначеним за допомогою опитувальника DEBQ, представлені в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Показник опитувальнику образу тіла та DEBQ серед пацієнтів обох груп

Показник	Основна група n=82	Група порівняння n=65	p
ООТ, Ме [Q1;Q3]	9,5 [5,0; 18,0]	9,0 [6,0; 16,0]	0,69
Обмежувальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,7 [1,2; 2,5]	1,7 [1,3; 2,6]	0,90
Емоціогенна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,6 [1,1; 2,2]	1,5 [1,1; 2,1]	0,79
Екстернальна ХП, Ме [Q1;Q3]	2,9 [2,1; 3,6]	2,8 [2,0; 3,4]	0,20

В ході обстеження було визначено, що між пацієнтами обох груп відсутні статистично значущі відмінності за показниками ООТ та DEBQ.

За ООТ середні бали показника свідчили про відсутність незадоволеності образом власного тіла в обох групах. У основній групі цей показник склав 9,5 [5,0; 18,0] балів, тоді як в групі порівняння – 9,0 [6,0; 16,0].

Показники DEBQ свідчили про відсутність обмежувальної та емоціогенної ХП, а також про наявність екстернальної направленості ХП в обох групах. Показник обмежувальної направленості ХП в основній групі склав 1,7 [1,2; 2,5] балів, в групі порівняння – 1,7 [1,3; 2,6]. Емоціогенна направленість ХП в основній групі дорівнювала 1,6 [1,1; 2,2] балів, а в групі порівняння – 1,5 [1,1; 2,1]. Екстернальна направленість ХП відповідала 2,9 [2,1; 3,6] балів в основній групі та 2,8 [2,0; 3,4] балів у групі порівняння.

У процесі оцінки незадоволення образом власного тіла були отримані наступні результати: у основній групі 40,2% пацієнтів виявили незадоволеність образом свого тіла, серед чоловіків цей показник склав 38,1%, тоді як серед жінок він становив 41,0%. У групі порівняння цей показник склав 36,9% обстежуваних, зокрема 31,6% чоловіків та 39,1% жінок (Рис. 3.8).

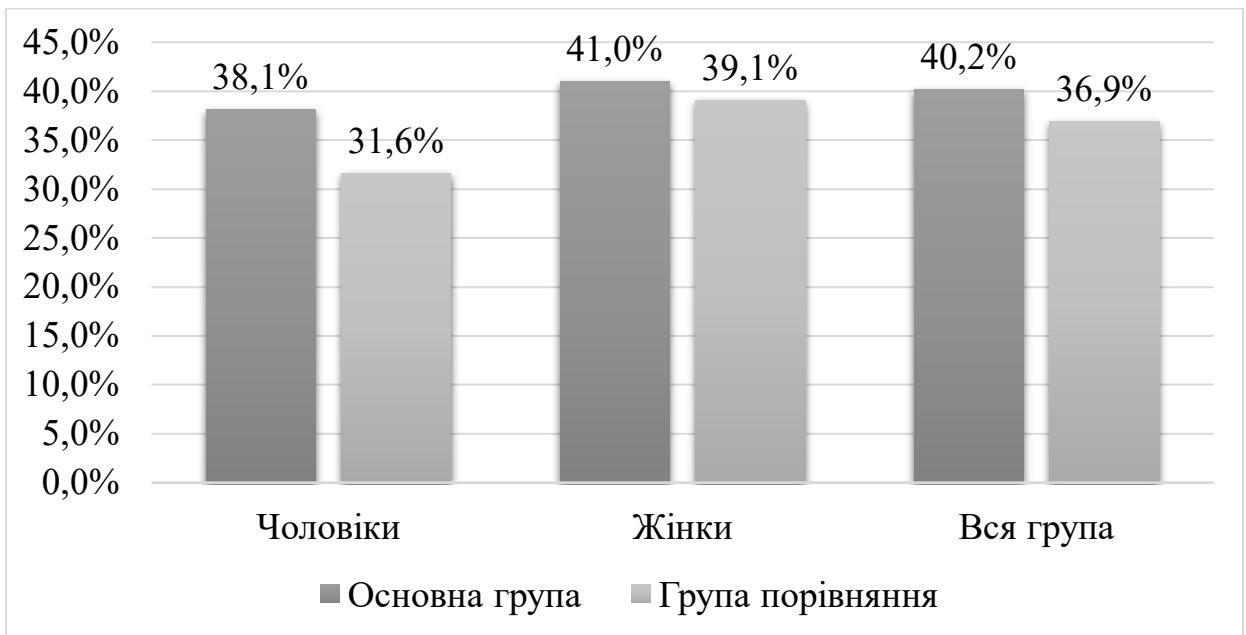


Рис. 3.8 Розподіл пацієнтів у групах з урахуванням порушення сприйняття образу тіла.

Під час оцінки направленості ХП виявлені наступні відомості: 56,1% у основній групі та 50,8% у групі порівняння мали екстернальну направленість ХП. Емоціогенна направленість ХП спостерігалася серед 34,1% у основній групі та 33,8% у групі порівняння. Обмежувальна направленість ХП виявлена у 24,4% та 27,7% відповідно (Рис. 3.9).

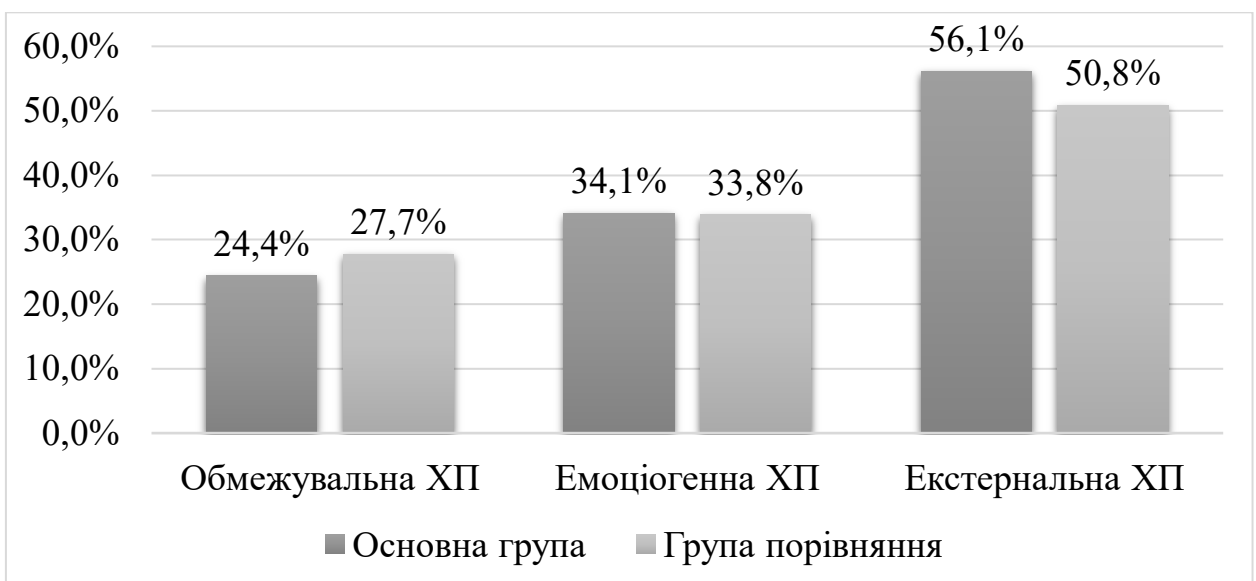


Рис. 3.9 Розподіл ХП за направленістю в групах

Результати дослідження за показниками OOT та DEBQ при розподілі вибірки за віком представлені в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Показники за опитувальниками OOT та DEBQ серед пацієнтів за віком

Показник	Молодий вік n=85	Середній вік n=62	p
OOT, Me [Q1;Q3]	9,0 [6,0; 21,0]	9,0 [5,0; 15,0]	0,36
Обмежувальна ХП, Me [Q1;Q3]	1,7 [1,2; 2,6]	1,6 [1,2; 2,2]	0,47
Емоціогенна ХП, Me [Q1;Q3]	1,6 [1,2; 2,1]	1,4 [1,0; 2,2]	0,11
Екстернальна ХП, Me [Q1;Q3]	2,8 [2,2; 3,5]	2,8 [2,0; 3,4]	0,41

За результатами дослідження було встановлено, що між пацієнтами молодого та середнього віку не спостерігалось статистично значущої відмінності за показниками OOT та направленості ХП за опитувальником DEBQ.

Результати оцінки образу тіла свідчили про відсутність незадоволеності образом власного тіла як серед осіб молодого, так і середнього віку. Показник серед молодих дорівнював 9,0 [6,0; 21,0] балів, в той час як серед осіб середнього віку він склав 9,0 [5,0; 15,0] балів.

Показники за DEBQ свідчили про відсутність обмежувальної та емоціогенної направленості ХП, проте виявлено екстернальну направленість ХП серед осіб молодого віку та в групі середнього віку, яка перебуває на крайній межі норми. Показник обмежувальної направленості ХП серед молодих становив 1,7 [1,2; 2,6] балів, серед осіб середнього віку – 1,6 [1,2; 2,2]. Емоціогенна направленість ХП серед молодих дорівнювала 1,6 [1,2; 2,1] балів, а серед середнього віку – 1,4 [1,0; 2,2]. Екстернальна направленість ХП складала 2,8 [2,2; 3,5] балів серед молодих осіб та 2,7 (0,9) балів у групі середнього віку.

При оцінці за ООТ отримані наступні результати: серед молодих осіб 41,2% виявили незадоволення образом свого тіла, у групі середнього віку цей показник склав 35,5% (Рис. 3.10).

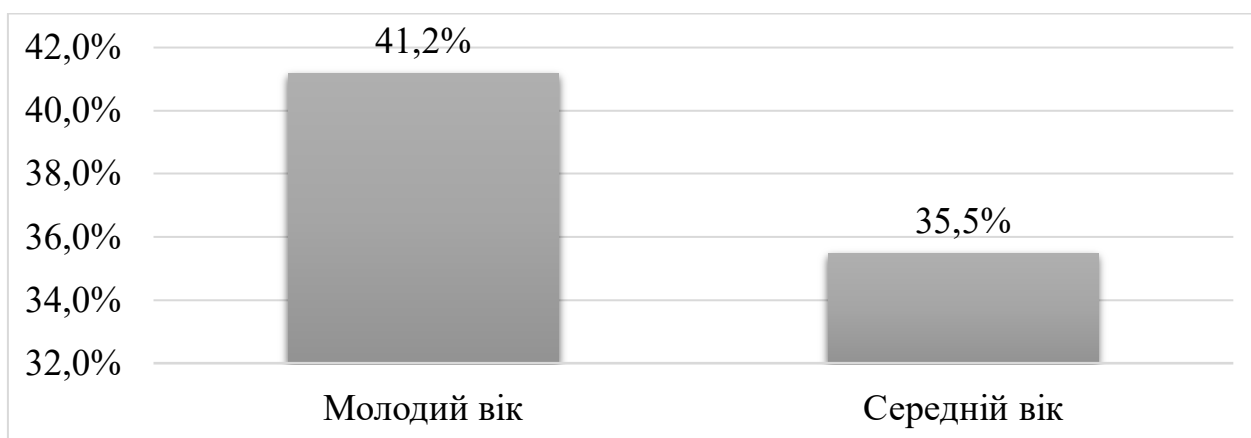


Рис. 3.10 Поширеність незадоволеності образом тіла за віком

При оцінці направленості ХП отримані наступні дані: 55,3% молодих та 51,6% осіб серед середнього віку мали екстернальну направленість ХП, емоціогенна направленість ХП виявилася у 35,3% молодих та 32,3% осіб серед середнього віку, обмежувальна направленість ХП виявилася у 29,4% та 21,0% відповідно (Рис. 3.11).

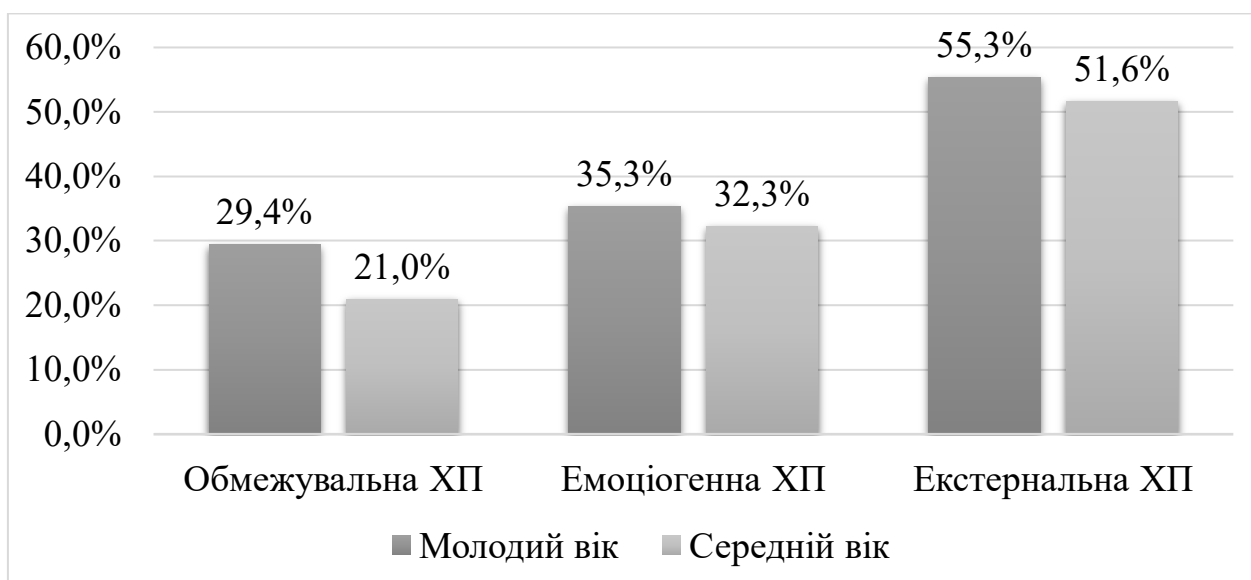


Рис. 3.11 Розподіл ХП за направленістю за віком

Результати дослідження за показниками ООТ та DEBQ при розподілі вибірки за статтю представлені в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Показники за опитувальниками ООТ та DEBQ серед пацієнтів за статтю

Показник	Чоловіки n=40	Жінки n=107	p
ООТ, Ме [Q1;Q3]	10,0 [6,5; 15,5]	8,0 [5,0; 19,0]	0,48
Обмежувальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,8 [1,2; 2,6]	1,6 [1,2; 2,4]	0,62
Емоціогенна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,3 [1,0; 1,9]	1,5 [1,1; 2,2]	0,22
Екстернальна ХП, Ме [Q1;Q3]	3,0 [1,9; 3,6]	2,8 [2,1; 3,4]	0,99

За результатами дослідження було встановлено, що між групами пацієнтів чоловічої та жіночої статі не спостерігалось статистично значущої відмінності за показниками ООТ та направленості ХП за опитувальником DEBQ.

Результати оцінки образу тіла свідчили про відсутність незадоволеності образом власного тіла як серед чоловіків, так і серед жінок. Результати оцінки образу тіла свідчили про відсутність незадоволеності образом власного тіла як серед осіб молодого, так і середнього віку. Показник серед чоловіків дорівнював 10,0 [6,5; 15,5] балів, в той час як серед жінок він склав 8,0 [5,0; 19,0] балів.

Показники за DEBQ свідчили про відсутність обмежувальної та емоціогенної направленості ХП, проте була наявна екстернальна направленість ХП серед чоловіків та жінок. Показник обмежувальної направленості ХП серед чоловіків становив 1,8 [1,2; 2,6] балів, серед осіб жіночої статі – 1,6 [1,2; 2,4]. Емоціогенна направленість ХП серед пацієнтів чоловічої статі дорівнювала 1,3 [1,0; 1,9] балів, а серед жінок – 1,5 [1,1; 2,2].

Екстернальна направленість ХП складала 3,0 [1,9; 3,6] балів серед чоловіків та 2,8 [2,1; 3,4] балів у групі жінок.

При оцінці за опитувальником оцінки образу власного тіла отримані наступні результати: серед чоловіків 35,0% були незадоволені образом свого тіла, серед жінок 40,2% (Рис. 3.12).

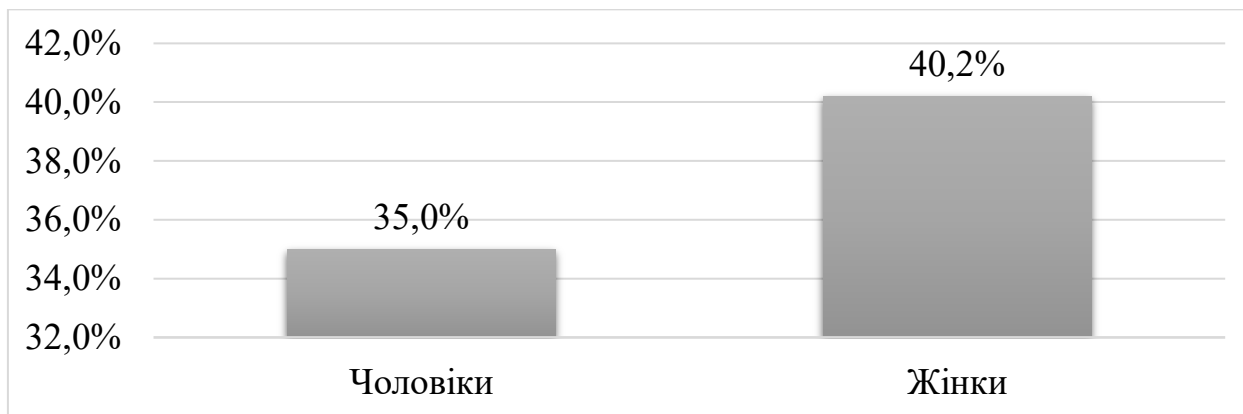


Рис. 3.12 Поширеність незадоволеності образом тіла за статтю

При оцінці направленості ХП отримані наступні дані: 55,0% чоловіків та 53,3% жінок мали екстернальну направленість ХП, емоціогенна ХП спостерігалася серед 30,0% чоловіків та 35,5% жінок, обмежувальна в 30,0% і 24,3% відповідно (Рис. 3.13).

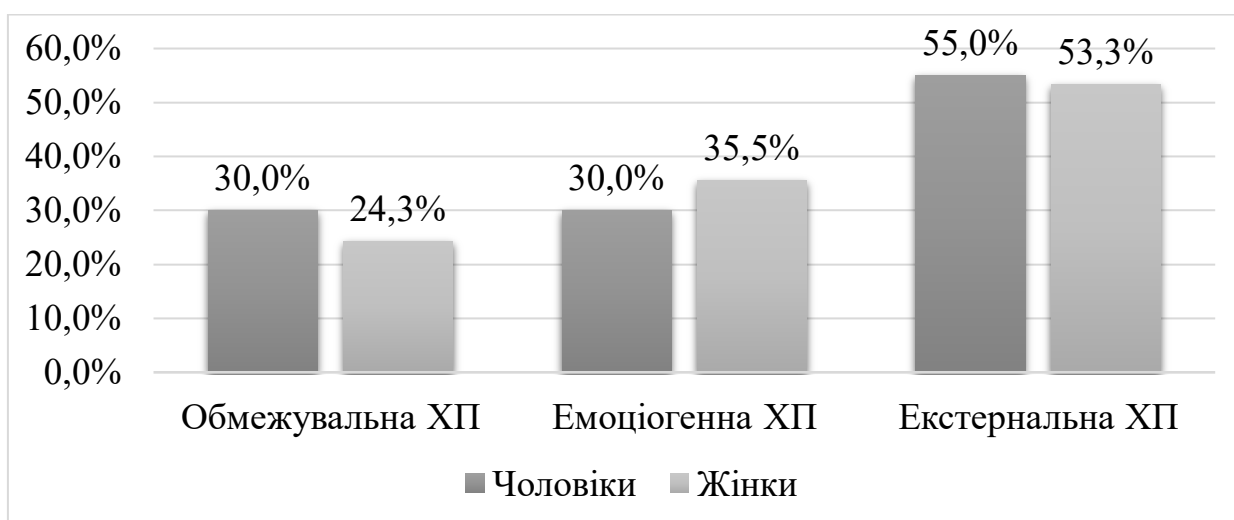


Рис. 3.13 Розподіл ХП за направленістю серед чоловіків та жінок

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за особливостями депресивних проявів та тривоги

Результати аналізу отриманих даних після первинного огляду пацієнтів обох груп за показниками депресії та тривоги, представлені в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Показники депресії та тривоги серед пацієнтів обох груп

Показник	Основна група n=82	Група порівняння n=65	p
PHQ, Me [Q1;Q3]	17,5 [12,0; 23,0]	17,0 [13,0; 21,0]	0,36
Ситуаційна тривога, Me [Q1;Q3]	60,5 [53,0; 69,5]	59,5 [52,0; 68,0]	0,53
Особистісна тривога, Me [Q1;Q3]	58,5 [50,0; 67,0]	61,0 [48,0; 67,0]	0,98

В результаті обстеження пацієнтів обох груп було встановлено, що між ними відсутні статистично значущі відмінності за показниками депресії та тривоги.

Тяжкість депресивних симптомів, визначена опитувальником PHQ-9, вказує на помірно-тяжкий рівень депресії в обох групах. Рівень депресії в основній групі склав 17,5 [12,0; 23,0] балів, у групі порівняння – 16,7 (5,4) балів.

В обох групах спостерігався високий рівень ситуаційної та особистісної тривоги, виміряний за опитувальником Спілбергера-Ханіна. Ситуаційна тривога в основній групі становила 60,5 [53,0; 69,5] балів, у групі порівняння – 59,5 [52,0; 68,0] балів. Водночас рівень особистісної тривоги серед пацієнтів основної групи становив 58,5 [50,0; 67,0] балів, а в групі порівняння – 61,0 [48,0; 67,0] балів.

Під час оцінки рівня депресії серед пацієнтів було виявлено, що у 45,1% обстежених у основній групі та 38,5% в групі порівняння спостерігалася тяжка депресія, у 20,7% та 30,8% відповідно – помірно-тяжка. Помірна депресія була відзначена у 19,5% учасників основної групи і 21,5% групи порівняння, тоді як легка депресія була присутня у 14,6% та 9,2% пацієнтів відповідних груп (Рис. 3.14).

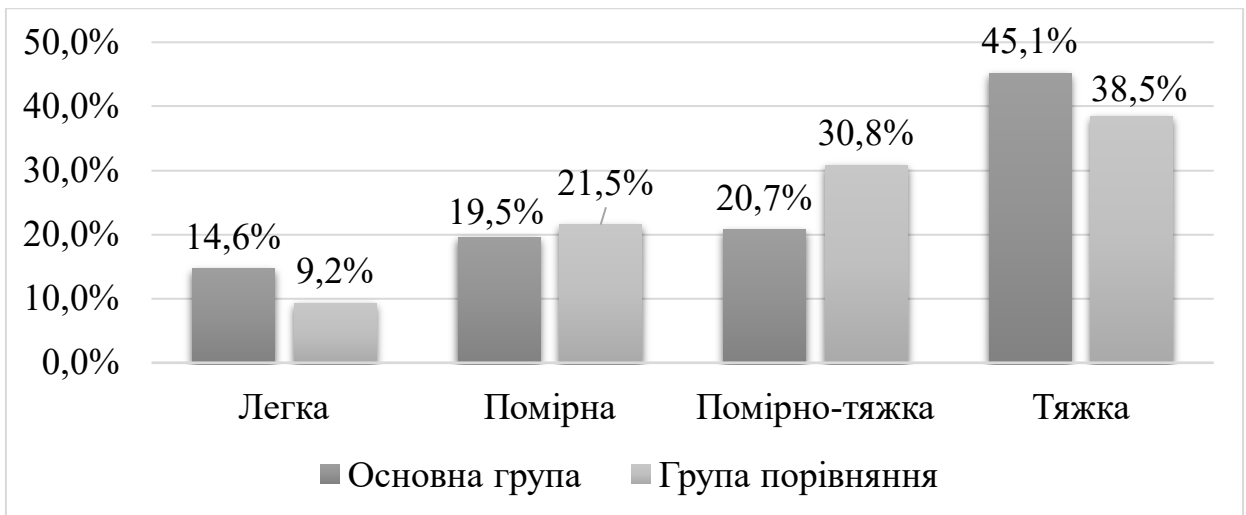


Рис. 3.14 Розподіл пацієнтів у групах за тяжкістю депресії

У обох групах більшість пацієнтів мали високий рівень особистісної тривоги: 90,2% у основній та 83,1% в групі порівняння. Помірний рівень зафіксовано в 9,8% і 15,4% відповідно. Лише 1,5% пацієнтів у групі порівняння мали низький рівень тривоги. Високий рівень ситуаційної тривоги виявлений у 92,7% основної групи та 90,8% групи порівняння. Помірний рівень був виявлений у 6,1% та 9,2% відповідно, а лише 1,2% пацієнтів основної групи мали низький рівень тривоги (Рис. 3.15).

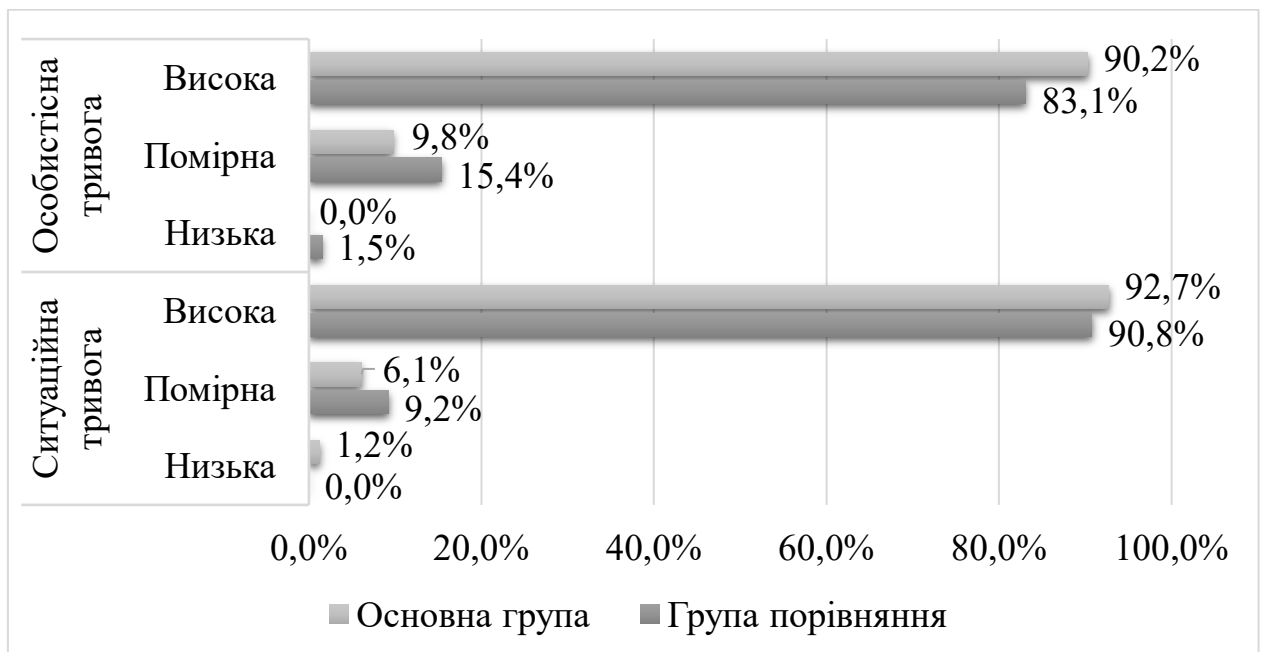


Рис. 3.15 Розподіл пацієнтів в групах за рівнем тривоги

Результати дослідження за показниками депресії та тривоги при розподілі вибірки за віком представлені в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Показники депресії та тривоги серед пацієнтів за віком

Показник	Молодий вік n=85	Середній вік n=62	p
PHQ, Me [Q1;Q3]	18,0 [14,0; 22,0]	16,0 [13,0; 22,0]	0,26
Ситуаційна тривога, Me [Q1;Q3]	63,0 [53,0; 68,0]	60,5 [52,0; 70,0]	0,84
Особистісна тривога, M (SD)	59,4 (10,1)	57,5 (12,1)	0,30

Результати дослідження не виявили статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів молодого та середнього віку за показниками рівня депресії та тривоги.

Обидві групи показали наявність помірно-тяжкої депресії за результатами опитувальника PHQ-9. Рівень депресії в групі осіб молодого віку склав 18,0 [14,0; 22,0] балів, у групі осіб середнього віку – 16,0 [13,0; 22,0] балів.

В обох вікових групах виявлено високий рівень ситуаційної та особистісної тривоги за результатами опитувальника Спілбергера-Ханіна. Показник ситуаційної тривоги серед молодих дорівнював 63,0 [53,0; 68,0] балів, а серед учасників середнього віку – 60,5 [52,0; 70,0] балів. Рівень особистісної тривоги серед молодих учасників становив 59,4 (10,1) балів, а серед осіб середнього віку – 57,5 (12,1) балів.

Під час аналізу рівня депресії серед пацієнтів було виявлено, що тяжка депресія переважала в обох вікових групах: у 47,1% пацієнтів молодого віку та у 35,5% тих, хто належить до середнього віку. Помірно-тяжка депресія була виявлена у 22,4% пацієнтів молодого віку і у 29,0% представників середнього віку. Помірна депресія спостерігалася у 20,0% пацієнтів молодого віку і в 21,0% тих, хто належить до середнього віку. Щодо легкої депресії, вона була виявлена у 10,6% та 14,5% відповідно (Рис. 3.16).

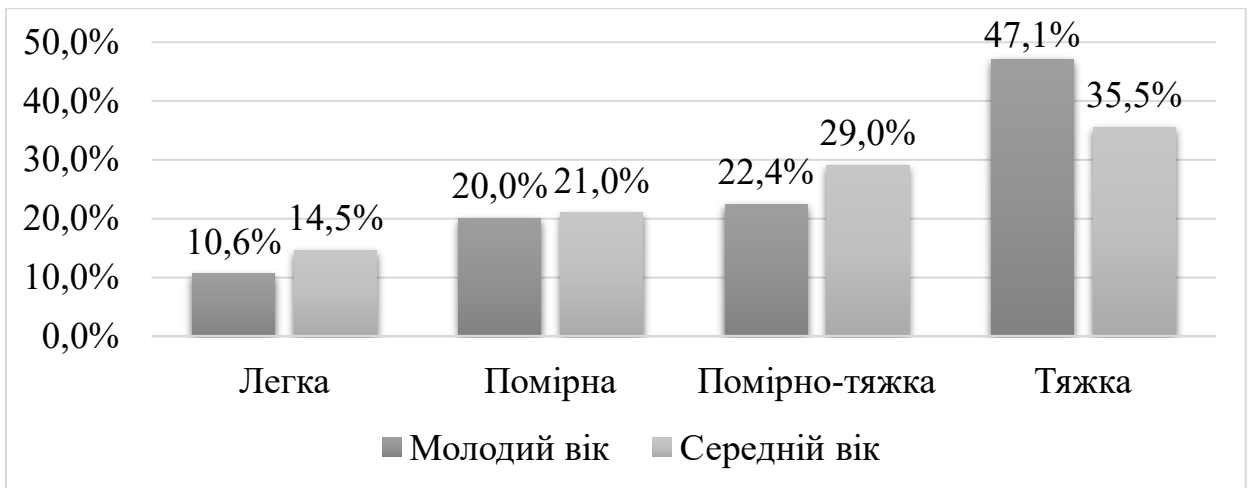


Рис. 3.16 Розподіл тяжкості депресії за віком

Серед більшості пацієнтів обох вікових груп спостерігався високий рівень особистісної тривоги: 90,6% пацієнтів молодого віку та 82,3% тих, хто належить до середнього віку. Помірний рівень тривоги був виявлений у 9,4% і 16,1% відповідно. Лише 1,6% пацієнтів середнього віку виявили низький рівень особистісної тривоги. За рівнем ситуаційної тривоги, високий рівень був виявлений у 92,9% пацієнтів молодого віку та у 90,3% тих, хто належить до середнього віку. Помірний рівень тривоги визначався в 7,1% і 8,1% відповідно. Лише 1,6% представників середнього віку мали низький рівень ситуаційної тривоги (Рис. 3.17).

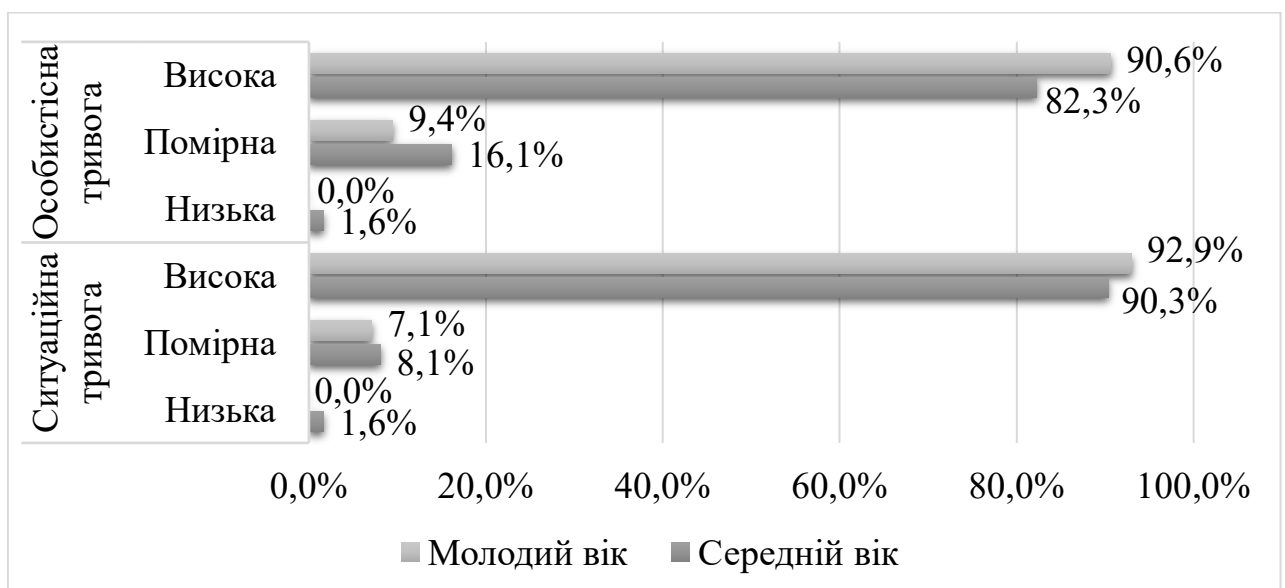


Рис. 3.17 Розподіл рівня тривоги за віком

Результати дослідження за показниками депресії та тривоги при розподілі вибірки за статтю представлені в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Показники депресії та тривоги серед пацієнтів за статтю

Показник	Чоловіки n=40	Жінки n=107	p
PHQ, Me [Q1; Q3]	16,0 [13,0; 20,5]	19,0 [13,0; 23,0]	0,17
Ситуаційна тривога, Me [Q1; Q3]	64,0 [53,5; 69,0]	60,0 [52,0; 68,0]	0,35
Особистісна тривога, Me [Q1; Q3]	58,5 [52,0; 70,0]	60,0 [48,0; 67,0]	0,59

Результати дослідження свідчили, що між групами пацієнтів чоловічої та жіночої статі не було виявлено статистично значущих відмінностей за показниками рівня депресії та тривоги.

Показник рівня депресії за опитувальником PHQ-9 вказував на помірно-тяжку депресію в обох групах. Рівень депресії серед чоловіків склав 16,5 (4,6) балів, у жінок – 19,0 [13,0; 23,0] балів.

Високий рівень ситуаційної та особистісної тривоги зафіксовано у обох групах. Показник ситуаційної тривоги серед чоловіків дорівнював 61,5 (10,4) балів, а серед учасників жіночої статі – 60,0 [52,0; 68,0] балів. Рівень особистісної тривоги серед учасників чоловіків становив 59,9 (10,1) балів, а серед осіб жіночої статі – 60,0 [48,0; 67,0] балів.

При оцінці рівня депресії серед пацієнтів виявлено, що серед чоловіків переважала помірно-тяжка депресія – 37,5%, порівняно з 20,6% у жінок. Тим часом, серед жінок найбільш поширеною була тяжка депресія – 47,7% випадків, в групі чоловіків – 27,5%. Помірна депресія спостерігалася серед 27,5% чоловіків і 17,8% жінок, а легка – серед 7,5% та 14,0% пацієнтів відповідних груп (Рис. 3.18).

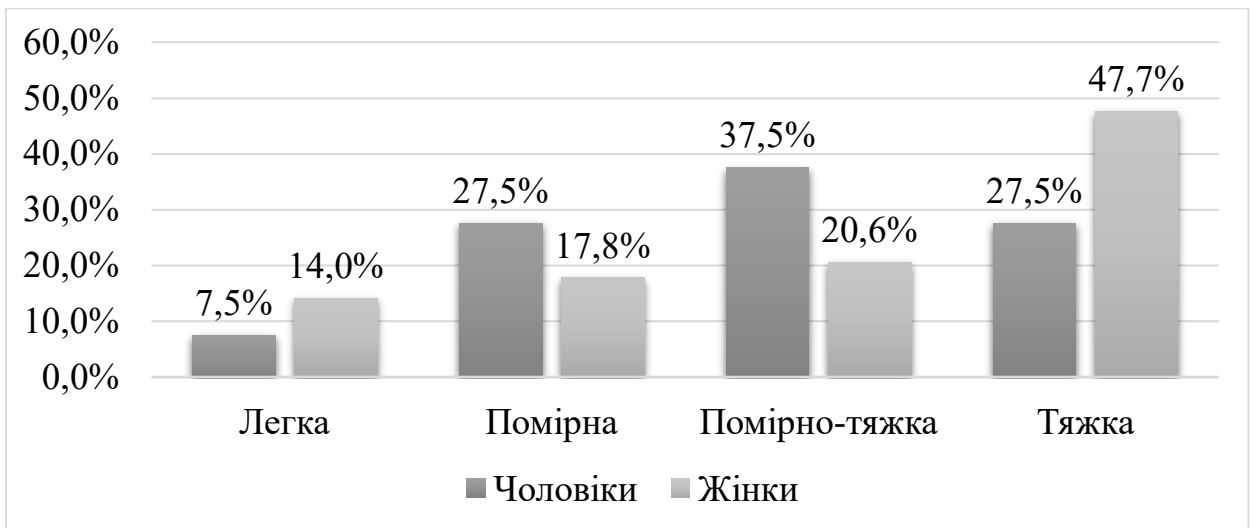


Рис. 3.18 Розподіл тяжкості депресії за статтю

Переважає більшість пацієнтів обох груп мала високий рівень особистісної тривоги – 92,5% чоловіків та 85,0% жінок, помірний рівень спостерігався в 7,5% і 14,0% відповідно, а лише 0,9% жінок мали низький рівень тривоги. Високий рівень ситуаційної тривоги переважав серед 92,5% чоловіків та 91,6% жінок, помірний рівень визначався серед 7,5% та 7,5% обстежених відповідних груп, 0,9% жінок мали низький рівень тривоги (Рис. 3.19).

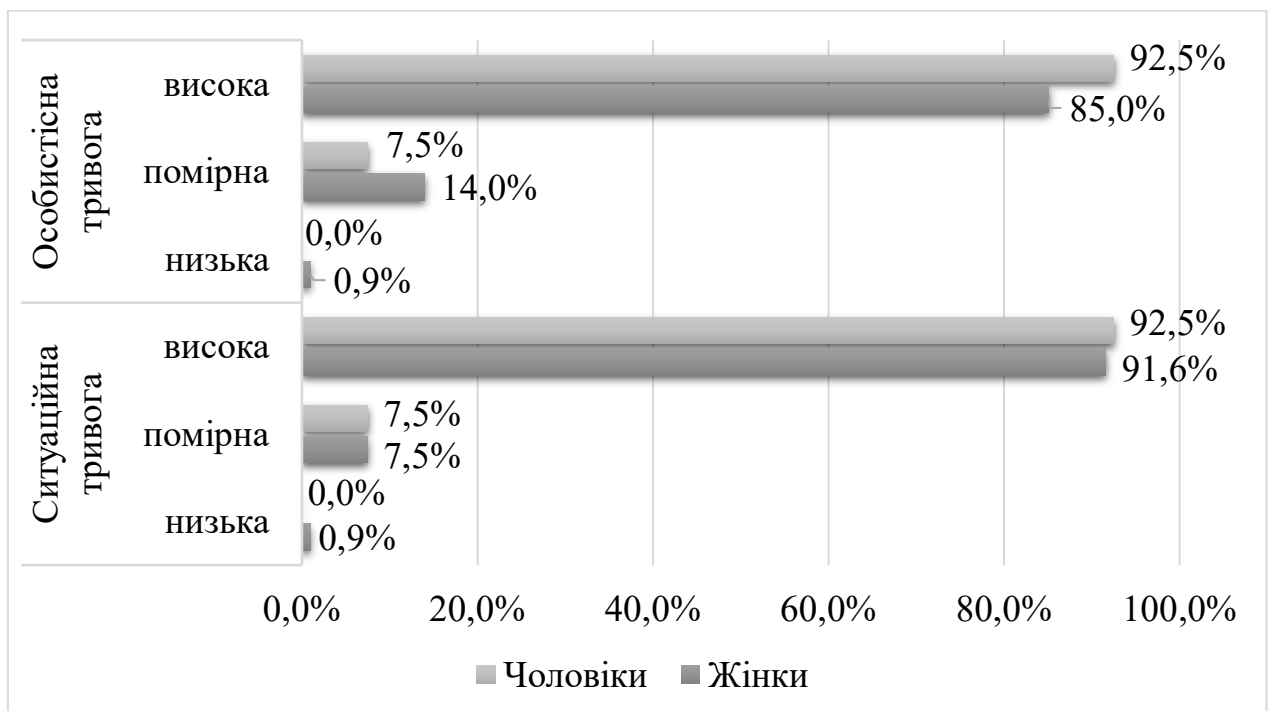


Рис. 3.19 Розподіл рівня тривоги за статтю

Після проведеного аналізу зв'язків та залежностей виявлено, що існує сильний прямий кореляційний зв'язок спостерігався між рівнем ситуаційної та особистісної тривоги, а також між якістю життя за оцінкою пацієнта та лікаря.

Показник ООТ демонстрував найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків середньої сили (з 6 іншими показниками) та 1 прямий слабкий зв'язок з ІМТ.

Ситуаційна тривога, обмежувальна та емоціогенна ХП мали по 5 прямих кореляційних зв'язків з іншими показниками, сильніші зв'язки спостерігалися за показником ситуаційної тривоги.

Показники якості життя мали зворотні кореляційні зв'язки середньої сили з усіма показниками, крім ІМТ, віком та екстернальною ХП.

Кореляційні зв'язки виявлені в групі порівняння представлені на рис. 3.21.

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що сильний прямий кореляційний зв'язок спостерігався між показниками якості життя за оцінкою пацієнта та лікаря.

Рівень особистісної тривоги мав найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків середньої сили (з 5 іншими показниками).

ООТ та емоціогенної ХП мали по 5 прямих кореляційних зв'язки з іншими показниками.

По 4 прямих кореляційних зв'язки мали показник рівня депресії та екстернальної ХП.

Рівень якості життя с точки зору пацієнта і лікаря мав зворотні кореляційні зв'язки, переважно середньої сили з усіма показниками, крім ІМТ, стать, вік, обмежувальна та екстернальна ХП.

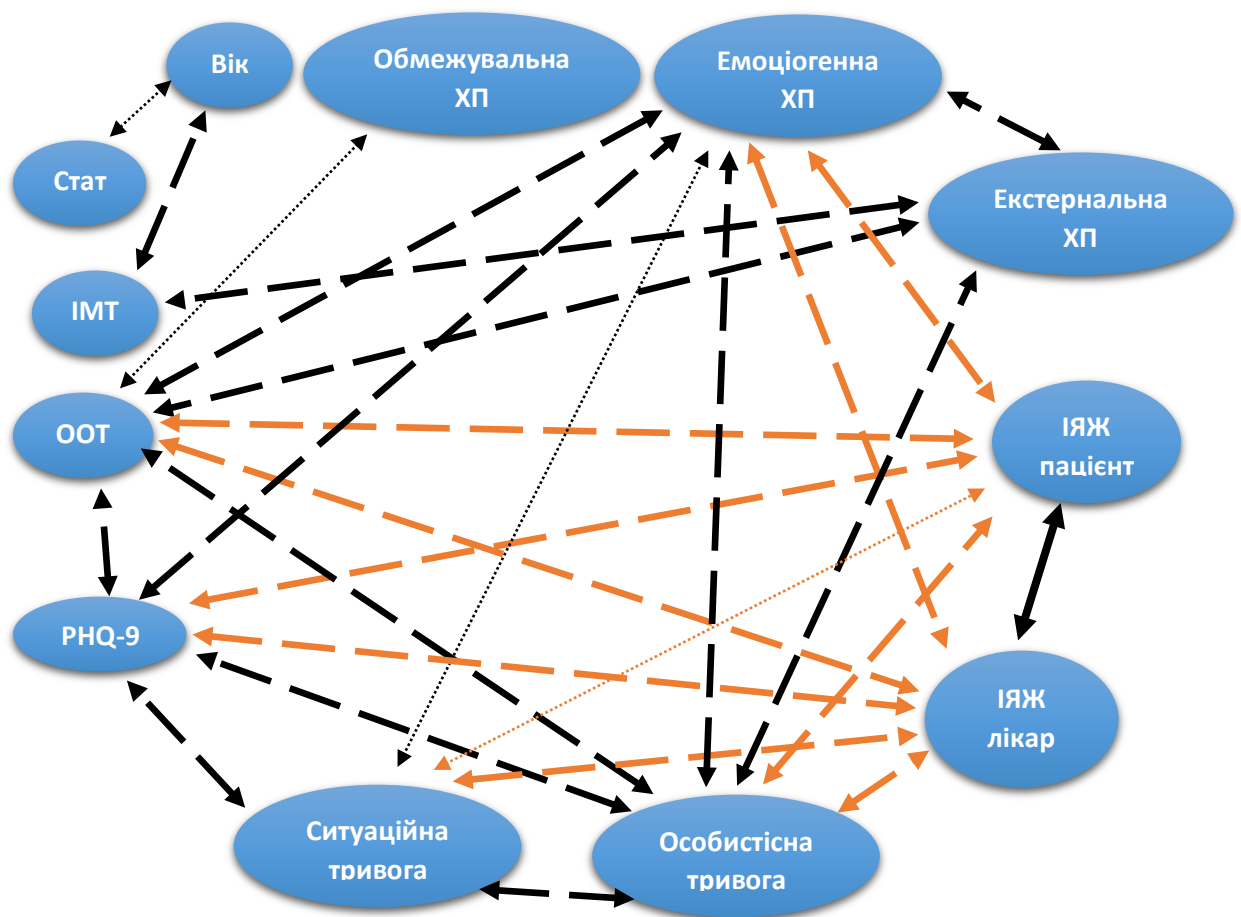


Рис. 3.21. Кореляційні зв'язки показників групи порівняння

Примітка.

- Прямий зв'язок слабкої сили ←·····→
- Прямий зв'язок середньої сили ←- - - - -→
- Прямий сильний зв'язок ←————→
- Зворотній зв'язок слабкої сили ←·····→
- Зворотній зв'язок середньої сили ←- - - - -→

3.4. Якість життя у хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки

Оцінку якості життя серед пацієнтів проводилася із застосуванням інтегративного тесту якості життя (Mezzich J.E. et al., 1999), адаптованого Н.О. Марутою, в діаді пацієнт – лікар.

Результати проведеного аналізу якості життя пацієнтів обох груп наведені в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Показники якості життя пацієнтів вибірки

Показник	Me [Q1; Q3]		p
	Основна група	Група порівняння	
Інтегративний показник (з точки зору пацієнта)	5,9 [4,3; 7,2]	6,3 [5,1; 7,0]	0,40
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору пацієнта)	5,0 [4,0; 6,7]	5,3 [4,3; 6,7]	0,36
Виконання соціальних ролей (з точки зору пацієнта)	6,1 [3,8; 7,5]	6,5 [5,0; 7,0]	0,24
Зовнішні життєві обставини (з точки зору пацієнта)	6,7 [4,7; 8,0]	6,7 [5,3; 8,0]	0,71
Інтегративний показник (з точки зору лікаря)	5,9 [4,5; 7,2]	6,3 [5,2; 7,3]	0,30
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору лікаря)	5,3 [4,3; 6,7]	5,7 [4,7; 6,7]	0,42
Виконання соціальних ролей (з точки зору лікаря)	6,1 [4,3; 7,3]	6,5 [5,3; 7,8]	0,14
Зовнішні життєві обставини (з точки зору лікаря)	6,7 [5,0; 8,0]	6,7 [5,7; 8,0]	0,57

Отримані дані свідчать про відсутність статистично значущої відмінності в показниках інтегративного показника якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин як з точки зору пацієнта, так і з точки зору лікаря між двома групами.

Значення інтегративного показника якості життя з точки зору пацієнта в основній групі становило 5,9 [4,3; 7,2] балів, тоді як в групі порівняння воно складало 6,3 [5,1; 7,0] балів ($p=0,40$). З точки зору лікаря в основній групі показник становив 5,9 [4,5; 7,2] балів, а в групі порівняння 6,3 [5,2; 7,3] балів ($p=0,30$).

Показник суб'єктивного благополуччя в основній групі з точки зору пацієнта дорівнював 5,0 [4,0; 6,7] балів, у групі порівняння—5,3 [4,3; 6,7] балів ($p=0,36$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 5,3 [4,3; 6,7] балів, тоді як в групі порівняння він становив 5,7 [4,7; 6,7] балів ($p=0,42$).

Виконання соціальних ролей учасники основної групи оцінили на рівні 6,1 [3,8; 7,5] балів, тоді як учасники групи порівняння виставили оцінку 6,5 [5,0; 7,0] балів ($p=0,24$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 6,1 [4,3; 7,3] балів, а в групі порівняння 6,5 [5,3; 7,8] балів ($p=0,14$).

Щодо показника зовнішніх життєвих обставин, учасники основної групи виставили йому оцінку 6,7 [4,7; 8,0] балів, у групі порівняння цей показник склав 6,7 [5,3; 8,0] ($p=0,71$). З точки зору лікаря в основній групі показник дорівнював 6,7 [5,0; 8,0] балів, а в групі порівняння 6,7 [5,7; 8,0] балів ($p=0,57$).

Загалом, отримані в ході дослідження дані свідчать, що при самооцінці якості життя пацієнтами результати виявилися менш задовільними у порівнянні з оцінкою відповідних параметрів з погляду лікаря. Це може вказувати на тенденцію пацієнтів до заниження показників якості життя, що можливо є фактором наявності психопатологічних симптомів, таких як тривожні та депресивні прояви.

Висновки до розділу

Встановлені клініко-психопатологічні особливості ТДР з порушеннями харчової поведінки.

В результаті обстеження пацієнтів обох груп було виявлено, що між двома групами відсутні статистично значущі відмінності за всіма показниками.

Середня вік пацієнтів вибірки відповідав молодій віковій групі за критеріями ВООЗ. ІМТ свідчив про нормальну масу тіла. Важкість депресивних симптомів, вимірювана за допомогою опитувальника PHQ-9, вказувала на помірно-тяжку депресію. За ООТ середній бал свідчив про відсутність незадоволеності власним тілом. Показники за DEBQ виявили відсутність обмежувальної та емоціогенної напруженості, але наявність екстеренальної спрямованості ХП. В основній групі та групі порівняння простежувався високий рівень ситуаційної та особистісної тривоги виявлений за опитувальником Спілбергера-Ханіна.

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що сильний прямий кореляційний зв'язок спостерігався між показниками якості життя за оцінкою пацієнта та лікаря.

Рівень особистісної тривоги, показник ООТ та емоціогенної ХП мали найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків середньої сили.

Показники якості життя мали зворотні кореляційні зв'язки, переважно середньої сили з усіма показниками, крім ІМТ, стать, вік, обмежувальна та екстернальна ХП.

За результатами дослідження якості життя, встановлена відсутність статистично значущої відмінності в показниках інтегративного показника якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин як з точки зору пацієнта, так і з точки зору лікаря між двома групами.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступній публікації [127–132].

РОЗДІЛ 4

ЗАХОДИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ДЛЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

4.1. Огляд методів лікування та реабілітаційних заходів, залежно від розподілу хворих за клінічними групами

На початку дослідження було проведено обстеження 147 пацієнтів з ТДР та порушеннями ХП. Цих пацієнтів було розподілено на дві групи: основну групу (82 пацієнти) та групу порівняння (65 пацієнтів). Через 6 місяців кількість учасників в групах становила 76 чоловік в основній групі та 60 в групі порівняння. Протягом цього періоду з дослідження вибули 6 (7%) учасників основної групи та 5 (8%) групи порівняння.

В основну групу були включені пацієнти, які отримували лікувально-реабілітаційні заходи відповідно до розробленої комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання.

Група порівняння складалася з пацієнтів, яким надавалося стандартне лікування згідно з чинними клінічними настановами (додаток 7).

Основні аспекти лікувально-реабілітаційних заходів з психоосвітнім компонентом розглянуто в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Інтервенції для корекції та лікування порушень харчової поведінки у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами

Група	Лікувально-реабілітаційні заходи
Основна група (n=82)	Комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма: 1. Діагностичний етап

	<p>2. Лікувальний етап:</p> <ul style="list-style-type: none"> • психоосвітня робота; • медикаментозна терапія; • когнітивно-поведінкова терапія (з акцентом на когнітивні моделі ХП). <p>Катамнестичний етап</p>
Група порівняння (n=65)	<p>Стандартне лікування:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Діагностичний етап 2. Лікувальний етап: <ul style="list-style-type: none"> • психоосвітня робота; • медикаментозна терапія; • когнітивно-поведінкова терапія. 3. Катамнестичний етап

4.2. Огляд методів медикаментозного лікування пацієнтів

Один з методів впливу на психопатологічні прояви у хворих на ТДР з порушеннями харчової поведінки, які брали участь у дослідженні, полягав у застосуванні психофармакотерапії. Лікування призначалося з урахуванням конкретного діагностованого психічного розладу та відповідно до клінічних настанов.

Пацієнти отримували терапію в стаціонарних умовах протягом 21 дня, під постійним наглядом медичного персоналу. Це досягалося шляхом виконання складеного плану лікувальних заходів та регулярного моніторингу стану пацієнта для корекції медикаментозної терапії та контролю за його станом.

Наступним був етап амбулаторного лікування під регулярним наглядом фахівця за складеним планом та графіком лікувальних заходів, що включав

регулярні відвідування з метою продовження психотерапевтичних втручань, корекції медикаментозної терапії та контролю стану хворого.

Основний курс психотерапевтичних занять тривав протягом 3 тижнів, заняття проходили у вигляді індивідуальної або групової роботи протягом 60-90 хвилин з частотою 3-4 рази на тиждень. Подальша психотерапевтична робота продовжувалась у підтримуючому форматі протягом 2 місяців, з проведенням зустрічей один раз на тиждень. Всього пацієнти проходили від 15 до 20 сеансів.

Медикаментозна терапія спрямовувалася на зменшення психопатологічних проявів наявних психічних розладів та, відповідно, поліпшення якості життя пацієнтів.

Серед обраних препаратів переважали антидепресанти, зокрема СІЗЗС, такі як флуоксетин, сертралін, есциталопрам, та пароксетин. Вони визнані як найбільш безпечні та мають достатньо виражені протитривожні та антидепресивні властивості. Крім того, ці препарати відзначаються хорошою переносимістю та мають сприятливий профіль безпеки.

У деяких випадках застосовувалися інші групи антидепресантів, зокрема, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин), тетрациклічні антидепресанти (міртазапін), антагоністи/інгібітори зворотного захоплення серотоніну (тразодон).

Вибір препарату визначався з урахуванням індивідуальної переносимості антидепресанту пацієнтом, ефективності препарату та психопатологічної симптоматики. Також враховувалася специфіка порушення ХП пацієнта, її направленість, задоволеність власним тілом та ІМТ. При наявності епізодів переїдання препаратом вибору був флуоксетин. Для пацієнтів, серед яких спостерігалася втрата ваги препаратами вибору були міртазапін та пароксетин. У деяких випадках під час лікування відбувалася заміна антидепресанта через недостатню ефективність препарату або виникнення виражених побічних ефектів.

При лікуванні використовувалася психофармакотерапія, яка базувалася на принципі поступового збільшення дози препарату з метою досягнення оптимальної терапевтичної концентрації, що оцінювалась залежно від зменшення психопатологічних симптомів.

Наші дослідження показали, що пацієнти, які лікувалися за стандартною схемою, потребували вищих доз антидепресантів порівняно з тими, хто отримував розроблену нами комплексну програму лікування. Учасники, які дотримувалися цієї програми проходили сеанси психотерапії, спрямовані на зменшення тривожно-депресивних симптомів та методи корекції порушень ХП за їх направленістю.

Медикаментозні засоби, які призначалися пацієнтам та діапазони їх терапевтичних доз наведені в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

**Характеристика діапазону терапевтичних доз (мг)
засобів медикаментозної терапії**

Препарат	Діапазон терапевтичних доз
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну	
Флуоксетин	20-60
Есциталопрам	10-20
Сертралін	50-150
Пароксетин	20-60
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну	
Венлафаксин	75-225
Тетрациклічний антидепресант	
Міртазапін	15-30
Мультиמודальний антидепресант	
Вортіоксетин	10-20
Антагоністи/інгібітори зворотного захоплення серотоніну	
Тразодон	25-150

Нормотиміки	
Прегабалін	75-150
Топірамат	100-200
Небензодіазепінові анксиолітики	
Буспірон	10-30
Бензодіазепіновий транквілізатор	
Гідазепам	20-50
Антипсихотичні препарати	
Кветіапін	25-50

Деякі пацієнти отримували, крім антидепресантів, інші препарати для стабілізації психічного стану та збільшення терапевтичного ефекту. Наприклад, особливо на початку лікування, призначалися короткі курси (до 21 днів) препаратів з протитривожним ефектом, таких як гідазепам та прегабалін. Для корекції порушень сну призначалися тразодон, міртазапін та кветіапін. Небензодіазепінові анксиолітики, такі як буспірон, призначалися з метою підсилення протитривожного ефекту на більш тривалий термін.

Пацієнти групи порівняння отримували не лише медикаментозну терапію, але і психоосвітню підтримку. Ця робота спрямовувалася на поліпшення їхнього розуміння стану здоров'я, процесу лікування, а також на пояснення можливих побічних ефектів препаратів. Особливу увагу їм приділяли на початку лікування, допомагаючи пацієнтам впоратися з неприємними побічними ефектами. Ця підтримка та постійний контакт із пацієнтами сприяли уникненню передчасного завершення лікування та досягненню кращих терапевтичних результатів.

Пацієнти з групи порівняння протягом усього курсу терапії перебували під постійним наглядом спеціаліста. Це сприяло встановленню довірчих

стосунків між пацієнтом та фахівцем, і було необхідною умовою для досягнення належного терапевтичного ефекту.

Важливо відзначити, що пацієнти, які отримували лікування за комплексною програмою, значно рідше висловлювали занепокоєння щодо закінчення терапії, скасування психотропних препаратів та повторного прояву психічних проблем, порівняно з тими, хто відмовився від участі в програмі та отримував лікування переважно за допомогою медикаментозної терапії. Це досягалося завдяки розвитку навичок самоконтролю та їх використанню, що посилювало впевненість пацієнта у власні здатності контролювати свій психічний стан.

4.3. Когнітивні моделі порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах

Когнітивні моделі ХП можуть відрізнятися в залежності від того, як співвідносяться порушення ХП з ТДР.

У випадку порушень ХП, таких як анорексія, булімія або КП, когнітивні моделі частіше включають хибні переконання та негативне мислення щодо їжі, ваги та образу тіла. Ці моделі можуть враховувати переважно фіксовані стереотипи щодо ідеалів краси, контролю за вагою та самооцінки, які сприяють розвитку РХП.

У випадку ТДР з порушеннями харчової поведінки, когнітивні моделі можуть додатково враховувати взаємозв'язок між емоційним станом і ХП. Наприклад, тривога та депресія можуть впливати на сприйняття та споживання їжі, реакцію на стресові ситуації та взаємодію з їжею як засобом регулювання емоцій. Водночас, для пацієнтів з РХП характерні переживання сорому та провини, зворотною стороною яких є лють.

Отже, хоча деякі аспекти когнітивних моделей можуть бути подібними для різних видів розладів харчування, вони можуть враховувати унікальні аспекти, які пов'язані з конкретними емоційними станами, такими як тривога та депресія.

Когнітивні моделі ХП характерні для РХП та ТДР з порушеннями ХП висвітлюють взаємозв'язок між психічним станом та харчовими звичками, а також вплив когнітивних факторів на цей процес. Приклади когнітивних моделей ХП та їх опис наведені в табл. 4.3

Таблиця 4.3

Когнітивні моделі ХП

Назва моделі	Опис моделі
Моделі ХП характерні для РХП	
Модель негативного внутрішнього образу тіла	У людей з розладами харчування існує внутрішній образ тіла, який є негативним або спотвореним. Вони сприймають себе як товстих або неактивних, навіть якщо це не відповідає реальності. Цей може сприяти неправильному харчуванню або зайняттям надмірною фізичною активністю.
Модель контролю над їжею	Люди з розладами харчування можуть мати патологічний контроль над їжею. Вони можуть відчувати потребу в суворій дієті, обмеженнях у споживанні їжі або відмові від певних продуктів.
Модель перфекціонізму і контролю	Модель вказує на те, що розлади харчування можуть бути пов'язані з перфекціоністськими рисами особистості та бажанням мати абсолютний контроль над своїм тілом і харчуванням. Може призводити до неправильних звичок харчування та зайняття надмірною фізичною активністю.
Модель негативних думок і почуттів	Модель передбачає, що розлади харчування можуть бути наслідком негативних думок і почуттів, таких як стрес, депресія або тривога. Люди можуть використовувати їжу як спосіб втілити або уникнути цих емоцій.
Моделі ХП характерні для тривожно-депресивних розладів	
Модель емоційного перекладу	Модель вказує на те, що тривога і депресія можуть впливати на спосіб, яким людина сприймає і реагує на їжу. Тривожність може призводити до переїдання або відмови від їжі, тоді як депресія може спричиняти бажання «затамувати» свої емоції їжею. Ці емоційні стани можуть сприяти розвитку розладів харчування.

<p>Модель негативного мислення і хибних переконань</p>	<p>Модель вказує на те, що люди з ТДР можуть мати хибні переконання щодо їжі, ваги та тіла. Наприклад, вони можуть поставляти собі недосяжні стандарти і критикувати себе за будь-які відхилення від цих стандартів, або що вони ніколи не зможуть досягти "ідеальної" фігури. Ці переконання можуть впливати на їхні харчові звички і сприяти розвитку розладів харчування.</p>
<p>Модель стратегії регуляції емоцій</p>	<p>Модель вказує на те, що люди можуть використовувати їжу як спосіб регулювання своїх емоцій. Наприклад, вони можуть переїдати у відповідь на стрес або відчуття суму, або відмовлятися від їжі, щоб контролювати свої емоції. Ці стратегії можуть призвести до розладів харчування.</p>

Ці когнітивні моделі допомагають краще зрозуміти взаємозв'язок між ТДР та порушеннями ХП, а також використовувати ефективні стратегії лікування, які відповідають кожному окремому випадку.

4.4. Комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом тривожно-депресивних розладів з порушеннями ХП

РХП є одним із найсильніших аргументів на користь використання КПТ. Існують два ключових моменти, що підтверджують цю думку. По-перше, базова психопатологія РХП, таких як переоцінка фігури та ваги, має когнітивний характер. По-друге, загальноприйняте, що КПТ є методом вибору для лікування НБ, також наявні докази ефективності цього методу і у випадках КП. Недавні дослідження підтверджують застосування цієї терапії для пацієнтів із КП та хворих на НА.

Етап діагностики

На етапі діагностики дослідження проводилося шляхом клінічного психіатричного обстеження, включаючи клініко-анамнестичний метод, з використанням об'єктивних даних з медичної документації, отриманих за добровільною згодою пацієнтів. Здійснювалося структуроване інтерв'ювання самого пацієнта. Клініко-психопатологічна частина інтерв'ю включала стандартні міжнародні критерії психічних розладів МКХ-10, а також оригінальні критерії оцінки психопатологічних порушень, розроблені на етапі підготовки дослідження, зокрема для клінічної ідентифікації симптомів і синдромів. Клініко-анамнестична частина інтерв'ю використовувалася для аналізу преморбідних особистісних характеристик, стресогенних подій у житті, а також особливостей діагностичного маршруту. Також проводилося клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами:

- анкета про стан здоров'я PHQ-9 [119];
- опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха [120];
- голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) [121];
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна) [122];
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч), адаптований Н.О. Марутою [123];

На цьому етапі розпочиналась робота з пацієнтами, спрямована на психоосвіту, щоб покращити їхнє розуміння власного стану та зменшити упереджене ставлення до себе та свого оточення. Створювалися умови для формування підтримуючих та довірчих відносин між пацієнтом та лікарем. Разом з фахівцем пацієнт складав план відвідувань для систематичного отримання лікувальних процедур та контролю за своїм психічним станом.

Етап психоосвіти

До методів психоосвіти відносяться різноманітні програми, які надають пацієнту або його доглядачам інформацію про його стан і ознайомлюють зі стратегіями лікування та підтримки. Для пацієнтів з психічними розладами психоосвіта є важливою, оскільки вона надає якісну та доступну інформацію про їхній стан та необхідні методи лікування.

Підготовка до лікування та зміни. Перед початком лікування пацієнта проводилося оцінювальне інтерв'ю, під час якого визначався психічний статус пацієнта. Зазвичай це співбесіда складалася з двох або більше зустрічей. Мета процесу оцінки полягала в тому, щоб заспокоїти пацієнта та почати залучати його до лікування і змін. Інформація, отримана під час оцінки, служила направленням для подальших дій, зокрема, для визначення придатності застосування КПТ. Якщо КПТ вважалось доцільною, пацієнтові надалася інформація про основні аспекти терапії, і його заохочувалися максимально залучитися до подолання свого порушення ХП.

Дуже важливо, щоб процес лікування починався успішно. Це підтверджується доказами, що обсяг змін, досягнутих на початкових етапах, є важливим показником результативності терапії. Початковий інтенсивний етап лікування, був спрямований на створення терапевтичного імпульсу. Мета цього етапу полягала у залученні пацієнта до процесу лікування та змін, наданні інформації про лікування та розлад, а також впровадженні та реалізації двох важливих процедур: спільного щотижневого зважування і регулярного харчування. Зміни, здійснені на цьому першому етапі, служили фундаментом для подальших змін.

Залучення пацієнта до лікування та змін. Багато пацієнтів з РХП неоднозначно ставляться до лікування та змін. Залучення пацієнтів до лікування було необхідним першим кроком. Залученість була підсилена шляхом проведення оцінки порушень ХП таким чином, щоб допомогти пацієнту залучитися до можливості змін і заохотити пацієнта взяти на себе «відповідальність» за лікування.

Спільне створення формулювання. Зазвичай це робилося під час першого сеансу лікування та було персоналізованим візуальним представленням процесів, які, здавалося, підтримували проблему ХП. Терапевт визначав відповідні розділи у співпраці з пацієнтом, включаючи власний досвід і слова пацієнта. Зазвичай найефективніше було починати з того, що пацієнт хотів в першу чергу змінити, наприклад, свою поведінку переїдання. Формулювання такого завдання допомагало пацієнтам усвідомити, що їхня поведінка має певні причини і підтримується різними механізмами, які можуть бути змінені. На цьому ранньому етапі лікування пояснювалося, що воно є тимчасовим і, можливо, потребуватиме змін у міру прогресування лікування та підвищення розуміння харчової проблеми пацієнта.

Починаючи з першого сеансу, навчання щодо ваги та харчування стало важливим елементом лікування, оскільки багато пацієнтів мали неправильні уявлення, які підтримували їхній порушення ХП. Були розглянуті такі основні теми:

- Характеристики РХП, включаючи пов'язані з ними фізичні та психосоціальні наслідки.
- Маса тіла та її регуляція: ІМТ та його інтерпретація; природні коливання ваги; вплив лікування на вагу.
- Неефективність використання блювотних, проносних і сечогінних засобів як засобів контролю ваги.
- Побічні ефекти дієт: типи дієт, які сприяють переїданню; дієтичні правила проти дієтичних рекомендацій.

Для забезпечення достовірної інформації з цих тем, пацієнтам було запропоновано прочитати інформацію про РХП, прочитане обговорювалося під час наступних сеансів лікування.

Етап лікувальних заходів

Техніки КПТ, які застосовувалися в лікувально-корекційній програмі представлені в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Техніки КПТ

Техніка	Використання
Самоспостереження	Допомагала пацієнтам відслідковувати свої емоції, думки та харчові прагнення.
Функціональний аналіз або аналіз зв'язків	Допомагала пацієнтам розібратися у зв'язку між їхніми емоціями, думками та харчовими звичками. Вони могли зрозуміти, які ситуації або події викликають стрес або тривогу та як це впливає на їхню ХП.
Формування і перевірка робочих гіпотез	Пацієнти розробляли гіпотези про те, які чинники або ситуації впливають на їхню ХП, і перевіряти їх на практиці.
Прикладна релаксація	Пацієнти вчилися технікам релаксації, які допомагали їм заспокоїтися та зосередитися на позитивних аспектах.
Запобігання реакції	Техніка полягала у виключенні або уникненні ситуацій чи факторів, що сприяли неправильній ХП.
Поступова експозиційна терапія	Пацієнти вчилися керувати своїми реакціями на стрес та тривогу, пов'язаними з харчуванням.
Моделювання та рольові ігри, тренування комунікації	Допомагала пацієнтам розвивати навички спілкування та взаємодії в ситуаціях, пов'язаних з харчуванням, та розуміти вплив цих ситуацій на їхні емоції та настрої.
Техніка контролю стимулів	Пацієнти навчалися свідомо керувати навколишніми факторами, що можуть впливати на їхню ХП, і розвивають стратегії протидії негативним стимулам.

Корекція тривожно-депресивних розладів. КПТ була спрямована на виявлення та зміну негативних думок і образів, які впливали на емоції та поведінку пацієнта. Цей підхід акцентувався на самодослідженні, під час якого психотерапевт спільно з пацієнтом аналізував поточні проблеми та ситуації, що призводять до виникнення негативних думок. Основною перевагою такої терапії є можливість швидкого вирішення конкретних проблем, а не оброблення минулих психологічних травм. Крім сесій з психотерапевтом, пацієнти також виконували домашні завдання.

КПТ проводилася за наступними етапами:

- На першому етапі проводилося виявлення негативних думок та переконань пацієнта, які приносили йому страждання та викликали зміни у поведінці та емоціях.
- На другому етапі ми ставили ці думки під сумнів, тобто відділяли їх від себе.
- Третій етап включав перевірку істинності цих думок.
- Четвертий етап спрямовувався на заміну негативних думок на більш конструктивні, що в подальшому призводило до формування нових стратегій реагування та поведінки.
- П'ятий етап був направлений на заміну дезадаптивних форм реагування та поведінки на більш адаптивні.

Техніки КПТ, які застосовувалися представлені в табл. 4.3.

Під кінець терапевтичного процесу у пацієнтів з'являлася більш активна позиція. Шкідливі думки заміщалися більш позитивними, і пацієнти почували, що можуть керувати своїм станом, подолавши відчуття безпорадності в проблемних ситуаціях і зменшивши тривожно-депресивні симптоми.

Корекція порушень ХП. Для людей з обмеженою ХП та ризиком розвитку НА була використана програма «Body Project» [133]. Програма включала в себе домашні завдання, які учасники виконували між сесіями з

метою збільшення загального часу, який вони приділяли заняттям з когнітивного дисонансу. Опис програми, яка складалася з чотирьох сесій, наведено у табл. 4.5.

Таблиця 4.5

Програма Body Project

Сесія	Зміст сесії
Сесія 1	Під час початку сесії учасникам пояснювалася ідея програми: обговорення ідеалу худорлявості може допомогти збільшити впевненість у своїй зовнішності. Потім учасники обговорювали такі питання: що таке ідеал худорлявості; які причини його існування; який вплив мають посилення на ідеал худорлявості, які походять від сім'ї, друзів, ЗМІ; яку вигоду отримують великі компанії від прийняття цього ідеалу дівчатами. Учасників просять на наступну зустріч написати листа уявній маленькій дівчинці про те, якою ціною досягається ідеальна зовнішність.
Сесія 2	На початку сесії розглядалися домашні завдання. Після цього учасники проводили вправу, яка викликає когнітивний дисонанс: вони по черзі намагалися переконати ведучих відмовитися від спроби досягнення ідеальної зовнішності. Під час цього ведучі регулярно змінювали ролі, виконуючи, наприклад, роль особи, що постійно дотримується дієти, або людини, яка страждає від НА. Як частину домашнього завдання, учасники мали описати три ситуації тиску з приводу худорлявості зі свого життя, а також скласти список з 10 способів, які можуть допомогти протистояти цьому тиску.
Сесія 3	Сесія розпочиналася з аналізу ситуацій тиску, пов'язаного з поняттям худорлявості. Учасники висловлювали свої приклади тиску та спільно обговорювали можливі шляхи реагування на цей вплив. Після цього вони тренувалися відповідати на критику з боку

	оточуючих щодо свого зовнішнього вигляду. Наступного тижня учасникам було запропоновано здійснити практичний експеримент, спрямований на зменшення незадоволеності власним тілом (наприклад, спробувати надягнути шорти, які вони зазвичай уникали).
Сесія 4	Після експерименту учасники обговорювали свої враження та були мотивовані продовжувати приймати виклики. Потім вони спільно намагалися розібратися, як ідеал зовнішності розповсюджувався непомітними шляхами (наприклад, через компліменти подруг, які схудли, або включення до спільної розмови друзів, які скаржилися на свої недоліки). Учасники вивчали, як говорити про своє тіло у позитивному світлі. Протягом наступних двох тижнів їх просили ще раз написати листа уявній маленькій дівчинці, але цього разу описати, як вона може впоратися зі своїми незадоволеннями щодо своєї зовнішності.

Часто пацієнти не вважають недоїдання або недостатню вагу проблемою та не налаштовані на лікування. Це можна зробити кількома способами, які залежать від тісного терапевтичного альянсу. Пацієнт отримує індивідуальне навчання щодо психологічних і фізичних наслідків недостатньої ваги. Це допомагає їм розуміти, що деякі з речей, які вони вважають складними (наприклад, нав'язливість і нерішучість, неспроможність бути спонтанними, уникання спілкування, відсутність сексуального потягу), є прямим наслідком низької ваги, а не відображенням їх справжньої особистості. Пацієнтові допомагають обдумати переваги та недоліки змін, включаючи розгляд того, як все буде в майбутньому, якщо вони вирішать залишитися такими, якими є, і як це відповідатиме їхнім прагненням. Терапевт виявляє інтенсивний інтерес до пацієнта як до особистості, поза порушенням ХП, і допомагає йому оцінити стан усіх аспектів свого життя, включаючи стосунки, фізичне та психологічне

благополуччя, роботу та особисте життя. Пацієнта заохочують експериментувати зі змінами, щоб дізнатися більше про переваги та недоліки своєї поточної поведінки. Мета полягає в тому, щоб пацієнти самі прийняли рішення відновити вагу, а не було ситуації, коли це рішення нав'язувалося терапевтом. Якщо це вдається, це значно сприяє подальшому відновленню ваги.

По-друге, важливо звернути увагу на недоїдання та його наслідки, зокрема на стан голодування. Допомогти пацієнтам усвідомити, що недоїдання та недостатня вага підтримують порушення ХП, є ключовим аспектом терапії і проілюстровано в персоналізованому формулюванні. Після того, як пацієнт згоден відновити вагу, йому пояснюють, що цей процес повинен бути поступовим і постійним. Рекомендується прагнути підтримувати середній додатковий надлишок енергії в 500 калорій щодня, щоб відновити вагу в середньому на 0,5 кг на тиждень. Терапевт сприяє розробці та втіленню пацієнтом щоденного плану харчування, який відповідає цій меті.

Залучення інших осіб до процесу набору ваги може бути корисним для полегшення зусиль пацієнта, особливо це стосується молодих пацієнтів, що живуть вдома з батьками.

Пацієнти, які були схильні до переїдання та надмірної ваги, брали участь у протоколі лікування, який складався з чотирьох щотижневих групових сесій, тривалість кожної з яких становила 90 хвилин.

Групи лікування складалися з невеликої кількості учасників – від 5 до 10 осіб, що дозволяло кожному з них бути активно залученим до інтерактивних частин програми, таких як рольові ігри або читання щоденника на початку кожної сесії.

Програма була структурована таким чином, щоб починати з основних концепцій і поступово переходити до більш складних завдань. Кожна наступна сесія підсумовувала та інтегрувала в себе матеріал попередніх. Оскільки кожна сесія була зв'язана з попередніми, нові учасники не могли приєднатися

до групи, і кількість учасників була обмежена, щоб забезпечити глибоке засвоєння матеріалу.

Учасники повинні були щоденно вести харчові щоденники (додаток б). Вони включали розділи для запису емоцій та думок під час прийому їжі, а також для оцінки відчуття голоду та ситості. Однак їх не використовували для контролю або оцінки режиму харчування, тому вимагалось уникати точних показників споживаної їжі чи розрахунків калорій. Замість цього, їх використовували для підтримки самоконтролю та закріплення навичок, отриманих протягом чотирьох тижнів.

- Перша частина програми включала сесію, спрямовану на вивчення користування харчовим щоденником та розробку концептуального фону розладу. На цьому етапі розглядалися такі аспекти, як визначення переїдання, розрізнення біологічного та емоційного голоду, мислення та проблеми з низькою самооцінкою. Було важливо усвідомити, що основною метою втручання було не схуднення. Також було підкреслено менш очевидні ознаки розладу, такі як дієта, швидка втрата ваги, переоцінка образу та форми тіла, які можуть бути характерними для переїдання та надмірної ваги або ожиріння.
- Друга частина включала сесію, яка була спрямована на вивчення когнітивної моделі емоцій, що базувалася на теорії оцінки, а також на використанні стратегій когнітивної регуляції емоцій, таких як переоцінка. Основною метою цього модуля було розглянути проблеми, пов'язані з регулюванням емоцій, які виникають у контексті переїдання.
- Третя частина включала сесію, під час якої детально розглядалися міжособистісні стресори, їх вплив на сприйняття переїдання та зв'язок цих стресорів із підтримкою та утриманням дисфункціональної поведінки. Пацієнтам надавалися навички розпізнавання пасивної або агресивної поведінки, як у власній, так і в інших осіб, а також навчались використовувати більш продуктивні та ефективні стратегії спілкування, замість жорстких та автоматичних реакцій.

- Четверта частина включала завершальну сесію, спрямовану на інтеграцію між різними темами, що обговорювалися протягом програми. Учасників залучали до рольових ігор, де вони моделювали повсякденні ситуації, щоб експериментувати з напористою комунікацією. Всі недавно здобуті навички використовувалися для вирішення проблем та визначення та уточнення проблем, з якими вони зіткнулися. Метою було максимально використовувати отримані знання та навички в реальних ситуаціях.

Після кожної сесії проводилися уроки з санітарної освіти. Головною метою було передати учасникам корисні знання та інформацію про основні макроеlementи, які необхідно включати у збалансовану їжу та середземноморську дієту. Також вони вивчали поведінкові техніки, які допомагали б полегшити зміну способу життя та зменшували ймовірність переїдання. Це включало поради щодо покупки продуктів та бакалії, навчання планувати їжу на тиждень наперед, викриття та уникнення шкідливих продуктів та розпізнавання їх, а також розуміння, як такий вид їжі може легко порушити наш вроджений механізм регулювання споживання їжі [134,135].

Встановлення самоконтролю в реальному часі. Це означало постійний контроль «тут і зараз» за споживанням їжі та інших відповідних дій, думок, почуттів і подій. Самоконтроль був запроваджений під час першої сесії і відігравав ключову та центральну роль протягом всього лікування. Пацієнтам чітко пояснювалася мета самоконтролю. По-перше, це сприяло глибшому розумінню проблеми з харчування та визначенню прогресу. По-друге, цей аспект допомагав пацієнтам краще зрозуміти, що відбувається з ними у даний момент, щоб вони могли почати внесення змін у свою поведінку, яка, можливо, здавалася автоматичною або поза їх контролем. Основним етапом для досягнення цього було спільне аналізування записів пацієнтів під час кожної сесії та обговорення процесу ведення записів та будь-яких труднощів у цьому процесі. Записи також допомагали визначити порядок

денний сесії й краще виявляти будь-які проблеми для подальшого обговорення.

Створення спільного «щотижневого зважування». Пацієнт та терапевт проводили зважування пацієнта один раз на тиждень та фіксували результати на його індивідуальному графіку ваги. Пацієнтам настійно рекомендувалося утриматися від зважування в інші часи. Зважування кожного тижня під час сеансу мало кілька цілей. Це дозволяло терапевтові пояснити пацієнтам результати вимірювання маси тіла та допомагати їм правильно інтерпретувати цифри на вагах, що інакше можуть бути неправильно зрозумілі. Додатково, це давало можливість пацієнтам отримувати точну інформацію про свою вагу у той час, коли вони змінювали свої харчові звички. І, що ще важливіше, це сприяло підтримці контролю над надмірною масою тіла або уникненню її надлишку.

Встановлення «регулярного харчування». Встановлення режиму регулярного харчування було ключовим для успішного лікування, незалежно від форми порушення ХП. Він охоплював важливий тип дієти («відкладене споживання їжі»), витісняв більшість епізодів переїдання, структурував дні людей, а для пацієнтів із недостатньою вагою пропонував страви та закуски, які згодом можна було збільшити. На третьому сеансі лікування пацієнтам рекомендували споживати щоденно три заплановані прийоми їжі разом із двома-трьома запланованими перекусами, зберігаючи інтервал між ними не більше 4 годин. Також вони мали обмежувати своє харчування цими стравами та закусками, вибираючи їжу без компенсаторної поведінки, такої як блювота або зловживання проносними засобами. Хоча новий режим харчування був пріоритетом, він не був настільки ж строгим, щоб не допускати коригування в разі щоденних обов'язків пацієнтів.

Пацієнтам було важливо дотримуватися свого звичайного графіка харчування та утримуватися від перекусів між запланованими прийомами їжі. Для досягнення цієї мети це робилося за допомогою двох різних стратегій. По-перше, пацієнтам надавалася підтримка у визначенні діяльності, яка заважала

б їм переїсти (наприклад, прогулянка), а також стратегії, що зменшували ймовірність переїдання (наприклад, віддалення від кухні). По-друге, пацієнтам допомагали усвідомити, що бажання переїсти – це тимчасове явище, яке можна подолати.

Залучення значущих інших. Лікування проводилося індивідуально для дорослих. Проте, «значущі інші» також брали участь, якщо це полегшувало процес лікування та якщо пацієнт бажав їх участі. Існували дві причини для залучення інших осіб: перше, якщо вони могли допомогти пацієнту досягти змін; друге, якщо інші заважали пацієнту змінитися, наприклад, негативно коментуючи їжу чи зовнішній вигляд.

Під час наступного етапу, продовжуючи раніше введені процедури, проводився огляд та спільний аналіз прогресу з метою виявлення проблем, які ще потребували вирішення, та бар'єрів, які заважали змінам. Огляд мав кілька цілей: якщо пацієнти досягли успіху, їхні зусилля слід було визнати та підтримати в корисних змінах. У випадку, якщо пацієнти відчували себе погано, було важливо зрозуміти їхні почуття та домовитися про подальші дії.

Основна мета лікувального процесу полягала у впливі на ключові процеси, які сприяли підтримці психічного здоров'я пацієнта з розладом харчування. Вибір механізмів та їх послідовність визначалися їх роллю та відносною важливістю в утриманні психопатології пацієнта.

Виявлення переоцінки та її наслідків розпочалося з пояснення концепції самооцінки та допомоги пацієнтам визначити, як вони оцінювали себе. Рівень важливості різних аспектів було представлено у вигляді кругової діаграми, де більшості пацієнтів домінував великий зріз, що відображав їх форму тіла та вагу, а також контроль над прийомом їжі.

Потім визначили проблеми, що впливають з цієї схеми самооцінки. Загалом, існували три пов'язані проблеми: по-перше, надмірна залежність самооцінки від успішності в одній сфері життя, що призводило до маргіналізації інших аспектів, крім форми тіла та ваги; по-друге, сфера контролю над формою тіла та вагою є тією, де успіх був непостійним, що

підривало самооцінку; і по-третє, переоцінка спричиняла поведінку, яка характеризувала порушення ХП (дієту, переїдання тощо).

Останнім етапом у розгляді самооцінки було створення «розширеного формулювання», що відображає основні прояви переоцінки форми та ваги: дієта, перевірка тіла та уникнення тіла, відчуття гладкості та маргіналізація інших сфер життя. Терапевт використовував це розширене формулювання для пояснення, як ця поведінка та досвід сприяли занепокоєнню пацієнта щодо форми тіла та ваги, і, отже, їх слід було враховувати під час лікування.

Підвищення важливості інших областей для самооцінки. Потужним непрямим методом зменшення переоцінки форми тіла та ваги було сприяння збільшенню кількості та значущості інших аспектів для самооцінки у пацієнтів. Залучення до інших сфер їхнього життя, які можуть бути відсторонені порушенням ХП, призводить до того, що ці інші області стають більш вагомими в їхній самооцінці. У короткий термін це передбачає визначення діяльності або сфер життя, якими пацієнт хотів би займатися, і надання їм підтримки у цьому.

Друга, пряма, стратегія полягає в тому, щоб активно впливати на поведінкові вияви переоцінки форми тіла та ваги. Це здійснюється одночасно з поліпшенням інших аспектів для самооцінки, і включає в себе контроль за тілом, уникнення тіла та відчуття повноти.

Звертання до перевірки тіла та уникнення. Пацієнти часто не розуміли, що вони виконували перевірку свого тіла і що це підтримувало їхнє незадоволення власним тілом. Тому першим кроком було отримання докладної інформації про їхню поведінку при перевірці, запрошуючи пацієнтів вести контроль над цим. Потім їм роз'яснювали побічні наслідки постійних перевірок тіла, оскільки спосіб перевірки надавав упереджену інформацію, що викликала почуття незадоволення. Наприклад, уважне оглядання свого тіла підкреслювало видимі недоліки, і порівняння з схудлими і привабливими людьми призводило до висновку, що вони не виглядають привабливо. Більшість пацієнтів потребували значної та докладної допомоги,

щоб стримати постійні перевірки тіла, і завжди приділяли увагу використанню дзеркал.

Пацієнти, які уникали переглядати своє тіло, також потребували значної допомоги. Їх заохочували поступово звикати до свого зовнішнього вигляду та відчуття свого тіла. Це могло займати багато послідовних сеансів.

Звернення до «почуття гладкості» було частим досвідом для пацієнтів, але здається, що воно виявлялося інтенсивнішим і частішим серед людей із розладами харчування. Це відчуття стало об'єктом уваги в рамках лікування, оскільки, зазвичай, воно сприймається як ознака гладкості (незалежно від реальної форми тіла та ваги пацієнта) і, таким чином, підтримує незадоволення власним тілом. Клінічні спостереження показали, що «відчуття гладкості» виникає внаслідок неправильного тлумачення певних емоцій та тілесних відчуттів. Таким чином, пацієнтам допомагали виявляти тригери, які спонукають до виникнення «відчуття гладкості» та супутні емоції. Зазвичай це були стани негативного настрою (наприклад, відчуття пустоти чи депресії) або фізичні відчуття, які підсилювали усвідомлення тіла (наприклад, відчуття ситості, роздутості або пітливості). Потім пацієнтам допомагали розглядати «відчуття гладкості» як сигнал, щоб запитати себе, які ще емоції вони відчують у цей момент, і, як тільки це розпізнавалося, звертатися до цих емоцій безпосередньо.

В кінці етапу, часто було корисно розглянути коріння перебільшеної оцінки форми тіла, ваги та їжі. Історичний огляд міг допомогти зрозуміти, як виникала та розвивалася проблема, висвітлити, як вона може виконувати корисну функцію на ранніх стадіях, і той факт, що вона може більше не відповідати цій функції. Якщо виявлялося, що певна подія відіграла вирішальну роль у розвитку проблеми з харчуванням, пацієнтам допомагали переоцінити це з точки зору сучасності. Цей огляд допомагав пацієнтам відірватися від уявлень про РХП або «настрою».

Дотримання правил харчування. Пацієнтам пояснювалося, що їхні жорсткі дієтичні правила спричиняли погіршення якості життя та були

ключовою ознакою розладу харчування. Основною метою терапії було зменшення або повне виключення дієти. Спочатку пацієнтам допомагали ідентифікувати різноманітні дієтичні правила та переконання, що керували ними. Потім пацієнтам допомагали порушити ці правила, щоб перевірити їх переконання та виявити, що наслідки, яких вони боялися (зазвичай, збільшення ваги або переїдання), не є неодмінними. Пацієнтам, які мали тенденцію до переїдання, особливу увагу приділяли «униканню їжі» (усуненню певних видів їжі), оскільки це був головний фактор, який сприяв розладу. Ці пацієнти потребували систематичного повторного включення у свій раціон тих продуктів харчування, яких вони уникали.

Вирішення проблем у харчуванні, пов'язаних із подіями. У багатьох пацієнтів з порушеннями ХП харчові звички змінювалися у відповідь на зовнішні події та зміни настрою. Зміна включала менше споживання їжі, повне припинення споживання їжі, або переїдання. Якщо ці зміни були виражені, пацієнтам потрібна була допомога, щоб впоратися безпосередньо з тригерами. Загалом цього можна було досягти шляхом навчання їх «проактивному» вирішенню проблем.

Вирішення проблем клінічного перфекціонізму, низької самооцінки та міжособистісних проблем. Як вже було зазначено раніше, існували дві основні форми КППТ. Компоненти зосередженої версії були описані раніше. "Широка" версія також включала ці стратегії та процедури, але, крім того, враховувала один або кілька "зовнішніх" процесів (для основного порушення ХП), які могли підтримувати порушення ХП. Вона була призначена для пацієнтів, у яких спостерігався клінічний перфекціонізм, низька самооцінка або міжособистісні проблеми, які, здавалося, сприяли порушенню ХП. Якщо під час огляду прогресу (другий етап), вирішувалося використовувати один або більше цих модулів, вони мали стати основним компонентом усіх наступних сеансів. Модуль «нетерпимість до настрою» був інтегрований у стандартну, цілеспрямовану форму лікування як частина вирішення подій і настроїв. Нижче наведено опис основних елементів трьох модулів.

Боротьба з клінічним перфекціонізмом. Психопатологія клінічного перфекціонізму подібна до психопатології порушення ХП. Його основою є переоцінка прагнення до досягнення і самого досягнення. Люди з клінічним перфекціонізмом оцінюють себе переважно або виключно з точки зору наполегливої праці та досягнення особистих стандартів у сферах життя, які вони цінують. Якщо вони стикаються з супутнім порушенням ХП, такі екстремальні стандарти застосовуються до їх харчування, ваги та фігури. Це посилює ключові аспекти порушення ХП, включаючи обмеження в харчуванні, фізичні вправи та перевірку форми. Зазвичай це виявляється у поведінці пацієнта та може перешкоджати важливим аспектам лікування, наприклад, створювати надто детальний запис та сильний опір розслаблюючим дієтичним обмеженням.

Стратегія усунення клінічного перфекціонізму відображає те, що раніше було використано щодо переоцінки фігури та ваги, і обидва аспекти можуть розглядатися більш-менш одночасно. Першим кроком є додавання перфекціонізму до формулювання пацієнта та розгляд наслідків цього для нього та його життя, включаючи кругову діаграму самооцінки. Потім пацієнтів заохочують прийняти заходи для підвищення важливості інших, не пов'язаних з ефективністю, областей для самооцінки.

Корисно було розглянути спільні цілі пацієнтів у сферах життя, які вони цінують, які зазвичай були численними, жорсткими та екстремальними, а також те, чи є ці цілі насправді контрпродуктивними та погіршують їхню ефективність. Перевірка продуктивності проводилася подібно до перевірки форми, починаючи з того, що спочатку просили пацієнтів записати час, коли вони перевіряли свою продуктивність. Потім терапевт допомагав їм зрозуміти, що дані, які вони отримували, могли бути спотвореними в результаті використання процесів упередженого оцінювання, наприклад, вибіркової уваги до невдач. Також було необхідно звернути увагу на уникання та втікання, оскільки вони заважали пацієнтам оцінити свої справжні здібності, в результаті чого їхні страхи невдачі зберігалися.

Вирішення проблеми низької самооцінки. Люди з низькою самооцінкою мають тривалий і поширений негативний погляд на себе, який в значній мірі не залежить від реальних результатів їхнього життя і не є вторинним щодо наявності РХП. Наявність низької самооцінки призводить до того, що людина особливо сильно намагається контролювати їжу, вагу та фігуру, щоб зберегти певне почуття власної гідності. Зазвичай це утруднює участь у лікуванні, оскільки пацієнти вважають, що вони не заслуговують на лікування, і не вірять, що вони можуть отримати від нього користь.

Для того, щоб безпосередньо вирішити проблему низької самооцінки під час лікування, її включають до другого етапу та разом з тим застосовують заходи, спрямовані на переоцінку форми тіла та ваги. Це включає навчання пацієнтів про роль низької самооцінки у підтримці порушення ХП та сприянні іншим труднощам у їхньому житті. Пацієнтам допомагають ідентифікувати та змінювати основні когнітивні процеси підтримки, такі як нівелювання позитивних якостей і надмірне узагальнення невдач. Попередні погляди на себе переоцінюються з використанням як когнітивної реструктуризації, так і поведінкових експериментів, щоб допомогти пацієнтам досягти більш збалансованого погляду на свою самооцінку.

Вирішення міжособистісних проблем. Міжособистісні проблеми широко поширені серед пацієнтів із порушеннями ХП, хоча, як правило, вони полегшуються, коли порушення ХП вирішується. Ці проблеми можуть включати конфлікти з іншими та труднощі в установленні близьких стосунків. Якщо ці проблеми та їх вплив на настрій безпосередньо впливають на харчування пацієнта, їх можна вирішити за допомогою проактивного вирішення проблем і функціональної модуляції настрою (як описано раніше). Однак у деяких випадках міжособистісні проблеми сильно підтримують порушення ХП через ряд прямих і непрямих процесів або заважають самому лікуванню. В таких випадках вони самі по собі повинні стати центром лікування.

Катамнестичний етап

Завершальний етап лікування, був спрямований на успішне завершення терапії. Основний акцент робився на збереженні досягнутого прогресу та зниженні ризику рецидиву. Зазвичай передбачалося проведення трьох зустрічей. На цьому етапі, у підготовці до завершення лікування, пацієнти припиняли самоконтроль і розпочинали щотижневе зважування вдома.

Для того, щоб забезпечити тривалий прогрес, з пацієнтом розроблявся індивідуальний план на наступні кілька місяців до остаточного огляду після завершення лікування (зазвичай через близько 20 тижнів). Цей план включав подальшу роботу над контролем ваги, уникненням надмірного харчування та можливої практику розв'язання проблем. Крім того, пацієнтів стимулювали продовжувати розвивати нові інтереси і займатися новою діяльністю.

Для зменшення ризику повторного виникнення проблеми існували два ключові підходи. По-перше, пацієнти повинні були мати реалістичні очікування щодо майбутнього. Вважати, що труднощі з харчуванням більше ніколи не повернуться, робить пацієнтів вразливими до повторного виникнення проблем, оскільки будь-яка невдача може викликати негативну реакцію. Замість цього хворі мають розглядати свої проблеми з харчуванням як особливу сферу, на яку треба звертати увагу. Метою було виявлення невдач якнайшвидше, розглядання їх як «збоїв», а не «рецидивів», і активне розв'язання їх за допомогою вивчених під час лікування стратегій [136].

Висновок за розділом

Таким чином, були виявлені когнітивні моделі ХП при ТДР які стали основними психотерапевтичними мішенями терапевтичного впливу. Нами була розроблена, науково обґрунтована та впроваджена в практичну діяльність систему охорони здоров'я (для психіатрів, психотерапевтів, лікарів-психологів, лікарів-інтернів психіатрів) комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом, що включала розгорнуту схему психотерапевтичного та

психофармакологічного втручання, яка застосовувалася для лікування ТДР з порушеннями ХП серед пацієнтів основної групи. Пацієнти основної групи значно рідше висловлювали занепокоєння щодо закінчення терапії, скасування психотропних препаратів та повторного прояву психічних проблем, порівняно з тими, хто відмовився від участі в програмі та отримував лікування переважно за допомогою медикаментозної терапії відповідно до клінічних настанов.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступній публікації [137–140]

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Дослідження проводилось серед хворих на ТДР з порушеннями ХП, що були розподілені на основну групу та групу порівняння. Пацієнти основної групи проходили лікування за розробленою нами комплексною поетапною диференційованою лікувально-реабілітаційною програмою з психоосвітнім компонентом, а пацієнтам групи порівняння призначалося стандартне лікування згідно з клінічними протоколами та настановами (додаток 7).

На початку дослідження було проведено обстеження 147 пацієнтів з ТДР та порушеннями ХП. Цих пацієнтів було розподілено на дві групи: основну групу (82 пацієнти) та групу порівняння (65 пацієнтів). Через 6 місяців кількість учасників в групах становила 76 чоловік в основній групі та 60 в групі порівняння. Протягом цього періоду з дослідження вибули 6 (7%) учасників основної групи та 5 (8%) групи порівняння.

Через 6 місяців від початку терапії проводилася оцінка ефективності терапії в обох групах. Повторно проводилося клініко-психопатологічне інтерв'ю та патопсихологічне дослідження з використанням психометричних шкал та опитувальників.

5.1. Оцінка ефективності надання комплексної допомоги хворим на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки

Отримані результати терапії через 6 місяців в основній та групі порівняння, їх оцінка та порівняння результатів між групами представлені в даному розділі.

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за віком та індексом маси тіла після проведеної терапії

Результати аналізу отриманих даних після проведеного втручання та терапії пацієнтів обох груп за показниками віку та ІМТ представлені в табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Показник віку та ІМТ серед пацієнтів обох груп після терапії

Показник	Основна група	Група порівняння	p
Вік, Ме [Q1;Q3]	43,5 [34,0; 52,0]	44,0 [35,0; 48,5]	0,93
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	22,9 [20,3; 27,0]	23,3 [21,3; 27,6]	0,19

В результаті дослідження було встановлено відсутність статистично значущої різниці між основною та групою порівняння за показниками віку та ІМТ після проведеної терапії.

Середній вік пацієнтів у всій вибірці відповідає молодому віку за критеріями ВООЗ. У основній групі середній вік становив 43,5 [34,0; 52,0] років, а в групі порівняння – 42,8 (10,2).

Щодо ІМТ, він в обох групах вказував на нормальну масу тіла. У основній групі ІМТ дорівнював 22,9 [20,3; 27,0] кг/м², а в групі порівняння – 23,3 [21,3; 27,6] кг/м².

При аналізі за віком було виявлено, що в обох групах переважають пацієнти молодого віку – 53,9% та 53,3% відповідно. Пацієнти середнього віку становили 46,1% у основній групі та 46,7% у групі порівняння (Рис. 5.1).

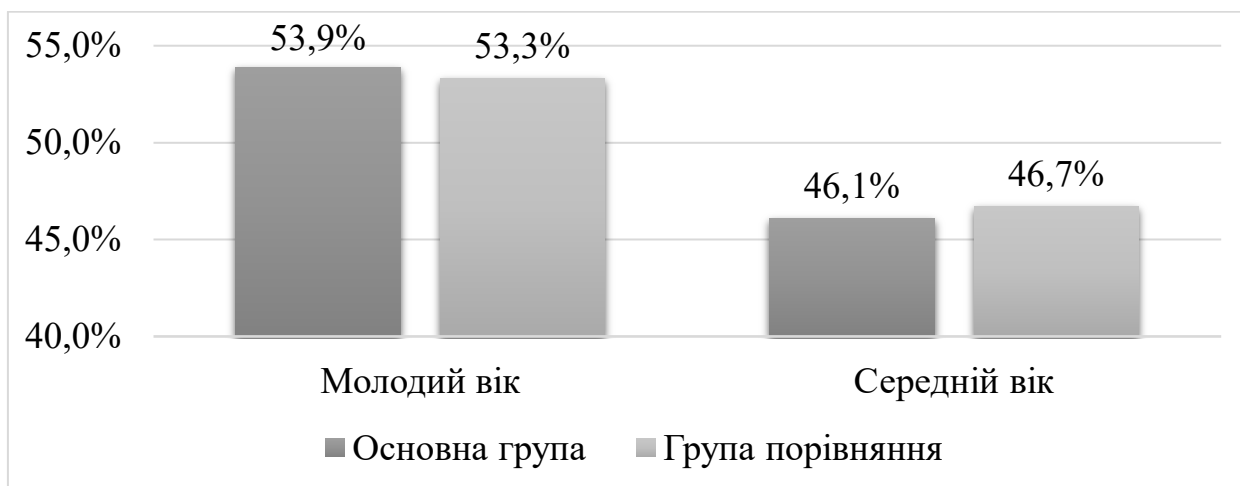


Рис. 5.1 Віковий розподіл пацієнтів в обох групах після терапії

Під час аналізу вибірки за ІМТ після втручання було виявлено, що пацієнти основної групи мали кращі показники. В обох групах переважна більшість пацієнтів мали нормальну вагу: 67,1% у основній групі та 60,0% у групі порівняння. Надмірна вага спостерігалася серед 21,1% обстежених у основній групі та 23,3% у групі порівняння, а ожиріння 1 ст. відзначалося у 9,2% та 10,0% відповідно. Недостатня вага була виявлена серед 1,3% осіб основної групи та 3,3% групи порівняння. Ожиріння 2 ст. виявлено у 1,7% осіб групи порівняння, а ожиріння 3 ст. – у 1,3% та 1,7% відповідно (Рис. 5.2).

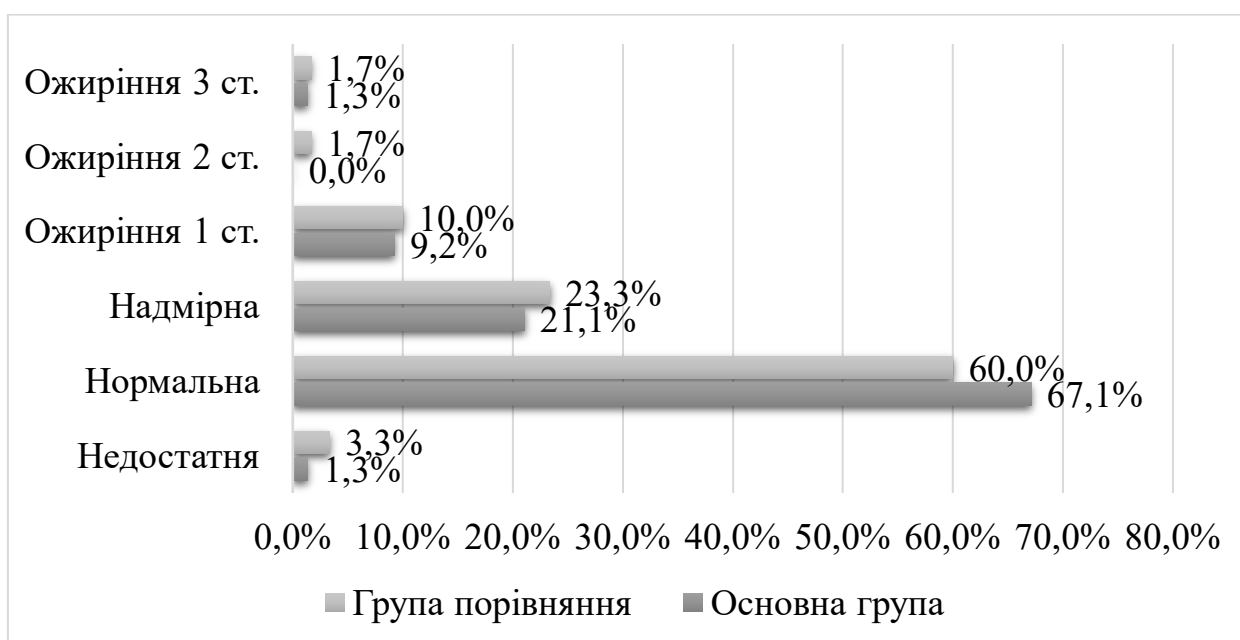


Рис. 5.2 Розподіл пацієнтів в групах за вагою після терапії

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за особливостями образу власного тіла та направленості харчової поведінки після терапії

Результати аналізу отриманих даних після втручання серед пацієнтів обох груп за показниками образу власного тіла та направленості ХП, визначеним за допомогою опитувальника DEBQ, представлені в табл. 5.2.

В ході обстеження було визначено, що між пацієнтами обох груп спостерігалися статистично значущі відмінності за показниками ООТ та DEBQ ($p < 0,01$).

Показник опитувальнику образу тіла та DEBQ серед пацієнтів обох груп після терапії

Показник	Основна група	Група порівняння	p
ООТ, Ме [Q1;Q3]	4,5 [3,0; 8,5]	4,5 [3,0; 8,5]	< 0,01
Обмежувальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,2 [1,0; 1,4]	1,75 [1,3; 2,5]	< 0,01
Емоціогенна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,2 [1,0; 1,3]	1,54 [1,3; 2,1]	< 0,01
Екстернальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,3 [1,2; 1,8]	2,7 [2,0; 3,1]	< 0,01

За ООТ середні бали показника свідчили про відсутність незадоволеності образом власного тіла в обох групах, але за цим показником спостерігалася найбільш суттєва різниця між основною групою та групою порівняння. Рівень незадоволеності власним тілом був значно нижчим в основній групі, де цей показник склав 4,5 [3,0; 8,5] балів, тоді як в групі порівняння – 8 [6,0; 12,5].

Статистично значущою була відмінність показників за DEBQ між двома групами за всіма показниками. Найбільш суттєва відмінність спостерігалася за підшкалою екстернальної направленості ХП, що складав 1,3 [1,2; 1,8] бали в основній групі та 2,7 [2,0; 3,1] бали в групі порівняння. Показник обмежувальної направленості ХП в основній групі склав 1,2 [1,0; 1,4] балів, в групі порівняння – 1,75 [1,3; 2,5]. Емоціогенна направленість ХП в основній групі дорівнювала 1,2 [1,0; 1,3] балів, а в групі порівняння – 1,54 [1,3; 2,1].

При оцінці незадоволення образом власного тіла отримані результати свідчать про значну відмінність між двома групами, так в основній групі 14,5% пацієнтів були незадоволені образом свого тіла, серед чоловіків 10,0%, тоді як серед жінок цей показник становив 16,1%; в групі порівняння – 25,0% обстежуваних демонстрували незадоволеність образом свого тіла, зокрема 23,5% чоловіків та 25,6% жінок (Рис. 5.3).

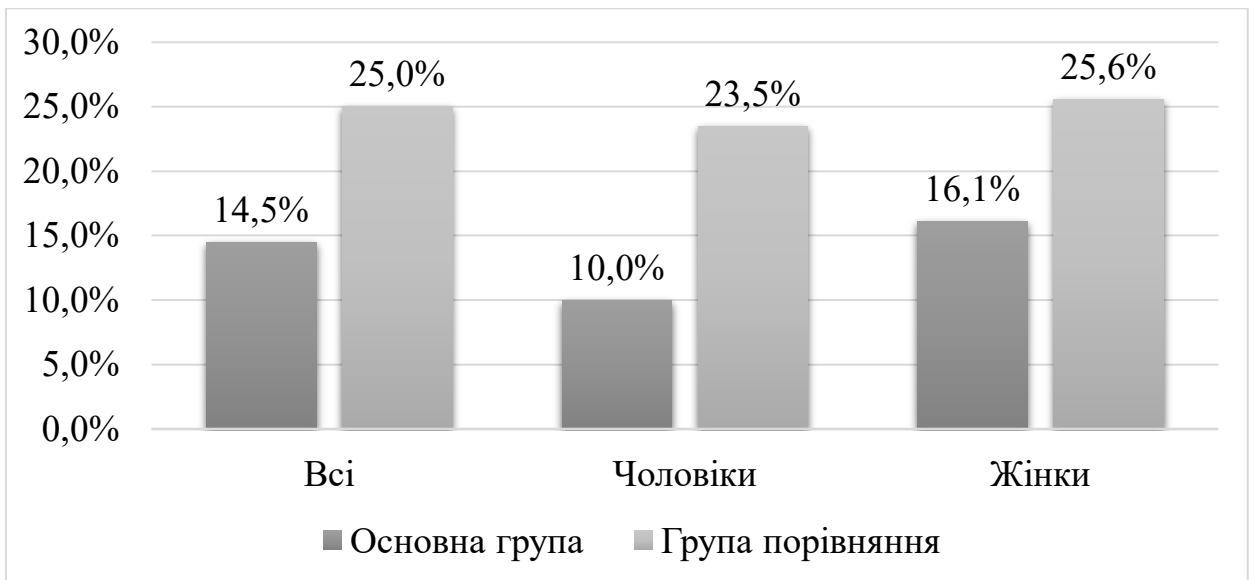


Рис. 5.3 Розподіл пацієнтів у групах за порушенням сприйняття образу тіла після терапії

При оцінці направленості ХП отримані наступні дані: 5,3% основної групи та 48,3% групи порівняння мали екстернальну направленість ХП, емоціогенна направленість ХП спостерігалася серед 2,6% основної та 33,3% групи порівняння, обмежувальна в 3,9% і 25,0% відповідно (Рис. 5.4). Отримані дані свідчать про значне зменшення поширеності порушень ХП всіх направленостей в основній групі порівняно з групою порівняння.

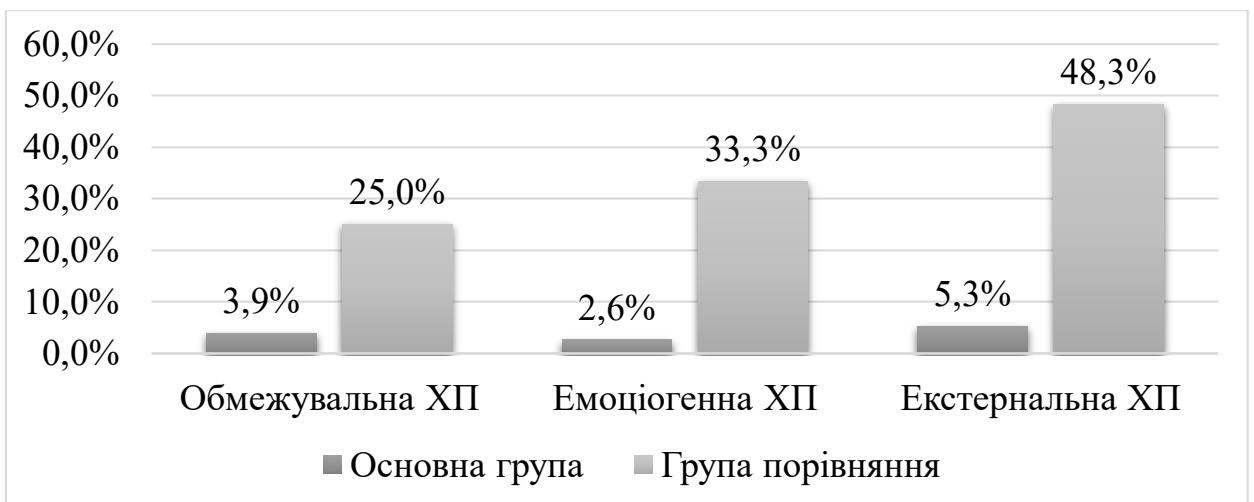


Рис. 5.4 Розподіл ХП за направленістю в групах після терапії

Характеристика хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки за особливостями депресивних проявів та тривоги після терапії

Результати аналізу отриманих даних після терапії у пацієнтів обох груп за показниками депресії та тривоги представлені в табл. 5.3.

Таблиця 5.3

Показники депресії та тривоги серед пацієнтів обох груп після терапії

Показник	Основна група	Група порівняння	p
PHQ, Me [Q1;Q3]	7,0 [4,0; 8,0]	9,5 [7,5; 12,5]	< 0,01
Ситуаційна тривога, Me [Q1;Q3]	26,0 [23,0; 28,0]	29,5 [25,5; 34,5]	< 0,01
Особистісна тривога, Me [Q1;Q3]	24,0 [22,0; 28,0]	28,0 [24,0; 34,0]	< 0,01

В результаті обстеження пацієнтів обох груп було встановлено, що між ними виявлені статистично значущі відмінності за показниками депресії та тривоги ($p < 0,01$).

Тяжкість депресивних симптомів, визначена опитувальником PHQ-9, вказує на легкий рівень депресії в основній групі та помірний в групі порівняння. Так показник депресії в основній групі склав 7 [4,0; 8,0] балів, у групі порівняння – 9,5 [7,5; 12,5] балів.

Рівень ситуаційної та особистісної тривоги, виміряний за опитувальником Спілбергера-Ханіна, був низьким у обох групах після втручання та лікування. Ситуаційна тривога в основній групі становила 26 [23,0; 28,0] балів, у групі порівняння – 29,5 [25,5; 34,5] балів. Водночас рівень особистісної тривоги серед пацієнтів основної групи становив 24 [22,0; 28,0] балів, а в групі порівняння – 28,0 [24,0; 34,0] балів.

Оцінюючи рівень депресії серед пацієнтів, було виявлено, що після лікування в групі порівняння 1,7% мали тяжку депресію, а 16,7% – помірно-

тяжку депресію. Помірна депресія спостерігалася серед 9,2% учасників основної групи і 31,7% групи порівняння, тоді як легка депресія була у 59,2% та 48,3% пацієнтів відповідних груп. Відсутність депресії спостерігалася серед 31,6% пацієнтів основної групи та 1,7% групи порівняння (Рис. 5.5).

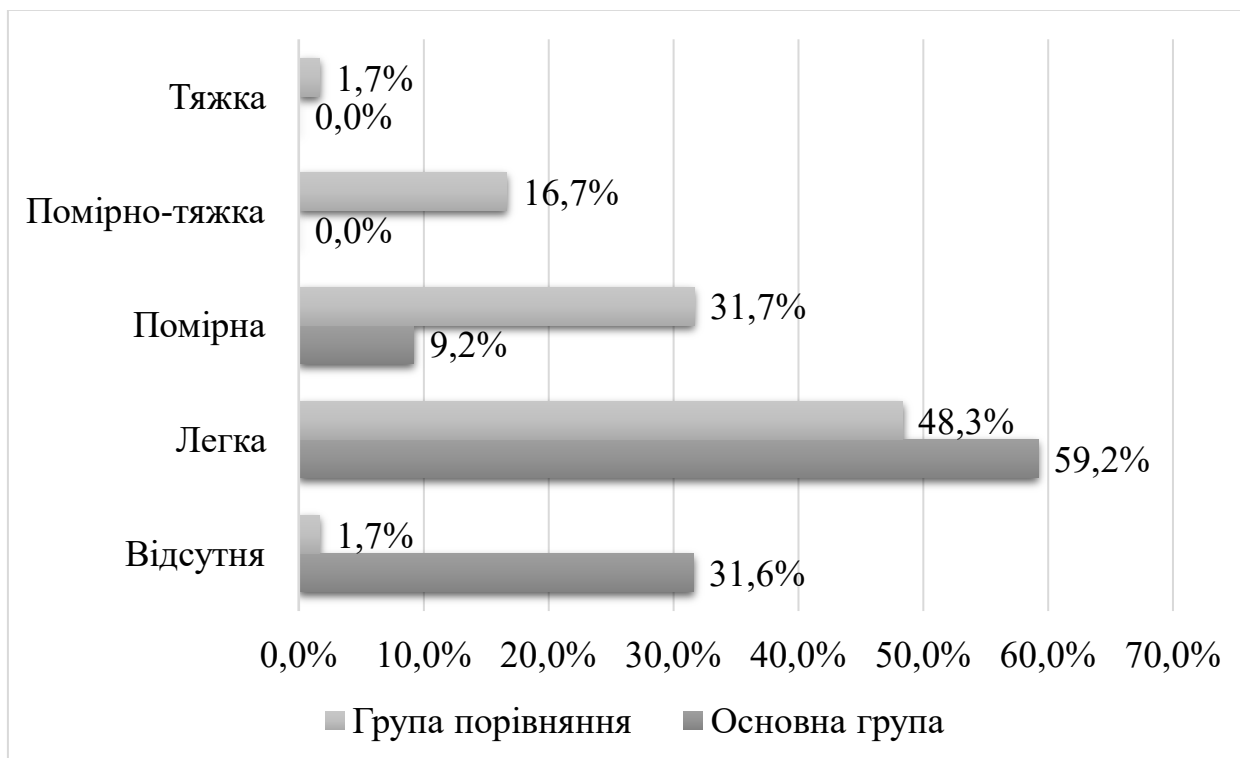


Рис. 5.5 Розподіл пацієнтів у групах за тяжкістю депресії після терапії

Більшість пацієнтів обох груп мали низький рівень особистісної тривоги – 89,5% в основній та 60,0% в групі порівняння. Помірний рівень спостерігався у 6,6% пацієнтів основної групи й 35,0% групи порівняння, а високий рівень серед 3,9% та 5,0% відповідно. Низький рівень ситуаційної тривоги переважав у всій вибірці – 86,8% основної та 56,7% групи порівняння. Помірний рівень був виявлений серед 10,5% основної та 28,3% групи порівняння, а 2,6% та 15,0% пацієнтів відповідних груп мали високий рівень тривоги (Рис. 5.6).

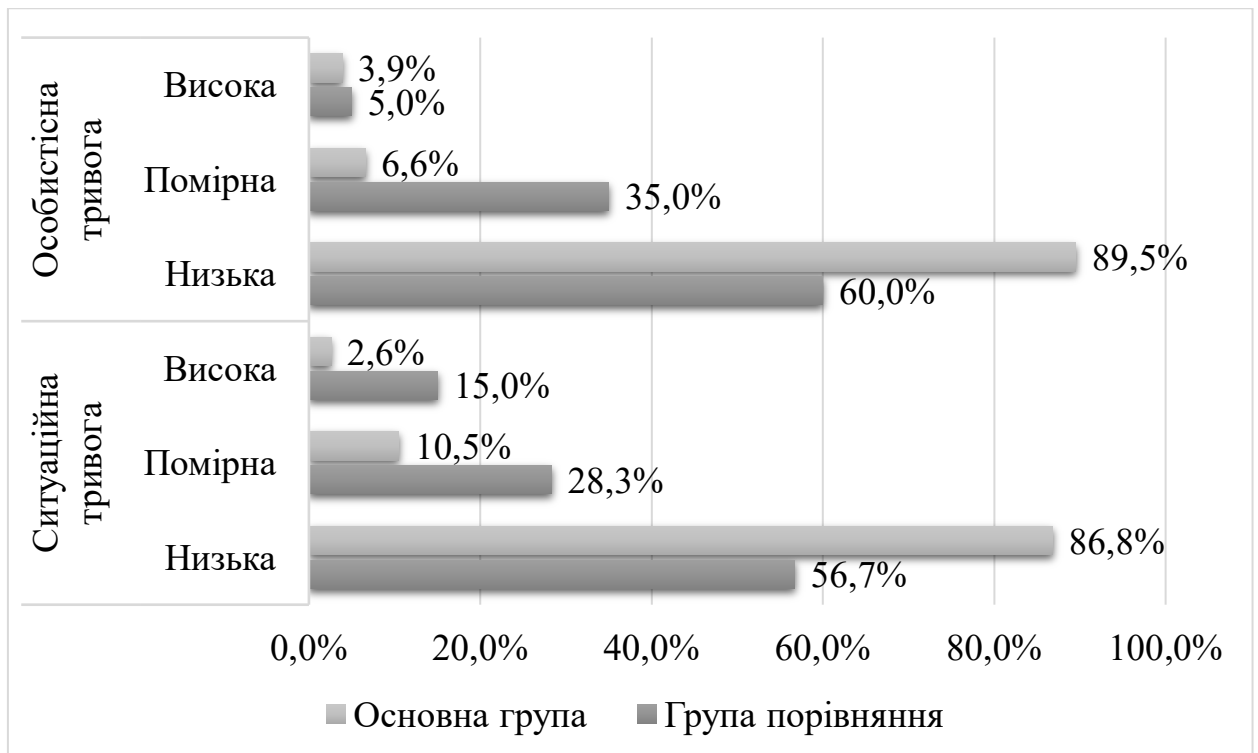


Рис. 5.6 Розподіл пацієнтів в групах за рівнем тривоги після терапії

Динаміка показників по групах у хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки після терапії

Аналіз показників у динаміці був проведений для обох груп. Результати аналізу в основній групі наведені в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Динаміка показників в основній групі

Показник	До	Після	p
Вік, Ме [Q1;Q3]	42,5 [33,0; 51,0]	43,5 [34,0; 52,0]	< 0,01
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	23,2 [21,0; 29,1]	22,9 [20,3; 27,0]	< 0,01
РНQ, Ме [Q1;Q3]	18,5 [13,0; 23,0]	7,0 [4,0; 8,0]	< 0,01
ООТ, Ме [Q1;Q3]	9,5 [5,0; 18,0]	4,5 [3,0; 8,5]	< 0,01
Обмежувальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,8 [1,2; 2,5]	1,2 [1,0; 1,4]	< 0,01
Емоціогенна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,6 [1,2; 2,2]	1,2 [1,0; 1,3]	< 0,01
Екстернальна ХП, Ме [Q1;Q3]	2,8 [2,1; 3,6]	1,3 [1,2; 1,8]	< 0,01
ІЯЖ пацієнт, Ме [Q1;Q3]	5,9 [4,3; 7,2]	7,7 [7,2; 8,0]	< 0,01

ІЯЖ лікар, М (SD)	5,9 (1,7)	7,8 (0,7)	< 0,01
Ситуаційна тривога, Ме [Q1;Q3]	61,5 [53,5; 70,0]	26 [23,0; 28,0]	< 0,01
Особистісна тривога, Ме [Q1;Q3]	59,0 [51,0; 69,0]	24,0 [22,0; 28,0]	< 0,01

Згідно з результатами обстеження пацієнтів основної групи, спостерігалася статистично значима різниця у всіх показниках через 6 місяців, що підтверджує ефективність обраного терапевтичного підходу (див. Рис. 5.7). Найбільш помітна динаміка відзначалася у рівні депресії, який знизився з 18,5 (помірно-тяжкий) до 7,0 (легкий або субклінічний); у показнику образу тіла – з 9,5 до 4,5; у показнику екстернальної направленості ХП – з 2,8 до 1,3 до та після лікування; а також у зменшенні рівня ситуативної та особистісної тривоги з високого до відсутнього/низького рівня. Крім того, спостерігалось покращання показника рівня якості життя за оцінкою як пацієнта, так і лікаря.

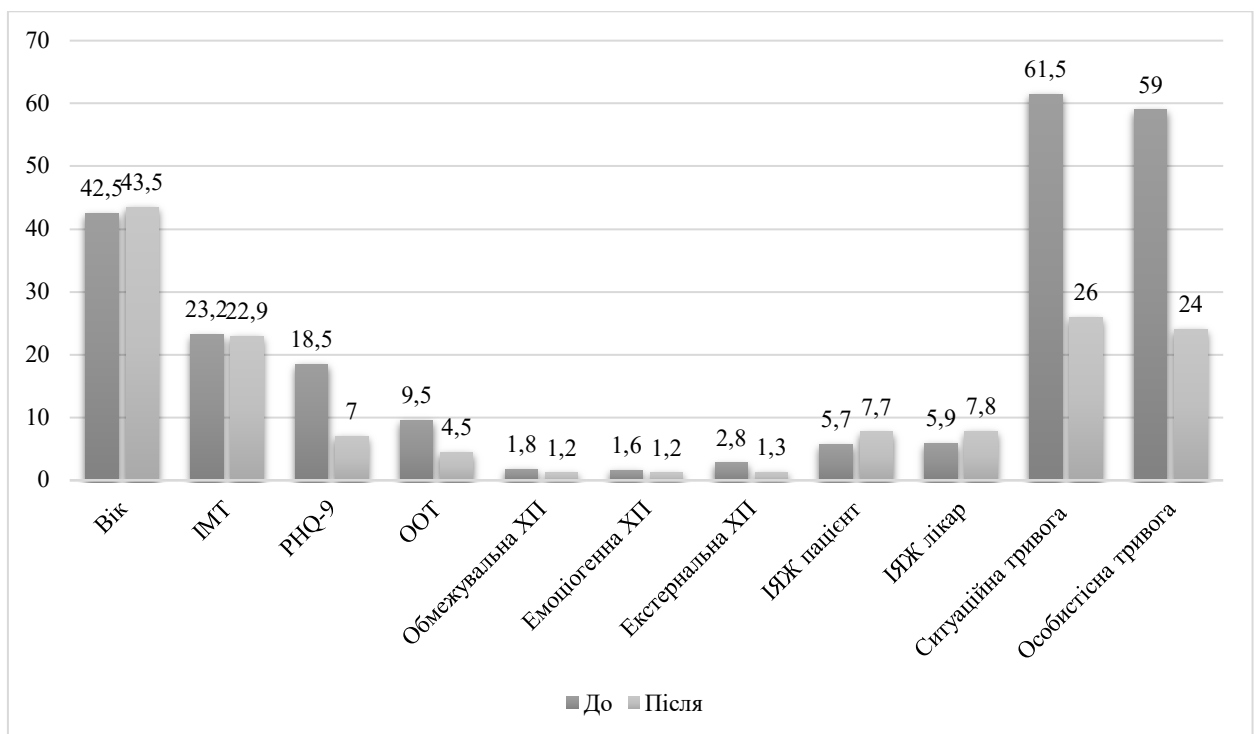


Рис. 5.7. Динаміка показників пацієнтів основної групи

Також, був проведений аналіз динаміки показників у групі порівняння, результати якого подано в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Динаміка показників в групі порівняння

Показник	До	Після	p
Вік, М (SD)	42,3 (10,5)	42,8 (10,2)	< 0,01
ІМТ, Ме [Q1;Q3]	23,8 [20,8; 28,8]	23,3 [21,3; 27,6]	< 0,01
РНQ, Ме [Q1;Q3]	17,0 [13,0; 21,0]	9,5 [7,5; 12,5]	< 0,01
ООТ, Ме [Q1;Q3]	9,0 [6,0; 16,0]	8 [6,0; 12,5]	< 0,01
Обмежувальна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,7 [1,3; 2,6]	1,8 [1,3; 2,5]	0,31
Емоціогенна ХП, Ме [Q1;Q3]	1,5 [1,1; 2,1]	1,5 [1,3; 2,1]	0,79
Екстернальна ХП, Ме [Q1;Q3]	2,8 [2,0; 3,4]	2,7 [2,0; 3,1]	< 0,01
ІЯЖ пацієнт, Ме [Q1;Q3]	6,3 [5,1; 7,0]	7 [6,6; 7,4]	< 0,01
ІЯЖ лікар, Ме [Q1;Q3]	6,3 [5,2; 7,3]	7,1 [6,7; 7,4]	< 0,01
Ситуаційна тривога, Ме [Q1;Q3]	59,5 [52,0; 68,0]	29,5 [25,5; 34,5]	< 0,01
Особистісна тривога, Ме [Q1;Q3]	61,0 [48,0; 67,0]	28,0 [24,0; 34,0]	< 0,01

Серед пацієнтів групи порівняння, які отримували лише психофармакотерапію для лікування ТДР, була відзначена статистично значима позитивна динаміка за показниками рівня депресії, особистісної та ситуаційної тривоги, якістю життя та ІМТ. Рівень депресії знизився з помірно-тяжкого до легкого, а тривоги - з тяжкого до відсутності/легкого. Водночас спостерігалася статистично значима різниця показників образу тіла та екстернальної направленості ХП, однак динаміка покращення була значно гіршою, ніж в основній групі. Показники обмежувальної та емоціогенної направленості ХП не мали статистично значимої різниці у порівнянні із оглядом на початку дослідження (Рис. 5.8).

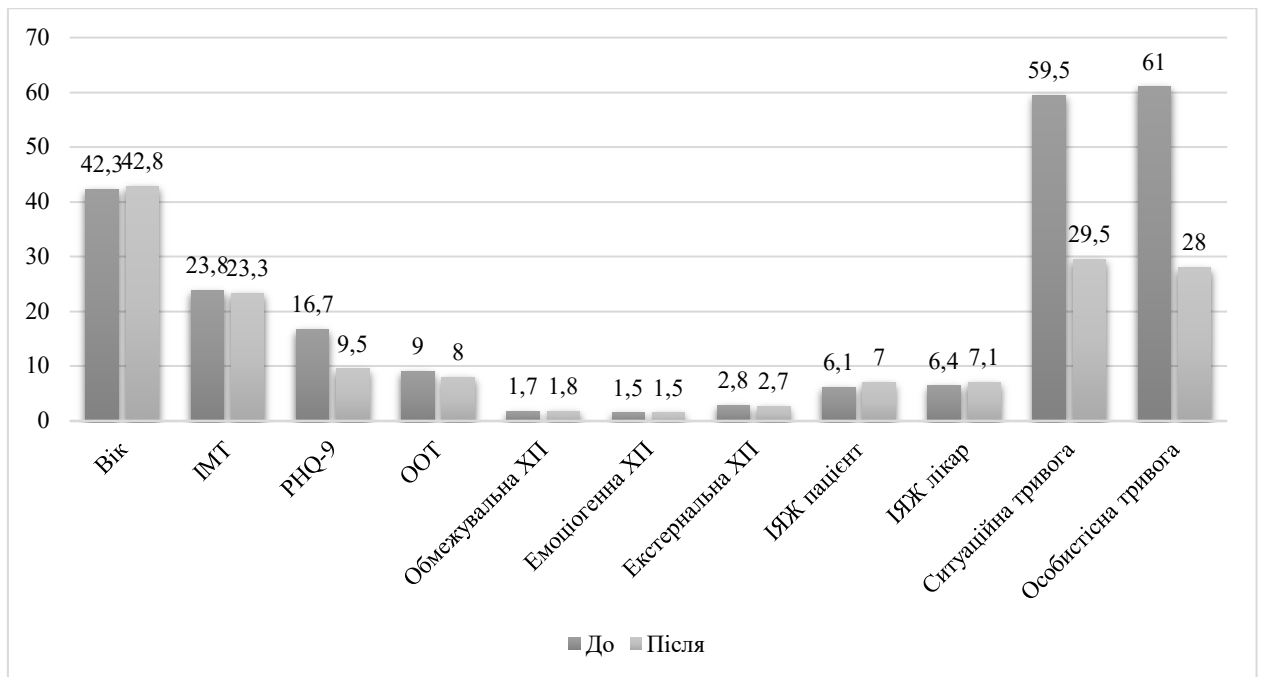


Рис. 5.8. Динаміка показників пацієнтів групи порівняння

5.2. Кореляційний аналіз показників в обох групах після проведеного втручання

Відбувся аналіз зв'язків та залежностей показників основної групи після втручання, результат якого наведено на рисунку 5.9.

Після втручання в групі спостерігалася зміна у картині кореляційних зв'язків. Деякі зв'язки були втрачені, і загалом сила зв'язків зменшилася. Особливу увагу звертає відсутність прямих кореляційних зв'язків між показником ООТ та показниками емоціогенної ХП, екстернальної ХП, ІМТ та особистісною тривогою. Також спостерігалось зменшення сили зв'язку до слабого прямого між ООТ та обмежувальною ХП. Це може свідчити про ефективність проведеного втручання за зменшення впливу сприйняття образу власного тіла на ХП.

Після втручання залишився лише прямий сильний кореляційний зв'язок між показниками якості життя за оцінкою пацієнта та лікаря.

Найбільшу кількість прямих зв'язків (5) мали показники ситуаційної та особистісної тривоги, РНQ-9, показники обмежувальної та емоціогенної ХП.

Показник ситуаційної тривоги мав найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків середньої сили.

Показник ООТ втратив значну кількість взаємозв'язків з іншими показниками.

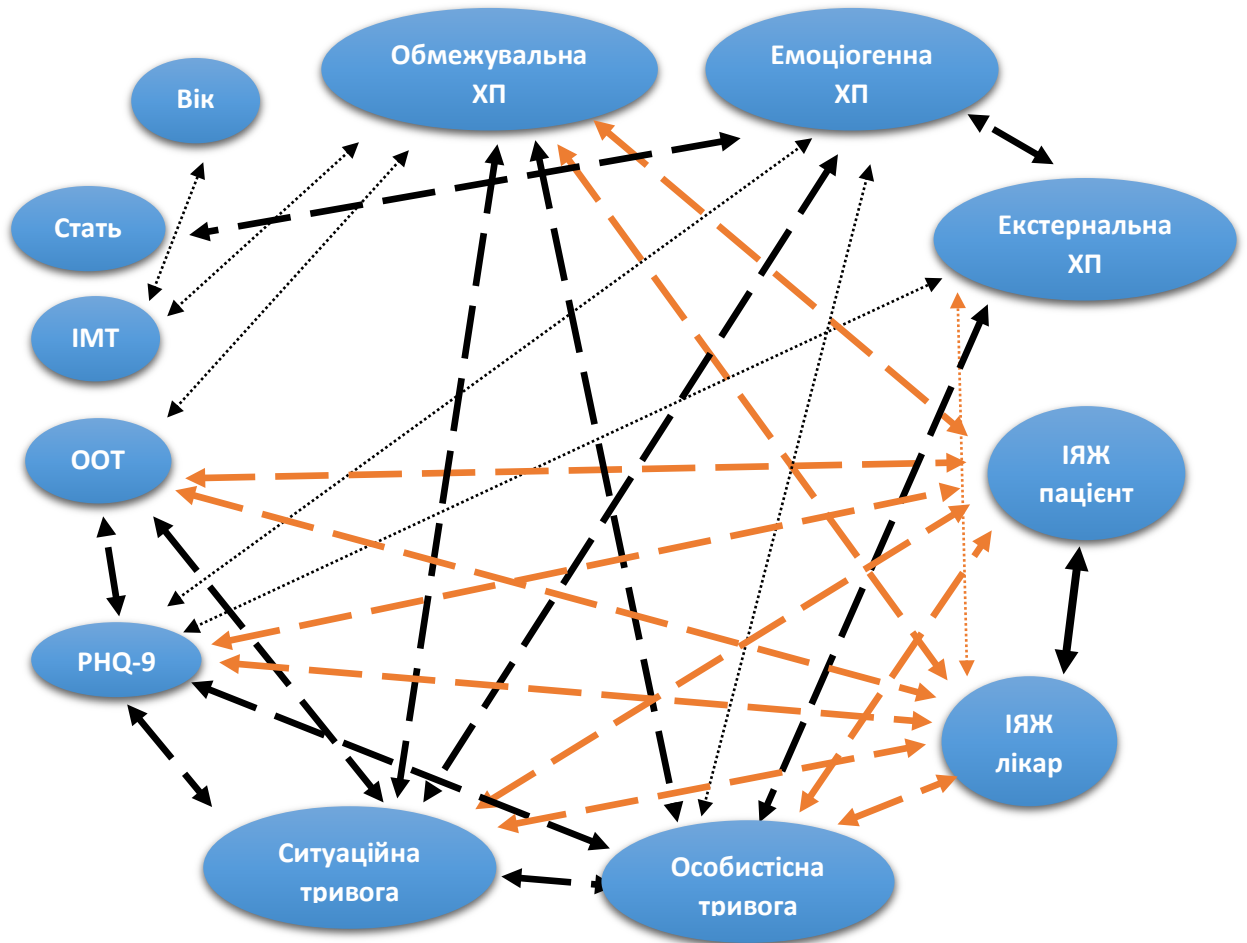


Рис. 5.9. Виявлені кореляційні зв'язки показників основної групи після терапії

Примітка.

- Прямий зв'язок слабкої сили ←·····→
- Прямий зв'язок середньої сили ←- - - - -→
- Прямий сильний зв'язок ←—————→
- Зворотній зв'язок слабкої сили ←·····→
- Зворотній зв'язок середньої сили ←- - - - -→

Щодо показників якості життя за оцінкою пацієнта та лікаря, вони виявили зворотні кореляційні зв'язки середньої сили з показниками особистісної та ситуаційної тривоги, PHQ-9, OOT та показником обмежувальної ХП. Показник за оцінкою лікаря демонстрував слабкий зворотній зв'язок з екстеральною ХП.

Також, був проведений кореляційний аналіз показників групи порівняння після втручання, результат представлений на рис. 5.10.

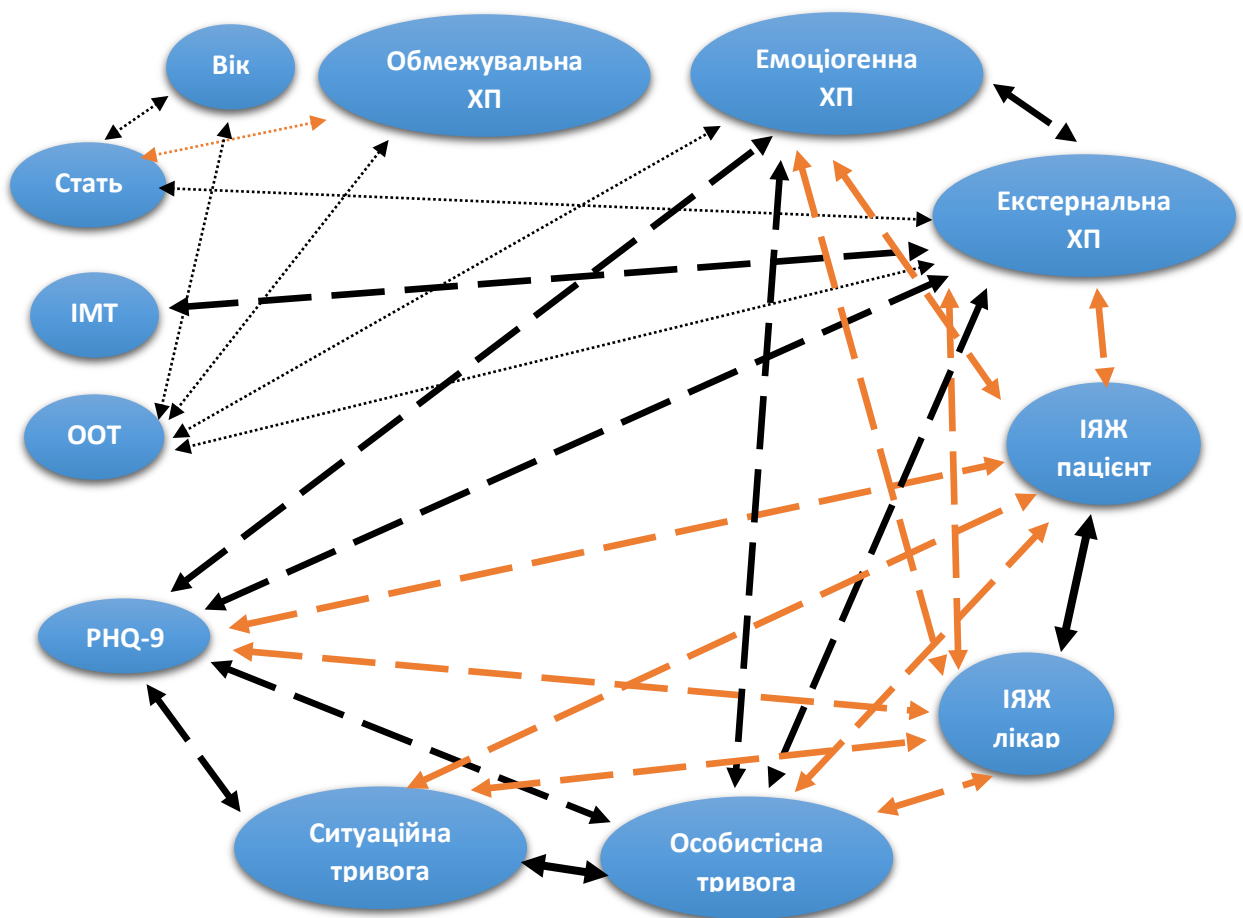


Рис. 5.10. Виявлені кореляційні зв'язки показників групи порівняння після терапії

Примітка.

- Прямий зв'язок слабкої сили ←·····→
- Прямий зв'язок середньої сили ←- - - - -→
- Прямий сильний зв'язок ←————→
- Зворотній зв'язок слабкої сили ←·····→
- Зворотній зв'язок середньої сили ←- - - - -→

Після проведеного лікування, картина кореляційних зв'язків в групі порівняння теж змінилася. Однак, порівняно з групою порівняння показник ООТ зберіг прямі слабкі зв'язки з показниками направленості ХП. Також, показники екстернальної ХП мав більше прямих кореляційних зв'язків порівняно з основною групою.

Найбільшу кількість прямих кореляційних зв'язків мав показник екстернальної ХП (з 6 іншими показниками), зокрема прямий зв'язок середньої сили простежувався з емоціогенною ХП, ІМТ, рівнем депресії за показником PHQ-9 та особистісною тривогою. Прямий зв'язок середньої сили був виявлений зі статтю та показником ООТ.

Показники особистісної тривоги та PHQ-9 мали по 4 прямі зв'язки середньої сили з іншими показниками.

Показники якості життя на оцінку пацієнта та лікаря мали зворотні кореляційні зв'язки середньої сили з показниками особистісної та ситуаційної тривоги, PHQ-9, показником обмежувальної ХП та екстернальної ХП. Загалом кількість та сила зв'язків в групі порівняння після лікування зменшилися.

Аналіз відносного ризику повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року

Проведено аналіз відносного ризику повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання на основі даних, отриманих під час первинного огляду всіх пацієнтів у вибірці. Результати представлені у табл. 5.6.

Пацієнти основної групи, які отримували лікування згідно з розробленою нами комплексною поетапною диференційованою лікувально-реабілітаційною програмою з психоосвітнім компонентом, що включала в себе як психофармакотерапевтичні заходи, так і психотерапевтичні інтервенції, виявили в 3,6 рази нижчий відносний ризик повторної госпіталізації протягом

наступного року після втручання, порівняно з пацієнтами контрольної групи, які отримували терапію згідно з чинними клінічними настановами.

Таблиця 5.6

Відносний ризик повторної госпіталізації

Предиктор	ВР (95% ДІ)	p
Низький рівень особистісної тривоги (так/ні)	5,62 (3,96-7,96)	<0,01
Втручання (так/ні)	0,28 (0,13-0,62)	<0,01
Помірний рівень особистісної тривоги (так/ні)	3,58 (1,91-6,73)	<0,01
Попередні госпіталізації (так/ні)	2,87 (2 15-7,15)	<0,05
Ожиріння 1 ст. (так/ні)	2,83 (1,45-5,55)	<0,01
Середній вік (так/ні)	2,74 (1,32-5,69)	<0,01
Наявність ожиріння (так/ні)	2,16 (1,07-4,35)	<0,05
Молодий вік (так/ні)	0,37 (0,18-0,76)	<0,01

Пацієнти з низьким та помірним рівнем особистісної тривоги мали вищий відносний ризик госпіталізації в 5,62 та 3,58 рази відповідно. Попередні госпіталізації збільшували відносний ризик повторної госпіталізації в 2,87 рази. Наявність ожиріння збільшувала відносний ризик у 2,16 рази, а ожиріння 1 ст. – у 2,83 рази, а також середній вік (від 45 до 59 років) – в 2,74 рази.

Пацієнти молодшої вікової групи мали в 2,7 рази нижчий відносний ризик повторної госпіталізації.

5.3. Уніваріантний логістичний аналіз для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року

Разом з тим, був проведений розрахунок ВШ. Предиктори високого шансу повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання, які виявилися статистично значимими в уніваріантній логістичній регресійній моделі перелічені у табл. 5.7.

Універсальна логістична регресійна модель предикторів повторної госпіталізації

Предиктор	ВШ (95% ДІ)	p	AUC (95% ДІ)
Попередні госпіталізації (кількість)	1,18 (1,07-1,29)	<0,01	0,75 (0,67-0,82)
Втручання (так/ні)	0,21 (0,08-0,54)	<0,01	0,68 (0,60-0,76)
Середній вік (так/ні)	3,46 (1,42-8,35)	<0,01	0,65 (0,57-0,73)
Молодий вік (так/ні)	0,29 (0,12-0,69)	<0,01	0,65 (0,57-0,73)
Помірний рівень особистісної тривоги (так/ні)	6,17 (2,16-17,62)	<0,01	0,63 (0,55-0,71)
Попередні госпіталізації (так/ні)	3,48 (1,24-9,81)	<0,05	0,63 (0,55-0,71)

Кількість попередніх госпіталізацій мала найбільш значущу прогностичну силу та найліпшу дискримінаційну здатність ($p < 0,01$, AUC 0,75 (95% ДІ 0,67-0,82)). Наступною за прогностичною значущістю моделлю було терапевтичне втручання за розробленою комплексною поетапною диференційованою лікувально-реабілітаційною програмою з психоосвітнім компонентом, яке зменшувало ризик повторної госпіталізації в 4,8 разів ($p < 0,01$, AUC 0,68 (95% ДІ 0,60-0,76)). Також найбільш достовірними предикторами були середній вік та помірний рівень особистісної тривоги, які збільшували шанс повторної госпіталізації в 3,46 та 6,17 рази відповідно ($p < 0,01$). Попередні госпіталізації збільшували шанс повторної госпіталізації в 3,48 рази ($p < 0,05$), а молодий вік зменшував цей шанс в 3,4 рази ($p < 0,01$).

ROC-криві значущих предикторів високого ризику повторної госпіталізації у хворих на ТДР з порушеннями ХП представлені на рисунку 5.11.

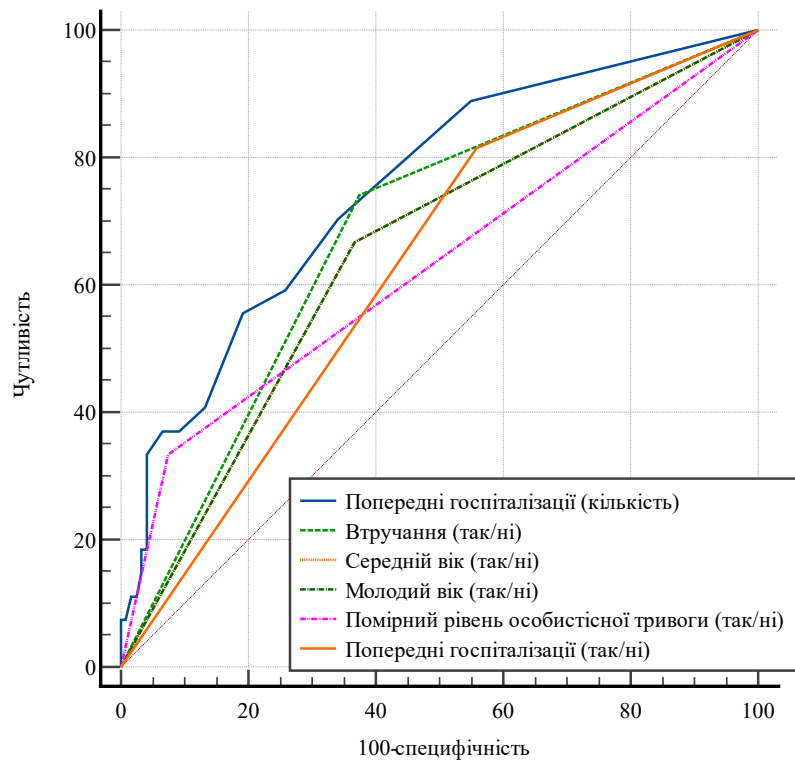


Рис. 5.11 ROC-криві значущих предикторів шансів повторної госпіталізації у хворих на ТДР з порушеннями ХП (уніваріантна регресійна модель)

5.4. Множинний логістичний аналіз для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки протягом року

Показники, які мали достовірний вплив на шанси повторної госпіталізації у хворих на ТДР з порушеннями ХП за результатами уніваріантного логістичного аналізу покроково включали множинний логістичний аналіз. У табл. 5.8 наведені параметри отриманої моделі.

**Параметри множинної логістичної регресійної моделі предикторів
повторної госпіталізації**

Предиктор	β	Стандартна похибка β	Статистика Вальда	p	ВШ	95% ДІ
Втручання (так/ні)	-1,79	0,55	10,80	<0,01	0,17	0,06-0,49
Помірний рівень особистісної тривоги (так/ні)	1,76	0,64	7,65	<0,01	5,80	1,67-20,16
Ожиріння 1 ст. (так/ні)	1,52	0,62	5,94	<0,05	4,56	1,35-15,48
Середній вік (так/ні)	1,14	0,51	4,91	<0,05	3,12	1,14-8,54
Константа	-1,89	0,4	19,3	<0,01		

Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)}{1+\exp(-1,89-1,79X_1+1,76X_2+1,52X_3+1,14X_4)} \quad (5.1)$$

де: p – вірогідність недосягнення цільової якості життя;

-1,89 – вільний член;

x₁ – бінарний показник наявності втручання;

x₂ – бінарний показник наявності помірною рівня тривоги;

x₃ – бінарний показник наявності ожиріння 1 ст.;

x₄ – бінарний показник наявності середнього віку.

При значенні $p > 0,13$ гіпотеза щодо повторної госпіталізації підтверджується. Чутливість моделі становить 74,07 (ДІ 53,7 - 88,9), специфічність 80,00 (ДІ 71,7 - 86,7). Наявність всіх факторів множинної логістичної регресії збільшує шанси повторної госпіталізації в 12,2 рази.

Множина регресійна модель факторів, що визначаються під час первинного огляду та впливають на шанс повторної госпіталізації пацієнтів протягом наступного року після втручання, результати представлені в табл. 5.9.

Таблиця 5.9

Множинна логістична регресійна модель предикторів повторної госпіталізації

Предиктор	ВШ (95% ДІ)	p	AUC (95% ДІ)
Втручання (так/ні)	0,17 (0,06-0,49)	<0,01	0,83 (0,76-0,88)
Помірний рівень особистісної тривоги (так/ні)	5,80 (1,67-20,16)		
Ожиріння 1 ст. (так/ні)	4,56 (1,35-15,48)		
Середній вік (так/ні)	3,12 (1,14-8,54)		

Після включення в множинну регресійну модель значущий прогностичний вплив зберігався у таких факторів, як втручання, помірний рівень особистісної тривоги, ожиріння 1 ст. та середній вік. Показник ВШ (95% ДІ) для множинної регресійної моделі був вищим, ніж для уніполярної моделі, для показників втручання, і зменшував шанс госпіталізації в 5,9 разу. Площа під кривою ROC для множинної регресійної моделі складала 0,83 (95% ДІ 0,76-0,88), що значно перевищує значення для створених уніваріантних моделей. ROC-криві значущих предикторів високого ризику повторної госпіталізації у пацієнтів з ТДР та порушеннями ХП представлені на рисунку 5.12.

Клінічний приклад №1. Пацієнтка О., 40 років (молодий вік), діагностований ГТР, потрапила до групи порівняння. На момент госпіталізації провідним був тривожно-депресивний синдром, ІМТ= 30,3 кг/м² (ожиріння 1 ст.), за опитувальником PHQ-9 18 балів (помірно-тяжка депресія), за ООТ 22 бали (незадоволена образом власного тіла), за опитувальником DEBQ виявлена емоціогенна та екстернальна направленість ХП, рівень якості життя

за оцінкою пацієнтки 5,2 бали, за оцінкою лікаря 5,1 бали, за опитувальником Спілбергера-Ханіна рівень особистісної тривоги дорівнював 58 балів (високий рівень), особистісної – 53 бали (високий). Отриманий результат за логістичним рівняннями $p=0,41$, що більше за точку відсічі. Отже, ми прогнозуємо повторну госпіталізацію пацієнтки протягом наступного року після втручання.

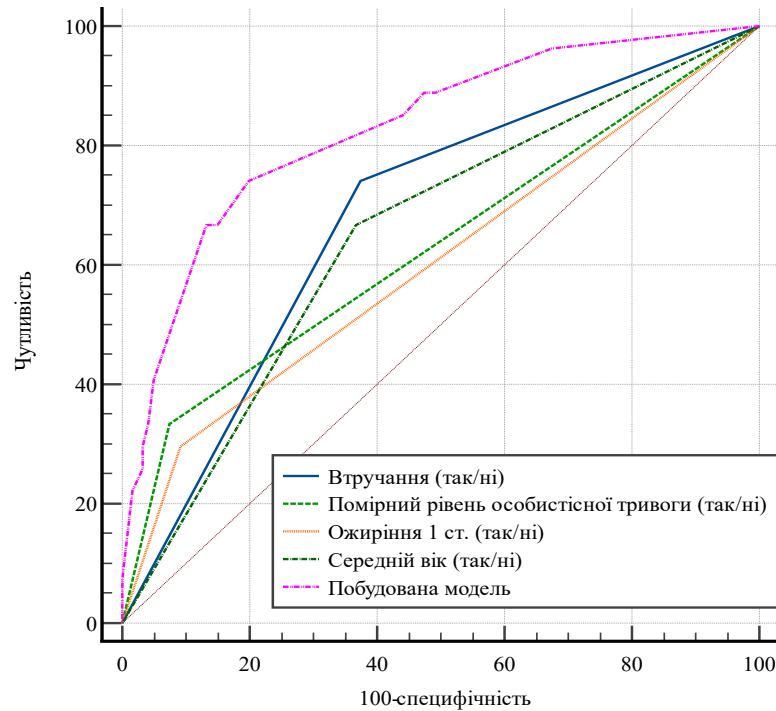


Рис. 5.12 ROC-криві значущих предикторів шансу повторної госпіталізації у хворих на ТДР з порушеннями ХП (множинна регресійна модель)

Клінічний приклад №2. Пацієнтка І., 52 роки (середній вік), діагностований змішаний тривожний та депресивний розлад, потрапила в основну групу та отримувала терапію за розробленою нами комплексною поетапною диференційованою лікувально-реабілітаційною програмою з психоосвітнім компонентом, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання. На момент госпіталізації провідним був тривожно-депресивний синдром, ІМТ= 21,9 кг/м² (нормальна вага), за опитувальником PHQ-9 22 балів (тяжка депресія), за ООТ 8 бали (задоволена образом власного тіла), за опитувальником DEBQ виявлена

емоціогенна направленість ХП, рівень якості життя за оцінкою пацієнтки 4,3 бали, за оцінкою лікаря 4,7 бали, за опитувальником Спілбергера-Ханіна рівень ситуаційної тривоги дорівнював 70 балів (високий рівень), особистісної – 60 бали (високий). Отриманий результат за логістичним рівняннями $p=0,07$, що менше точки відсічі. Таким чином, передбачається, що пацієнтка уникне повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання.

5.5. Динаміка показника якості життя серед хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки

Після проведеного втручання та лікування пацієнта обох груп була проведена повторна оцінка якості життя серед із застосуванням інтегративного тесту якості життя (Mezzich J.E. et al., 1999), адаптований Н.О. Марутою, в діаді пацієнт – лікар, результати якої представлені в табл. 5.10.

Таблиця 5.10

Показники якості життя пацієнтів вибірки після проведеного втручання

Показник	Me [Q1; Q3]		p
	Основна група	Група порівняння	
Інтегративний показник (з точки зору пацієнта)	7,7 [7,2; 8,0]	7,0 [6,7; 7,4]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору пацієнта)	7,7 [7,3; 8,3]	7,0 [6,3; 7,7]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору пацієнта)	8,0 [7,3; 8,5]	7,3 [6,8; 7,8]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору пацієнта)	7,3 [6,7; 8,0]	6,7 [6,0; 7,3]	<0,01
Інтегративний показник (з точки зору лікаря)	7,8 [7,3; 8,2]	7,2 [6,8; 7,4]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору лікаря)	8,0 [7,2; 8,3]	7,3 [6,7; 7,7]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору лікаря)	8,0 [7,5; 8,5]	7,3 [6,8; 7,8]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору лікаря)	7,3 [6,7; 8,0]	6,7 [6,0; 7,3]	<0,01

Отримані дані свідчать про наявність статистично значущої відмінності в показниках інтегративного показника якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин як з точки зору пацієнта, так і з точки зору лікаря між двома групами.

Значення інтегративного показника якості життя з точки зору пацієнта в основній групі становило 7,7 [7,2; 8,0] балів, тоді як в групі порівняння воно складало 7,0 [6,7; 7,4] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в основній групі показник становив 7,8 [7,3; 8,2] балів, а в групі порівняння 7,2 [6,8; 7,4] балів ($p < 0,01$).

Показник суб'єктивного благополуччя в основній групі з точки зору пацієнта дорівнював 7,7 [7,3; 8,3] балів, у групі порівняння – 7,0 [6,3; 7,7] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 8,0 [7,2; 8,3] балів, тоді як в групі порівняння він становив 7,3 [6,7; 7,7] балів ($p < 0,01$).

Виконання соціальних ролей учасники основної групи оцінили на рівні 8,0 [7,3; 8,5] балів, тоді як учасники групи порівняння виставили оцінку 7,3 [6,8; 7,8] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 8,0 [7,5; 8,5] балів, а в групі порівняння 7,3 [6,8; 7,8] балів ($p < 0,01$).

Щодо показника зовнішніх життєвих обставин, учасники основної групи виставили йому оцінку 7,3 [6,7; 8,0] балів, у групі порівняння цей показник склав 6,7 [6,0; 7,3] ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в основній групі показник дорівнював 7,3 [6,7; 8,0] балів, а в групі порівняння 6,7 [6,0; 7,3] балів ($p < 0,01$).

Результати, отримані в ході дослідження, свідчать про те, що застосування комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом мало значно кращий вплив на якість життя пацієнтів, що призвело до суттєвого зростання даного показника в основній групі порівняно з групою порівняння, в якій застосовувалися стандартні методи лікування згідно клінічних настанов.

Був проведений аналіз динаміки показника якості життя та його компонентів основній групі, результати якого представлені в табл. 5.11.

Динаміка показника якості життя в основній групі

Показник	Me [Q1; Q3]		p
	До	Після	
Інтегративний показник (з точки зору пацієнта)	5,9 [4,3; 7,2]	7,7 [7,2; 8,0]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору пацієнта)	5,0 [4,0; 6,7]	7,7 [7,3; 8,3]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору пацієнта)	6,1 [3,8; 7,5]	8,0 [7,3; 8,5]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору пацієнта)	6,7 [4,7; 8,0]	7,3 [6,7; 8,0]	<0,01
Інтегративний показник (з точки зору лікаря)	5,9 [4,5; 7,2]	7,8 [7,3; 8,2]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору лікаря)	5,3 [4,3; 6,7]	8,0 [7,2; 8,3]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору лікаря)	6,1 [4,3; 7,3]	8,0 [7,5; 8,5]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору лікаря)	6,7 [5,0; 8,0]	7,3 [6,7; 8,0]	<0,01

Серед пацієнтів основної групи спостерігалось зростання інтегративного показника якості життя та всіх його компонентів, які були статистично значущими.

Так, значення інтегративного показника якості життя з точки зору пацієнта до втручання становило 5,9 [4,3; 7,2] балів, тоді як після нього складало 7,7 [7,2; 8,0] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря показник до втручання становив 5,9 [4,5; 7,2] балів, а після – 7,8 [7,3; 8,2] балів ($p < 0,01$).

Показник суб'єктивного благополуччя до втручання з точки зору пацієнта дорівнював 5,0 [4,0; 6,7] балів, після – 7,7 [7,3; 8,3] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря до втручання показник склав 5,3 [4,3; 6,7] балів, а після втручання він становив 8,0 [7,2; 8,3] балів ($p < 0,01$).

Виконання соціальних ролей учасники основної групи до втручання оцінили на рівні 6,1 [3,8; 7,5] балів, тоді як після нього виставили оцінку 8,0 [7,3; 8,5] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в до втручання показник склав 6,1 [4,3; 7,3] балів, а після – 8,0 [7,5; 8,5] балів ($p < 0,01$).

Щодо показника зовнішніх життєвих обставин, учасники основної групи до втручання виставили йому оцінку 6,7 [4,7; 8,0] балів, а після цього показник склав 7,3 [6,7; 8,0] ($p < 0,01$). З точки зору лікаря в основній групі до втручання показник дорівнював 6,7 [5,0; 8,0] балів, а після – 7,3 [6,7; 8,0] балів ($p < 0,01$).

Водночас був проведений аналіз динаміки показника якості життя та його компонентів серед учасників групи порівняння, результати якого представлені в табл. 5.12.

Таблиця 5.12

Динаміка показника якості життя в групі порівняння

Показник	Me [Q1; Q3]		p
	До	Після	
Інтегративний показник (з точки зору пацієнта)	6,3 [5,1; 7,0]	7,0 [6,7; 7,4]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору пацієнта)	5,3 [4,3; 6,7]	7,0 [6,3; 7,7]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору пацієнта)	6,5 [5,0; 7,0]	7,3 [6,8; 7,8]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору пацієнта)	6,7 [5,3; 8,0]	6,7 [6,0; 7,3]	0,87
Інтегративний показник (з точки зору лікаря)	6,3 [5,2; 7,3]	7,2 [6,8; 7,4]	<0,01
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору лікаря)	5,7 [4,7; 6,7]	7,3 [6,7; 7,7]	<0,01
Виконання соціальних ролей (з точки зору лікаря)	6,5 [5,3; 7,8]	7,3 [6,8; 7,8]	<0,01
Зовнішні життєві обставини (з точки зору лікаря)	6,7 [5,7; 8,0]	6,7 [6,0; 7,3]	0,47

Серед пацієнтів групи порівняння спостерігалось зростання інтегративного показника якості життя та його компонентів, які були статистично значущими, крім показника «Зовнішні життєві обставини» з точки зору лікаря та пацієнта.

Так, значення інтегративного показника якості життя з точки зору пацієнта до втручання становило 6,3 [5,1; 7,0] балів, тоді як після нього складало 7,0 [6,7; 7,4] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря показник до втручання становив 6,3 [5,2; 7,3] балів, а після – 7,2 [6,8; 7,4] балів ($p < 0,01$).

Показник суб'єктивного благополуччя до втручання з точки зору пацієнта дорівнював 5,3 [4,3; 6,7] балів, після – 7,0 [6,3; 7,7] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря до втручання показник склав 5,7 [4,7; 6,7] балів, а після втручання він становив 7,3 [6,7; 7,7] балів ($p < 0,01$).

Виконання соціальних ролей учасники основної групи до втручання оцінили на рівні 6,5 [5,0; 7,0] балів, тоді як після нього виставили оцінку 7,3 [6,8; 7,8] балів ($p < 0,01$). З точки зору лікаря до втручання показник склав 6,5 [5,3; 7,8] балів, а після – 7,3 [6,8; 7,8] балів ($p < 0,01$).

Щодо показника зовнішніх життєвих обставин, учасники основної групи до втручання виставили йому оцінку 6,7 [5,3; 8,0] балів, а після цього показник склав 6,7 [6,0; 7,3] ($p = 0,87$). З точки зору лікаря в основній групі до втручання показник дорівнював 6,7 [5,7; 8,0] балів, а після – 6,7 [6,0; 7,3] балів ($p = 0,47$).

Висновки до розділу

Під час дослідження було встановлено, що не було статистично значущої різниці між основною групою і групою порівняння за показниками віку та ІМТ. Однак, за всіма іншими показниками була виявлена статистично значуща різниця між обома групами, що підтверджує ефективність заходів відповідно до розробленої нами комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання, спрямованої на лікування ТДР та корекцію симптомів порушення

ХП, серед пацієнтів основної групи. Найбільш значна різниця була спостережена в показниках опитувальника образу тіла та DEBQ, підшкали екстернальної направленості харчування.

Результати кореляційного аналізу в основній групі продемонстрували відсутність прямих кореляційних зв'язків між показником ООТ та показниками емоціогенної ХП, екстернальної ХП, ІМТ та особистісною тривогою. Також спостерігалось зменшення сили зв'язку до слабкого прямого між ООТ та обмежувальною ХП, що свідчить про ефективність проведеного втручання за зменшення впливу сприйняття образу власного тіла на ХП.

При проведенні аналізу відносного ризику повторної госпіталізації протягом року встановлено, що застосування комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом у пацієнтів основної групи в 3,6 рази знижувало ризик повторної госпіталізації протягом наступного року, порівняно з пацієнтами групи порівняння. Розрахунок уніваріантного логістичного аналізу для визначення шансів повторної госпіталізації пацієнтів вибірки встановлено, що у пацієнтів основної групи втручання в 4,8 рази знижувало шанс повторної госпіталізації протягом наступного року, порівняно з пацієнтами групи порівняння. При побудові множинної регресійної моделі проведення втручання в основній групі зменшувало шанс повторної госпіталізації протягом наступного року в 5,9 разів.

При дослідженні якості життя встановлені статистично значущі гірші показники виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих обставин, суб'єктивного благополуччя та загального інтегративного показника якості життя ($p < 0,05$) у хворих групи порівняння порівняно з пацієнтами основної групи.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [138,140,141].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У сучасному світі стабільно зростає кількість людей, які стикаються з РХП. Пацієнти, у яких вони спостерігаються, часто стикаються з фізичними, психічними та поведінковими проблемами, а також мають психологічні труднощі та низький рівень психосоціального функціонування [6,7]. Ризик передчасної смерті серед цієї групи населення є одним із найвищих, що пов'язано як з фізичними ускладненнями, так і з психічними проблемами. РХП мають тенденцію до тривалого, затяжного, а іноді і хронічного перебігу, що часто веде до соціальної дезадаптації та інвалідизації пацієнтів [2,3]. За останні двадцять років значно зросла кількість потенційних років життя, які були втрачені через передчасну смерть і непрацездатність у зв'язку з РХП [8]. Важливо відзначити, що в Україні «тягар хвороби» внаслідок РХП є значно меншим, ніж в Європейському регіоні, що може вказувати на серйозні проблеми з виявленням і діагностикою цих захворювань в нашій країні. Однією з причин ускладнення вчасної діагностики та ефективної терапії РХП є їх різноманітність симптомів та висока частота коморбідності цієї патології з іншими розладами, перш за все з ТДР.

Проведено дослідження метою якого було на підставі вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей та оцінки якості життя хворих на ТДР з порушеннями ХП розробити для цієї категорії осіб комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму та оцінити її ефективність.

На початку дослідження було обстежено 147 пацієнтів із ТДР та симптомами порушення ХП. Пацієнти були поділені на основну групу (82 пацієнта) та групу порівняння (65 пацієнтів). Через 6 місяців групи склали: 76 чоловік основна група та 60 – група порівняння (з дослідження вибули 11 учасників (7,5%), а саме – 6 (7%) пацієнтів основної групи та 5 (8%) групи порівняння). Групи не мали статистично значущої відмінності за статтю. У

ході комплексного огляду літератури щодо факторів, пов'язаних з вибуванням пацієнтів із лікування РХП, виявлено, що відсоток вибування становить від 20,2% до 51% у стаціонарних умовах та від 29% до 73% у амбулаторному лікуванні. Відмінність результатів в порівнянні з нашим дослідженням може свідчити про ефективність нашого втручання та приверженість пацієнтів саме такому варіанту втручання [142]. В систематичному огляді випадків відмови від лікування пацієнтів з НА у амбулаторних умовах виявлено, що при застосуванні медикаментозної терапії, переважно флуоксетину, лікування не завершували 11,3–57,1% пацієнтів. При використанні сімейної психотерапії вихід з терапії коливався в межах 4–27,6%, а для КПТ – від 8%. Ці дані співставні з результатами, отриманими в нашому дослідженні [143].

Результати дослідження симптомів РХП та симптомів депресії у студентів Китайсько-Тибетського університету не виявило суттєвих гендерних відмінностей у мережі симптомів РХП та симптомів депресії, що відповідає результатам отриманим в ході нашого дослідження [144]. Так, на початку дослідження рівень депресії серед жінок та чоловіків вибірки дорівнював помірно-тяжкому рівню депресії та не мав статистично значущої різниці між чоловіками та жінками, хоча серед жінок була більш поширена тяжка депресія порівняно з чоловіками, серед яких найбільш поширеною була помірно-тяжка депресія.

У дослідженнях, проведених на нашій кафедрі, з метою вивчення зв'язку КП з тривогою та депресією у студентів медичного профілю, була виявлена відсутність статистично значущої різниці в показниках за статтю за шкалою компульсивного переїдання (BES) та показниками тривоги та депресії. Це відповідає результатам даного дослідження [145]. У наступному дослідженні, ми провели оцінку зв'язку КП з тривогою та депресією серед студентів технічного вишу. В результаті була встановлена відсутність статистично значущої різниці за BES та рівнем тривоги між чоловіками та жінками, що також спостерігається і в даному дослідженні [146].

В нашому дослідженні при первинному огляді не було виявлено статистично значущих відмінностей за показниками направленості ХП та ООТ при розподілі пацієнтів за статтю, тоді як в дослідженні Jackson A.M. було виявлено, що серед молодих жінок більше поширене негативне сприйняття власного образу тіла та дезадаптивна ХП [147].

Порівнюючи результати терапії в обох групах встановлено, що між ними не було виявлено статистично значущої різниці за ІМТ, а показники становили 22,9 [20,3; 27,0] кг/м² в основній та 23,3 [21,3; 27,6] кг/м² в групі порівняння, що відповідало нормальній вазі. Водночас, динаміка зменшення показника ІМТ в основній та групі порівняння до та після терапії була статистично значимою в обох групах ($p < 0,01$). Загалом, в основній групі після втручання більше пацієнтів відповідали критерію нормальній вазі (67,1%), порівняно з групою порівняння (60,0%).

При дослідженні динаміки показників ООТ встановлено, що після терапії між групами спостерігалася статистично значуща різниця, так в основній групі він дорівнював 4,5 [3,0; 8,5] балів, а в групі порівняння 4,5 [3,0; 8,5] балів ($p < 0,01$). Щодо поширеності незадоволеності образом тіла, то 25,0% групи порівняння лишалися незадоволеними образом власного тіла, проти 14,5% в основній групі. Краща динаміка даного показника в основній групі була обумовлена проведеним втручанням, направленим на формування кращого сприйняття образу власного тіла. При цьому в обох групах при порівнянні показника до та після втручання зниження показника незадоволеності власним тілом було статистично значущим.

Щодо показників за DEBQ, то між двома групами визначалися статистично значущі відмінності за всіма показниками після втручання. Так, показник обмежувальної ХП в основній групі після втручання складав 1,2 [1,0; 1,4] балів, а в групі порівняння - 1,75 [1,3; 2,5] балів; показник емоціогенної ХП дорівнював 1,2 [1,0; 1,3] балів в основній та 1,54 [1,3; 2,1] балів в групі порівняння; показник екстернальної ХП складав 1,3 [1,2; 1,8] і 2,7 [2,0; 3,1] балів і відповідних групах ($p < 0,01$). Щодо динаміки показника в групах до та

після втручання, то в основній групі спостерігалася статистично значуща відмінність за трьома показниками, а в групі порівняння значущою була відмінність лише за показником екстернальної ХП. Щодо поширеності направленості ХП в групах, то в групі порівняння частіше зустрічалася екстернальна ХП – 48,3% учасників, проти 5,3% в основній групі, емоціогенна ХП – 33,3%, проти 2,6% та обмежувальна ХП – 25,0% і 3,9% відповідно. Значна відмінність показників ХП між основною групою і групою порівняння обумовлена застосуванням лікувально-реабілітаційних заходів з психоосвітнім компонентом порушень ХП.

Інші наукові дослідження щодо ефективності психотерапії, фармакотерапії та їх комбінації при РХП демонструють ефективність кожного методу та суперечні результати щодо переваги комбінованого методу, або незначну його перевагу. В більшості досліджень підтверджується довгострокова ефективність психотерапії [148–150].

При порівнянні показників депресії встановлена статистично значуща відмінність результатів між основною групою та групою порівняння ($p < 0,01$). Так, рівень депресії в основній групі дорівнював легкому (7 [4,0; 8,0] балів), а в групі порівняння помірному рівню (9,5 [7,5; 12,5] балів). Водночас динаміка зниження рівня депресії в кожній групі порівняно з початковим рівнем була статистично значущою. Важливо зазначити, що серед 31,6% учасників основної групи прояви депресії були відсутні, тоді як серед учасників групи порівняння таких було лише 1,7%.

При порівнянні показників тривоги встановлена статистично значуща відмінність результатів між основною групою та групою порівняння ($p < 0,01$). В обох групах показники тривоги після терапії дорівнювали низькому рівню, але показники основної групи (Ситуаційна тривога – 26 [23,0; 28,0] балів; особистісна тривога – 24 [22,0; 28,0] балів) були значуще нижчі за групу порівняння (Ситуаційна тривога – 29,5 [25,5; 34,5] балів; особистісна тривога – 28,0 [24,0; 34,0] балів). Низький рівень особистісної та ситуаційної тривоги

був значно поширенішим серед представників основної групи 89,5% та 86,8%, порівняно з групою порівняння – 60,0% та 56,7%.

Відмінність показників депресії та тривоги між групами також була обумовлена психотерапевтичним втручанням в основній групі, яке було направлене не лише на профілактику та корекцію порушень ХП та образу тіла, а й на ТДР, що мало вплив на рівень депресії та тривога, а також сприяло розумінню власних емоцій та їх причин пацієнтами, навчало ефективним стратегіям управління стресом та розвивало позитивні патерни мислення.

Проведені мета-аналізи ефективності психотерапії, фармакотерапії та їх комбінації щодо лікування ТДР переважно демонструють дещо більшу ефективність комбінованої терапії, особливо в порівнянні з фармакотерапією [151,152]. Також, деякі дослідження демонструють незалежність ефектів психотерапії та фармакотерапії, що теж є перевагою комбінованого методу [153].

У дослідженнях впливу симптомів тривоги та депресії на ХП було встановлено, що зростання рівня тривоги та депресії призводило до посилення симптомів порушень ХП [154–156]. Цей факт підтвердився і в нашому дослідженні, так при первинному огляді рівень депресії та ситуаційної тривоги мали слабкий прямий кореляційний зв'язок з емоціогенною направленістю ХП. Спостерігався прямий кореляційний зв'язок середньої сили між ситуаційною тривогою та обмежувальною ХП. Після проведеного втручання в основній групі картина кореляційних зв'язків змінилася, спостерігалися прямі кореляційні зв'язки середньої сили між ситуаційною тривогою та обмежувальною і емоціогенною ХП; між особистісною тривогою та обмежувальною і екстернальною ХП. Рівень депресії мав слабкий прямий кореляційний зв'язок з емоціогенною та екстернальною ХП. Вище перераховані кореляційні зв'язки та виявлений нами прямий слабкий кореляційний зв'язок між ІМТ та показником обмежувальної ХП при первинному та повторному огляді, збігається із результатами дослідження

взаємозв'язку між депресією, тривогою, рівнем стресу та ХП у робітників служб екстреної допомоги в Туреччині [157].

В результаті проведеного дослідження був виявлений більш потужний вплив тривоги на ХП порівняно з депресією, так показник рівня депресії мав лише слабкі прямі кореляційні зв'язки з показниками направленості ХП, тоді як вираженість тривожної симптоматики мала прямі кореляційні зв'язки середньої сили з показниками направленості ХП, що також спостерігалось в дослідженні з учасниками з різних країн світу, з переважанням США (64,3%) [158].

В нашому дослідженні був встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили між показником незадоволеності образом власного тіла та екстернальною і емоціогенною направленістю ХП. Між показником ООТ та обмежувальною ХП простежувався прямий слабкий зв'язок. Подібні результати були продемонстровані в дослідженні емоційного харчування підлітків, де емоціогенний варіант ХП був пов'язаний з негативним образом тіла у підлітків з надмірною вагою [159]. В подальшому, в нашому дослідженні після проведеного втручання в основній групі спостерігалася інша картина кореляційних зв'язків. Так, показник ООТ втратив зв'язки з екстернальною та емоціогенною ХП, а спостерігався лише слабкий прямий кореляційний зв'язок ООТ та ІМТ з обмежувальною ХП. Ці результати можуть вказувати на ефективність проведеного нами втручання на значне зменшення впливу образу власного тіла та на ХП пацієнтів основної групи.

Отримані дані при первинному огляді пацієнтів всієї вибірки свідчили про відсутність статистичної відмінності між показниками якості життя в основній та групі порівняння. Водночас результати демонстрували суттєвий вплив симптомів тривоги, депресії, негативного образу тіла та симптомів порушень ХП на якість життя пацієнтів. При оцінці кореляційних зв'язків, було встановлено, що показник якості життя має зворотні кореляційні зв'язки середньої сили з показниками тривоги, депресії, ООТ та направленістю ХП, в той же час, не спостерігалось зв'язків між показником ІМТ та якістю життя,

що також демонструвало дослідження якості життя при переїданні Gudmundsdóttir S. та інші дослідження [160,161].

Після проведеної терапії та втручання в основній групі пацієнти були повторно оцінені на якість життя. В результаті встановлено, що пацієнти основної групи мали кращі показники порівняно з групою порівняння, які були статистично значущими. При оцінці динаміки показників в групах встановлено, що в основній групі показники якості життя по всім показникам мали статистично значущу позитивну динаміку, на відміну від групи порівняння, де показник зовнішніх життєвих обставин з точки зору лікаря та пацієнта не мав статистично значущої різниці. Отримані результати вкотре підтверджують суттєвий вплив симптомів порушень ХП на якість життя пацієнтів, особливо при наявності розладів тривожно-депресивного спектру. Також, результати застосування комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом ТДР з порушеннями ХП в основній групі свідчать про значне та статистично значуще покращення якості життя пацієнтів порівняно з групою порівняння, де застосовувалися стандартні методи лікування ТДР. Це також підтверджують дані дослідження зв'язків між субклінічною депресією, субклінічними РХП та якістю життя в ранньому підлітковому віці [162].

При побудові прогностичної моделі було встановлено, що пацієнти основної групи мали в 3,6 раза нижчий відносний ризик повторної госпіталізації протягом наступного року, ніж пацієнти групи порівняння. При побудові уніполярної регресійної моделі найкращу прогностичну силу та дискримінаційну здатність мала кількість попередніх госпіталізацій ($p < 0,01$, AUC 0,75 (0,67-0,82)) та втручання в основній групі що зменшувало відносний шанс повторної госпіталізації протягом наступного року в 4,8 раза. Однак, найбільшу дискримінаційну здатність мала множинна логістична регресійна модель (AUC 0,83 (0,76-0,88)), за якою втручання в основній групі зменшувало відносний шанс повторної госпіталізації протягом наступного року в 5,9 раза.

Встановлено, що тяжкість симптомів депресії не мала прогностичної сили та не впливала на прогнозування відносного ризику або шансу повторної госпіталізації протягом року. Такі ж висновки були зроблені в ході дослідження, в якому було обстежено 56 підлітків із діагнозом НА, де виявлено, що початковий рівень депресії не впливав на результати терапії та ризик рецидиву [163].

Згідно з результатами нашого дослідження, було виявлено, що фактична наявність ожиріння та ожиріння першого ступеня підвищували ризик повторної госпіталізації. У той же час, за результатами множинної регресійної моделі, ожиріння першого ступеня спричиняло збільшення шансів повторної госпіталізації. Однак в результаті дослідження лікування депресивних розладів за допомогою кетаміну було виявлено, що показник ІМТ не впливає на ефективність лікування [164].

Відносно ймовірність повторної госпіталізації було досліджено серед 519 пацієнтів, які отримували лікування у 8 лікарнях Нью-Йорка, а також серед 1912 пацієнтів, які були госпіталізовані протягом 30 днів після виписки із сільської психіатричної лікарні у США. Ці дослідження виявили, що існує зростаюча ймовірність повторної госпіталізації зі збільшенням кількості попередніх госпіталізацій. Ці результати узгоджуються з висновками нашого дослідження, де наявність попередніх госпіталізацій збільшувала відносний ризик та шанс подальшої повторної госпіталізації, а кількість попередніх госпіталізацій підвищувала шанси повторної госпіталізації [165,166].

Отже, аналіз результатів нашого дослідження продемонстрував ефективність застосування комбінованого підходу для лікування хворих на ТДР з порушеннями ХП. В основній групі спостерігалися кращі результати лікування за всіма показниками, порівняно з групою порівняння. Результати інших досліджень зазвичай демонструють незначну перевагу використання комбінації психотерапії та фармакотерапії при лікуванні РХП, депресії та тривоги. Водночас, наше дослідження є прикладом ефективного застосування

такого методу при лікуванні коморбідної патології, чого раніше не досліджувалося.

Розроблена нами, науково обґрунтована комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма з психоосвітнім компонентом, рекомендується до застосування та подальшого впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я для лікування ТДР з порушеннями ХП.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації, базуючись на результатах клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження, було проведено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової проблеми удосконалення діагностики і лікувально-реабілітаційних підходів щодо хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки та поліпшення їх якості життя.

2. У дисертації наведено результати дослідження клініко-психопатологічних особливостей тривожно-депресивних розладів з порушеннями ХП. Серед учасників вибірки провідне місце займав тривожний синдром та його поєднання з іншими синдромами, найбільш часто спостерігався тривожно-депресивний варіант. Найпоширенішими діагнозами серед пацієнтів вибірки були: змішаний тривожний та депресивний розлад (63,4% – основна група, 61,5% – група порівняння) та генералізований тривожний розлад (19,5% – основна група, 18,5% – група порівняння).

3. В дослідженні проаналізовані патопсихологічні характеристики хворих на тривожно-депресивні розлади та клініко-феноменологічні особливості порушень ХП. В основній групі – 40,2% пацієнтів виявили незадоволення образом свого тіла, в групі порівняння – 36,9% обстежуваних. За кількісним показником DEBQ виявлена наявність екстернальної направленості ХП в вибірці, за якісним показником її поширеність становила: 56,1% основної групи та 50,8% групи порівняння. Серед учасників основної групи емоціогенна направленість ХП спостерігалася у 34,1%, а обмежувальна – у 24,4% (у групі порівняння – 33,8% та 27,7% відповідно). За PHQ-9 тяжкість депресивних симптомів відповідала помірно-тяжкій депресії, за опитувальником Спілбергера-Ханіна рівень ситуаційної та особистісної тривоги був високим у обох групах.

4. За результатами кореляційного аналізу встановлено, що показник ООТ мав прямі кореляційні зв'язки середньої сили із всіма направленостями ХП, депресією, ситуативною та особистісною тривоگوю. Показники

направленості ХП мали прямі кореляційні зв'язки з тривогою та депресією. При оцінці якості життя пацієнтами результати виявилися менш задовільними, у порівнянні з оцінкою лікаря. Це вказувало на тенденцію пацієнтів до заниження показників якості життя, що було обумовлено наявністю тривожно-депресивних симптомів.

5. Розроблено, науково обґрунтовано та впроваджено в практичну діяльність системи охорони здоров'я комплексну поетапну диференційовану лікувально-реабілітаційну програму з психоосвітнім компонентом для хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями ХП, яка включала розгорнуту схему психотерапевтичного та психофармакологічного втручання, а також проведена оцінка її ефективності. За показниками оцінки образу тіла, направленості ХП, рівня тривоги та депресії, а також якості життя виявлено статистично значущі відмінності між основною групою та групою порівняння. Найбільш вагомими відмінностями спостерігалися за показниками ООТ та DEBQ. Результати кореляційного аналізу в основній групі не підтвердили прямих кореляційних зв'язків між показником образу власного тіла та показниками емоціогенної та екстернальної направленості ХП, ІМТ та рівнем особистісної тривоги. Спостерігалось зниження сили зв'язку між показником образу власного тіла та обмежувальною ХП, що продемонструвало ефективність проведеного втручання, яке проявилось у зменшенні впливу сприйняття образу власного тіла на ХП.

6. Визначені ризики та шанси повторної госпіталізації протягом наступного року після втручання на основі первинних даних. Аналіз відносного ризику продемонстрував, що застосування комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з елементами профілактики у пацієнтів основної групи в 3,6 рази знижувало ризик повторної госпіталізації протягом наступного року, за уніваріантною логістичною моделлю в 4,8 рази знижувало шанс повторної госпіталізації протягом наступного року, а за множинною логістичною регресійною моделлю – в 5,9 разів. Створена прогностична модель може бути впроваджена та застосована

в практичній діяльності галузі системи охорони здоров'я з метою прогнозування шансів повторної госпіталізації даної когорти хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою ранньої діагностики тривожно-депресивних розладів з порушеннями ХП необхідно проводити психіатричний огляд із застосуванням психодіагностичного методу, доповненого психометричними шкалами (анкета про стан здоров'я PHQ-9; опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха; голландський опитувальник ХП (DEBQ); тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна).

2. Для контролю ефективності лікування хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями ХП рекомендовано проводити оцінку якості життя за методикою оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч), адаптованого Н.О. Марутою.

3. З урахуванням зростання поширеності тривожно-депресивних розладів з порушеннями ХП, вважається доцільним впровадження комплексної поетапної диференційованої лікувально-реабілітаційної програми з психоосвітнім компонентом. Лікувально-реабілітаційні заходи мають включати персоніфікований, комплексний, системний і поетапний підхід до лікування цих станів.

4. Рекомендується використання виявлених когнітивних моделей для точного визначення психотерапевтичних мішеней та оптимізації терапевтичного втручання при лікуванні хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями ХП.

5. Розроблена прогностична множина логістична регресійна модель факторів може бути рекомендована для використання в практичній медицині лікарями-психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами та лікарями загальної практики – сімейної медицини.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Espinoza García AS, Martínez Moreno AG, Reyes Castillo Z. The role of ghrelin and leptin in feeding behavior: Genetic and molecular evidence. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)* 2021;68:654–63. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2020.10.009>.
2. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33:521–7. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>.
3. Zinchuk MS, Avedisova AS, Guekht AB. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2019;119:108–19. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>.
4. Somilo OV, Makarov SO, Kalbus OI, Sorokin AV. Anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Medicni Perspektivi* 2023;28:106–11. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.2.283349>.
5. Yuryeva L, Shusterman T. The COVID-19 pandemic: risks to psychological well-being and mental health. *UVP* 2020:5–10. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-1>.
6. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* 2020;395:899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3).
7. Zyoud SH, Shakhshir M, Abushanab AS, Koni A, Shahwan M, Jairoun AA, et al. Mapping the landscape and structure of global research on binge eating disorder: Visualization and bibliometric analysis. *World J Psychiatry* 2022;12:982–94. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i7.982>.
8. Global Health Estimates 2020: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization 2020.
9. Grimm ER, Steinle NI. Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutrition Reviews* 2011;69:52. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00361.x>.

10. Maj M, John Wiley & Sons. *Eating disorders* / edited by Mario Maj ... et al.]. New York: J. Wiley; 2003.
11. World Health Organization. ICD-10. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision 1992, Volume 1 = CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : Dixième Révision 1992, Volume 1 1992.*
12. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;81:1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>.
13. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42:263–74. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>.
14. Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med* 2021;88:333–43. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168>.
15. O’Loughlen E, Grant S, Galligan R. Shame and binge eating pathology: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2022;29:147–63. <https://doi.org/10.1002/cpp.2615>.
16. Ranalli DN, Studen-Pavlovich D. Eating Disorders in the Adolescent Patient. *Dent Clin North Am* 2021;65:689–703. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2021.06.009>.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.
18. Calati R, De Ronchi D, Bellini M, Serretti A. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2011;44:191–9. <https://doi.org/10.1002/eat.20811>.
19. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, Bonetti G, Medori MC, Marceddu G, et al. Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *J Prev Med Hyg* 2022;63:E297–305. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2772>.

20. Carbone EA, D'Amato P, Vicchio G, De Fazio P, Segura-Garcia C. A systematic review on the role of microbiota in the pathogenesis and treatment of eating disorders. *Eur Psychiatry* 2020;64:e2. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.109>.

21. Conviser JH, Fisher SD, McColley SA. Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review. *Int J Eat Disord* 2018;51:187–213. <https://doi.org/10.1002/eat.22831>.

22. Nip ASY, Reboussin BA, Dabelea D, Bellatorre A, Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, et al. Disordered Eating Behaviors in Youth and Young Adults With Type 1 or Type 2 Diabetes Receiving Insulin Therapy: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes Care* 2019;42:859–66. <https://doi.org/10.2337/dc18-2420>.

23. Oliveira PDR, Silva MAI, Oliveira WAD, Komatsu AV, Brunherotti MADA, Rosário R, et al. Associations between bullying and risk for eating disorders in adolescents. *Rev Bras Enferm* 2023;76:e20220643. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0643>.

24. Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagnino L, Abbate-Daga G, et al. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Res* 2018;269:692–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.089>.

25. Ziobrowski HN, Buka SL, Austin SB, Duncan AE, Simone M, Sullivan AJ, et al. Child and adolescent maltreatment patterns and risk of eating disorder behaviors developing in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2021;120:105225. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105225>.

26. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* 2017;15:12. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>.

27. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Res* 2011;187:401–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.028>.

28. Canals J, Sancho C, Arija MV. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:353–9. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9>.

29. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11:8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>.

30. Yan H, Fitzsimmons-Craft EE, Goodman M, Krauss M, Das S, Cavazos-Rehg P. Automatic detection of eating disorder-related social media posts that could benefit from a mental health intervention. *Int J Eat Disord* 2019;52:1150–6. <https://doi.org/10.1002/eat.23148>.

31. Hinojo-Lucena F-J, Aznar-Díaz I, Cáceres-Reche M-P, Trujillo-Torres J-M, Romero-Rodríguez J-M. Problematic Internet Use as a Predictor of Eating Disorders in Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Nutrients* 2019;11:2151. <https://doi.org/10.3390/nu11092151>.

32. Ye C. The Influences of Social Media on Eating Disorder Risk. *EHSS* 2023;22:710–5. <https://doi.org/10.54097/ehss.v22i.13340>.

33. Wooldridge T, Mok C, Chiu S. Content analysis of male participation in pro-eating disorder web sites. *Eat Disord* 2014;22:97–110. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.864891>.

34. Yurtdaş-Depboylu G, Kaner G, Özçakal S. The association between social media addiction and orthorexia nervosa, eating attitudes, and body image among adolescents. *Eat Weight Disord* 2022;27:3725–35. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01521-4>.

35. Wu Y, Harford J, Petersen J, Prichard I. “Eat clean, train mean, get lean”: Body image and health behaviours of women who engage with fitspiration and clean

eating imagery on Instagram. *Body Image* 2022;42:25–31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.05.003>.

36. Wilksch SM, O’Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord* 2020;53:96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>.

37. Peñas-Lledó E, Bulik CM, Lichtenstein P, Larsson H, Baker JH. Risk for self-reported anorexia or bulimia nervosa based on drive for thinness and negative affect clusters/dimensions during adolescence: A three-year prospective study of the TChAD cohort. *Int J Eat Disord* 2015;48:692–9. <https://doi.org/10.1002/eat.22431>.

38. Levinson CA, Zerwas S, Calebs B, Forbush K, Kordy H, Watson H, et al. The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *J Abnorm Psychol* 2017;126:340–54. <https://doi.org/10.1037/abn0000254>.

39. Presnell K, Stice E, Seidel A, Madeley MC. Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2009;16:357–65. <https://doi.org/10.1002/cpp.630>.

40. Zyoud SH, Shakhshir M, Abushanab AS, Koni A, Shahwan M, Jairoun AA, et al. Bibliometric mapping of the landscape and structure of nutrition and depression research: visualization analysis. *J Health Popul Nutr* 2023;42:33. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00378-2>.

41. Kozhyna HM, Tovazhnyanska OL, Markova MV, Zelenska KO, Kauk OI. FEATURES OF PRIMARY HYPOTHYROIDISM IN FORCIBLY DISPLACED PERSONS AS A BASIS OF FORMATION COGNITIVE AND ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS. *Problems of Endocrine Pathology* 2020;73:25–32. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2020.3.03>.

42. Farstad SM, McGeown LM, von Ranson KM. Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016;46:91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>.

43. Carr MM, Wiedemann AA, Macdonald-Gagnon G, Potenza MN. Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of

behavioral studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;110:110318. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110318>.

44. Lloyd EC, Haase AM, Foster CE, Verplanken B. A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2019;276:175–85. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.010>.

45. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F, et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Res* 2015;227:52–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>.

46. Micali N, Hilton K, Nakatani E, Heyman I, Turner C, Mataix-Cols D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychol Med* 2011;41:2507–13. <https://doi.org/10.1017/S003329171100078X>.

47. Vanzhula IA, Calebs B, Fewell L, Levinson CA. Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms: Understanding comorbidity with network analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2019;27:147–60. <https://doi.org/10.1002/erv.2634>.

48. Winkeler A, Winkeler M, Imgart H. Infra-Low Frequency Neurofeedback in the Treatment of Patients With Chronic Eating Disorder and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder. *Front Hum Neurosci* 2022;16:890682. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.890682>.

49. Trottier K. Posttraumatic stress disorder predicts non-completion of day hospital treatment for bulimia nervosa and other specified feeding/eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28:343–50. <https://doi.org/10.1002/erv.2723>.

50. Isomaa R, Backholm K, Birgegård A. Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Res* 2015;230:506–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.044>.

51. Grilo CM, White MA, Barnes RD, Masheb RM. Posttraumatic stress disorder in women with binge eating disorder in primary care. *J Psychiatr Pract* 2012;18:408–12. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000422738.49377.5e>.

52. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord* 2015;185:115–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.039>.

53. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1:15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>.

54. Degortes D, Zanetti T, Tenconi E, Santonastaso P, Favaro A. Childhood obsessive-compulsive traits in anorexia nervosa patients, their unaffected sisters and healthy controls: a retrospective study. *Eur Eat Disord Rev* 2014;22:237–42. <https://doi.org/10.1002/erv.2295>.

55. Thornton LM, Dellava JE, Root TL, Lichtenstein P, Bulik CM. Anorexia nervosa and generalized anxiety disorder: further explorations of the relation between anxiety and body mass index. *J Anxiety Disord* 2011;25:727–30. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.010>.

56. Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Hoek HW, Raevuori A, Rose RJ, et al. Prospective associations of early-onset Axis I disorders with developing eating disorders. *Compr Psychiatry* 2009;50:20–5. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.004>.

57. Skinner HH, Haines J, Austin SB, Field AE. A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *J Adolesc Health* 2012;50:478–83. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.002>.

58. Buckner JD, Silgado J, Lewinsohn PM. Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2010;44:781–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.014>.

59. Ciarra JL, Mathew JM. Social anxiety and disordered eating: The influence of stress reactivity and self-esteem. *Eat Behav* 2017;26:177–81. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.011>.

60. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Youssef G, Mitchell S, Byrne M, Allen N, et al. Longitudinal Bi-directional Effects of Disordered Eating, Depression and Anxiety. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25:351–8. <https://doi.org/10.1002/erv.2525>.
61. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228–34. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>.
62. Lundgren JD, Rempfer MV, Brown CE, Goetz J, Hamera E. The prevalence of night eating syndrome and binge eating disorder among overweight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2010;175:233–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.027>.
63. Melo MCA, de Oliveira Ribeiro M, de Araújo CFC, de Mesquita LMF, de Bruin PFC, de Bruin VMS. Night eating in bipolar disorder. *Sleep Med* 2018;48:49–52. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.031>.
64. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Encephale* 2019;45:60–73. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.06.001>.
65. Thiebaut S, Jaussent I, Maimoun L, Beziat S, Seneque M, Hamroun D, et al. Impact of bipolar disorder on eating disorders severity in real-life settings. *J Affect Disord* 2019;246:867–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.128>.
66. Mulchandani M, Shetty N, Conrad A, Muir P, Mah B. Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. *Syst Rev* 2021;10:275. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01823-1>.
67. Melisse B, van den Berg E, de Jonge M, Blankers M, van Furth E, Dekker J, et al. Efficacy of Web-Based, Guided Self-help Cognitive Behavioral Therapy–Enhanced for Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2023;25:e40472. <https://doi.org/10.2196/40472>.
68. Russell H, Aouad P, Le A, Marks P, Maloney D, Touyz S, et al. Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11:175. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>.

69. Trottier K, Monson CM. Integrating cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy for eating disorders in PROJECT RECOVER. *Eat Disord* 2021;29:307–25. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1891372>.

70. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2006;163:4–54.

71. National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017.

72. Marvanova M, Gramith K. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa. *Ment Health Clin* 2018;8:127–37. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.05.127>.

73. Barbarich NC, McConaha CW, Halmi KA, Gendall K, Sunday SR, Gaskill J, et al. Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;35:10–5. <https://doi.org/10.1002/eat.10235>.

74. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2605–12. <https://doi.org/10.1001/jama.295.22.2605>.

75. Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacol Ther* 2021;217:107667. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107667>.

76. McKnight RF, Park RJ. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:10–21. <https://doi.org/10.1002/erv.988>.

77. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C, et al. Olanzapine Versus Placebo in Adult Outpatients With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2019;176:449–56. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18101125>.

78. Vandereycken W. Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled study with sulpiride. *Br J Psychiatry* 1984;144:288–92. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.3.288>.

79. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled cross-over study - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6758492/> (accessed January 24, 2024).

80. Dold M, Aigner M, Klabunde M, Treasure J, Kasper S. Second-Generation Antipsychotic Drugs in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom* 2015;84:110–6. <https://doi.org/10.1159/000369978>.

81. Muratore AF, Attia E. Psychopharmacologic Management of Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2022;24:345–51. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01340-5>.

82. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord* 2020;8:4. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>.

83. Jebeile H, Lister NB, Libesman S, Hunter KE, McMaster CM, Johnson BJ, et al. Eating disorders in weight-related therapy (EDIT): Protocol for a systematic review with individual participant data meta-analysis of eating disorder risk in behavioural weight management. *PLOS ONE* 2023;18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282401>.

84. Koreshe E, Paxton S, Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Le A, Maloney D, et al. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11:38. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00758-3>.

85. Trottier K, Monson CM, Wonderlich SA, Crosby RD. Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychol Med* 2022;52:587–96. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004967>.

86. Antidepressant drug therapy for bulimia: current status - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3087968/> (accessed January 24, 2024).
87. Israël M. Should some drugs be avoided when treating bulimia nervosa? *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2002;27:457–457.
88. Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 1998;155:548–51. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.548>.
89. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11772696/> (accessed January 24, 2024).
90. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14642021/> (accessed January 24, 2024).
91. Bello NT, Yeomans BL. Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17:17–23. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1395854>.
92. Arbaizar B, Gómez-Acebo I, Llorca J. Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:471–5. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.02.002>.
93. Hoopes SP, Reimherr FW, Hedges DW, Rosenthal NR, Kamin M, Karim R, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1335–41. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1109>.
94. Hedges DW, Reimherr FW, Hoopes SP, Rosenthal NR, Kamin M, Karim R, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1449–54. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1208>.
95. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Mitterlehner FO, Kaplan P, et al. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord* 2005;38:295–300. <https://doi.org/10.1002/eat.20202>.

96. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, Wilfley D, Ferreira-Cornwell MC, Gao J, et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015;72:235–46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2162>.

97. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of Lisdexamfetamine in Adults With Moderate to Severe Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2017;74:903–10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1889>.

98. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24:223–31. <https://doi.org/10.1002/erv.2418>.

99. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Appolinário JC. Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Eat Behav* 2008;9:129–36. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.006>.

100. McElroy SL. Pharmacologic Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatry* 2017;78 Suppl 1:14–9. <https://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.03>.

101. Steinhausen H-C. Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:225–42. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>.

102. Steinhausen H-C, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009;166:1331–41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>.

103. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284–93. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>.

104. Kotlicka-Antczak M, Podgórski M, Oliver D, Maric NP, Valmaggia L, Fusar-Poli P. Worldwide implementation of clinical services for the prevention of psychosis: The IEPA early intervention in mental health survey. *Early Interv Psychiatry* 2020;14:741–50. <https://doi.org/10.1111/eip.12950>.

105. Richards K, Austin A, Allen K, Schmidt U. Early intervention services for non-psychotic mental health disorders: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2019;9:e033656. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033656>.
106. Le LK-D, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;53:46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>.
107. Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *Int J Eat Disord* 2013;46:478–85. <https://doi.org/10.1002/eat.22105>.
108. Deady M, Choi I, Calvo RA, Glozier N, Christensen H, Harvey SB. eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:310. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1473-1>.
109. Bulik CM. Are we really paddling as fast as we can? Reflections on why eating disorders treatment and research always seem to be one step behind: commentary on Hay, Mitchell, and Stice & Becker: Prevention and treatment. *Int J Eat Disord* 2013;46:489–91. <https://doi.org/10.1002/eat.22119>.
110. Bailey AP, Parker AG, Colautti LA, Hart LM, Liu P, Hetrick SE. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *J Eat Disord* 2014;2:5. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-5>.
111. Cororve Fingeret M, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord* 2006;14:191–213. <https://doi.org/10.1080/10640260600638899>.
112. Hamson A, Hill S, Hafeez A, Clark M, Butcher R. Early Intervention Programs for Adolescents and Young Adults With Eating Disorders. *Cjht* 2023;3. <https://doi.org/10.51731/cjht.2023.801>.
113. Kazdin AE, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2017;50:170–89. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>.

114. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:310–20. <https://doi.org/10.1002/eat.20367>.

115. Pennesi J-L, Wade TD. A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clin Psychol Rev* 2016;43:175–92. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004>.

116. Chaban O, Khaustova O, Tymoshchuk Y. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії. *Psychosomatic Medicine and General Practice* 2023;8. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.467>.

117. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *International Social Science Journal* 2005;57:745–53. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2005.00592.x>.

118. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013;310:2191–4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.

119. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.

120. Скугаревский ОА, Сивуха СВ. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. *Психологический Журнал* 2006;10:40.

121. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders* 1986;5:295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T).

122. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Adults 1983. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>.

123. Марута НО, Панько ТВ, Явдак ІО. Критерій якості життя в психіатричній практиці. Харків: РВФ Арсіс, ЛТД; 2004.
124. Torres D, Normando D. Biostatistics: essential concepts for the clinician. *Dental Press J Orthod* 2021;26:e21spe1. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.26.1.e21spe1>.
125. Ying G-S, Maguire MG, Glynn RJ, Rosner B. Tutorial on Biostatistics: Receiver-Operating Characteristic (ROC) Analysis for Correlated Eye Data. *Ophthalmic Epidemiology* 2022;29:117–27. <https://doi.org/10.1080/09286586.2021.1921226>.
126. Wiechert M, Holzapfel C. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients* 2021;14:169. <https://doi.org/10.3390/nu14010169>.
127. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості депресивних проявів та тривоги у пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах., Vancouver, Canada: Perfect Publishing; 2024, p. 81–4.
128. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості образу власного тіла та направленості харчової поведінки пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах., Berlin, Germany: MDPC Publishing; 2024, p. 99–102.
129. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості статевого розподілу та ІМТ пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах., Chicago, USA: VoScience Publisher; 2024, p. 136–9.
130. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Український Вісник Психоневрології* 2024;32:56–9. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-8>.
131. Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Порушення харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах, 2021. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.36711.62884>.

132. Kokashynskiy V. Gender aspects of eating disorders in patients with anxiety-depressive disorders = Статеві аспекти порушень харчової поведінки у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами 2024. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10967630>.

133. Mulkens S, Waller G. New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Curr Opin Psychiatry* 2021;34:576–83. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000745>.

134. Liquori S, Faidutti G, Garzitto M, Saetti L, Bendotti M, Balestrieri M. Efficacy of a Group Psychoeducation Treatment in Binge Eating Disorder: An Open-Label Study. *Front Psychiatry* 2022;13:822282. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.822282>.

135. Becker CB, Stice E. From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:767–82. <https://doi.org/10.1037/ccp0000204>.

136. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33:611–27. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>.

137. Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Діагностика та профілактика розладів харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах., Київ: КВІЦ: 2021, р. 394.

138. Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Вплив програми профілактики та корекції порушення харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах на якість життя., Харків: 2021. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.35033.90724>.

139. Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Стратегії профілактики розладу харчування при тривожно-депресивних порушеннях., Київ, Україна: 2021. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.32517.32481>.

140. Огоренко В, Кокашинський В. Ефективність корекції порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Psychosomatic Medicine and General Practice* 2023;8. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.447>.

141. Ogorenko V, Kokashynskiy V. Prediction of risks and odds of rehospitalization of patients with eating disorders in anxiety-depressive disorders. *Medicni Perspektivi* 2024;29:163–9. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>.
142. Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 2009;9:67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>.
143. Dejong H, Broadbent H, Schmidt U. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2012;45:635–47. <https://doi.org/10.1002/eat.20956>.
144. Wu R, Guang Z, Wang Y, Xue B, Zhang A, Dawa Y, et al. Eating disorders symptoms and depressive symptoms in Chinese Tibetan University students: a network analysis. *BMC Psychiatry* 2023;23:957. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05452-x>.
145. Yuryeva L, Ogorenko V, Shornikov A, Kokashynskiy V. Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict. *PMGP* 2022. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.355>.
146. Ogorenko V, Yuryeva L, Shornikov A, Kokashynskiy V, Karpova T. The relationship of compulsive overeating with anxiety and depression in technical high school students during the war = Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час війни 2022. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7317913>.
147. Jackson AM, Cox AE, Sano Y, Parker L, Lanigan J. Body image and eating behaviors: A latent profile analysis. *Body Image* 2022;41:396–405. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.04.013>.
148. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2020;53:1353–76. <https://doi.org/10.1002/eat.23297>.

149. Reas DL, Grilo CM. Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together? *Clin Ther* 2021;43:17–39. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.006>.

150. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2019;87:91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>.

151. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 2023;22:105–15. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>.

152. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 2020;19:92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>.

153. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Ciharova M, Karyotaki E. Does the use of pharmacotherapy interact with the effects of psychotherapy? A meta-analytic review. *Eur Psychiatry* 2023;66:e63. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2437>.

154. Eck KM, Byrd-Bredbenner C. Disordered eating concerns, behaviors, and severity in young adults clustered by anxiety and depression. *Brain and Behavior* 2021;11:e2367. <https://doi.org/10.1002/brb3.2367>.

155. Eating Disorders in Medical and Nursing Students of a Private University: Relationship with Depression, Anxiety, and Stress. *J Coll Physicians Surg Pak* 2023;823–5. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2023.07.823>.

156. Sander J, Moessner M, Bauer S. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *IJERPH* 2021;18:2779. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>.

157. Celik Erden S, Karakus Yilmaz B, Kozaci N, Uygur AB, Yigit Y, Karakus K, et al. The Relationship Between Depression, Anxiety, and Stress Levels

and Eating Behavior in Emergency Service Workers. *Cureus* 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.35504>.

158. Elran-Barak R, Goldschmidt AB. Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eat Weight Disord* 2021;26:1409–16. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00947-y>.

159. Shriver LH, Dollar JM, Calkins SD, Keane SP, Shanahan L, Wideman L. Emotional Eating in Adolescence: Effects of Emotion Regulation, Weight Status and Negative Body Image. *Nutrients* 2020;13:79. <https://doi.org/10.3390/nu13010079>.

160. Gudmundsdóttir S, Linnet J, Lichtenstein MB, Adair CE, Carlsson SD, Brandt L, et al. Low quality of life in binge eating disorder compared to healthy controls. *Dan Med J* 2023;70:A07220443.

161. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression Partially Mediates the Association Between Binge Eating Disorder and Health-Related Quality of Life. *Front Psychol* 2019;10:209. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00209>.

162. Kenny B, Bowe SJ, Taylor CB, Moodie M, Brown V, Hoban E, et al. Longitudinal relationships between sub-clinical depression, sub-clinical eating disorders and health-related quality of life in early adolescence. *Int J Eat Disord* 2023;56:1114–24. <https://doi.org/10.1002/eat.23928>.

163. Kahn M, Brunstein-Klomek A, Hadas A, Snir A, Fennig S. Early changes in depression predict outcomes of inpatient adolescent anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2020;25:777–85. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00686-9>.

164. Lipsitz O, McIntyre RS, Rodrigues NB, Lee Y, Gill H, Subramaniapillai M, et al. Does body mass index predict response to intravenous ketamine treatment in adults with major depressive and bipolar disorder? Results from the Canadian Rapid Treatment Center of Excellence. *CNS Spectr* 2022;27:322–30. <https://doi.org/10.1017/S1092852920002102>.

165. Daley A, Scobie B, Shorey J, Breece J, Oxley S. Predicting 30-Day Readmissions: Evidence From a Small Rural Psychiatric Hospital. *J Psychiatr Pract* 2021;27:346–60. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000574>.

166. Zhao Y, Hoenig JM, Protacio A, Lim S, Norman CC. Identification of risk factors for early psychiatric rehospitalization. *Psychiatry Res* 2020;285:112803. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112803>.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Огоренко, В.В., Кокашинський, В.О. Ефективність корекції порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023;8(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.447>
2. Огоренко, В. В., Кокашинський, В. О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Український вісник психоневрології. 2024;32(1):56-59. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-8>
3. Ogorenko V.V., Kokashynskyi V.O. Prediction of risks and odds of rehospitalization of patients with eating disorders in anxiety-depressive disorders. Medicini perspektivi. 2024;29(1):163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Кокашинський В.О. Статеві аспекти порушень харчової поведінки у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. Вісник морської медицини. 2024. № 1 (102). С. 117-124 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10967630>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи

1. Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Діагностика та профілактика розладів харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Київ: КВІЦ; 2021. С. 394
2. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості образу власного тіла та направленості харчової поведінки пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 5th

- International scientific and practical conference “Current challenges of science and education” (January 15-17, 2024) MDPC Publishing, Berlin, Germany. 2024. P. 99-102
3. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості статевого розподілу та ІМТ пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 5th International scientific and practical conference “Modern research in science and education” (January 11-13, 2024) VoScience Publisher, Chicago, USA. 2024. P. 136-139
 4. Огоренко ВВ, Кокашинський ВО. Вікові особливості депресивних проявів та тривоги у пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. The 4th International scientific and practical conference “Innovative development of science, technology and education” (January 18-20, 2024) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2024. P.81-84
 5. Кокашинський ВО. Аналіз ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. III науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» 22-23.03.2024

Стендові доповіді та апробація результатів дисертаційної роботи

1. Стендова доповідь – Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Порушення харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Науково-практична конференція з міжнародною участю "Якість медичних послуг у сфері психічного здоров'я" 20-21 травня 2021р. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.36711.62884>
2. Стендова доповідь – Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Стратегії профілактики розладу харчування при тривожно-депресивних порушеннях. «WPA Regional Congress Psychopathology in periods of transforms» 7-9 липня 2021 р., Київ, Україна. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.32517.32481>
3. Стендова доповідь – Юр'єва ЛМ, Кокашинський ВО. Вплив програми профілактики та корекції порушення харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах на якість життя. Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги (7-8 жовтня 2021 р., м. Харків). <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.35033.90724>
4. Стендова доповідь – Кокашинський ВО. Рання діагностика розладів харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (листопад 2021р.) <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.16578.96969>

Анкета про стан здоров'я RНQ-9

Як часто за останні 2 тижні Вас турбували будь-які з наступних проблем? (Обрану відповідь відмітьте позначкою “✓”)	Зовсім не турбували	Декілька днів	Більше половини всіх днів	Майже щоденно
1. Вам було не дуже цікаво або подобалось чимось займатись	0	1	2	3
2. Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	0	1	2	3
3. Вам було важко засинати або не прокидатись, або Ви спали надто довго	0	1	2	3
4. Ви відчували втому або мало сил	0	1	2	3
5. У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали	0	1	2	3
6. Ви погано про себе думали – або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину	0	1	2	3
7. Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач	0	1	2	3

<p>8. Ви рухались або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки, Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувались набагато більше, ніж зазвичай</p>	0	1	2	3
<p>9. У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду</p>	0	1	2	3

Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха

Інструкція: перед вами питання щодо ставлення до тіла. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди» і відмітьте позначкою «+» у колонці відповіді.

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1. Я не люблю дивитися на себе у дзеркало	0	1	2	3
2. Купівля одягу звертає мою увагу на те, як я виглядаю, і тому неприємна	0	1	2	3
3. Я не люблю, коли на мене звернено увагу оточуючих	0	1	2	3
4. Я уникаю ситуацій, в яких оточуючі можуть побачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо)	0	1	2	3
5. Я відчуваю сором за своє тіло у присутності певних людей	0	1	2	3
6. Я не люблю своє тіло	0	1	2	3
7. Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним	0	1	2	3
8. Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини соромляться при погляді на мене	0	1	2	3
9. Я порівнюю своє тіло з іншими для того, щоб переконатися, що вони повніші за мене	0	1	2	3
10. Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через те, що я відчуваю незручність у зв'язку зі своїм зовнішнім виглядом	0	1	2	3

11. Я відчуваю провину у зв'язку зі своєю вагою	0	1	2	3
12. У мене є негативні думки, і я самокритичний(на) щодо свого тіла і того, як я виглядаю	0	1	2	3
13. Мені важко приймати компліменти щодо того, як я виглядаю	0	1	2	3
14. Коли я дивлюся в дзеркало, то моя увага зосереджена переважно на тих частинах тіла, які потребують поліпшення	0	1	2	3
15. Я відчуваю себе приниженим(ою) і/або пригніченим(ою) у присутності людини, яка, на мою думку, більш приваблива, ніж я	0	1	2	3
16. Я турбуюся про власну вагу	0	1	2	3

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Інструкція: перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: «ніколи» (1), «рідко» (2), «іноді» (3), «часто» (4) та «дуже часто» (5), підкресливши цифру у відповідному стовпці бланка тесту.

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1. Якщо ваша вага починає наростати, ви їсте менше, ніж звичайно?	1	2	3	4	5
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?	1	2	3	4	5
3. Чи часто ви відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь про свою вагу?	1	2	3	4	5
4. Чи уважно ви контролюєте кількість з'їденого?	1	2	3	4	5
5. Чи вибираєте їжу навмисно, щоб схуднути?	1	2	3	4	5
6. Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?	1	2	3	4	5
7. Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не набрати вагу?	1	2	3	4	5
8. Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5

9. Чи часто ви намагаєтеся не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?	1	2	3	4	5
11. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?	1	2	3	4	5
12. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити?	1	2	3	4	5
13. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?	1	2	3	4	5
14. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?	1	2	3	4	5
15. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підвів?	1	2	3	4	5
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?	1	2	3	4	5
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви відчуваєте якусь неприємність?	1	2	3	4	5
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані чи напружені?	1	2	3	4	5
19. Чи виникає у вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук?	1	2	3	4	5
20. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані?	1	2	3	4	5

21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли зруйновані ваші сподівання?	1	2	3	4	5
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?	1	2	3	4	5
23. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, втомлені, неспокійні?	1	2	3	4	5
24. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?	1	2	3	4	5
25. Якщо їжа добре виглядає і має добрий запах, чи їсте ви більше, ніж звичайно?	1	2	3	4	5
26. Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного?	1	2	3	4	5
27. Якщо у вас є щось смачне, чи з'їсте це негайно?	1	2	3	4	5
28. Якби проходите повз булочну (кондитерську), чи хочеться вам купити щось смачне?	1	2	3	4	5
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?	1	2	3	4	5
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи є у вас бажання їсти?	1	2	3	4	5
31. Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?	5	4	3	2	1

32. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай у компанії (коли їдять інші)?	1	2	3	4	5
33. Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте?	1	2	3	4	5

Тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна)**Опитувальник «А» (Шкала самооцінки реактивної тривожності)**

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4

18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б» (Шкала самооцінки особистісної тривожності)

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4

11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

**Методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч),
адаптований Н.О. Марутою**

Інструкція: оцініть, будь ласка, Вашу якість життя, заповнивши кожен зі шкал. Проставте бали від 1 – дуже погано, до 10 – дуже добре.

Шкали	Бали	
	На думку пацієнта	На думку лікаря
Фізичне благополуччя		
Психологічне/емоційне благополуччя		
Самообслуговування та незалежність дій		
Працездатність		
Міжособистісна взаємодія		
Соціо-емоційна підтримка		
Громадська та службова підтримка		
Особистісна реалізація		
Духовна реалізація		
Загальне сприйняття життя		
Інтегральний показник ЯЖ		
Суб'єктивне благополуччя (ФБ, ПБ, ЗСЖ)		
Виконання соціальних ролей (СНД, ПЗ, МВ, ОР)		
Зовнішні життєві обставини (СЕП, ГСП, ДР)		

Щоденник харчової поведінки

Час	Їжа та напої	Місце	Компенсаторна поведінка	Тривога з приводу їжі, ваги та зовнішнього вигляду	Перевіряння або уникання

Клінічні настанови
затверджені Міністерством охорони здоров'я

1. Настанова 00721. Медикаментозне лікування депресії.
2. Настанова 00716. Депресія.
3. Настанова 00729. Тривожний розлад.
4. Настанова 00714. Психотерапія для дорослих.
5. Настанова 01018. Когнітивна психотерапія.
6. Настанова 00713. Психотерапія в загальній практиці.
7. Настанова 00715. Виявлення і діагностика депресії.

Акти впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Медичний директор зі стаціонарної
 допомоги
 КНП КМР «Міська лікарня №1»
 Інна ДРАКА

«16» _____ 2024р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Кокашинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 https://doi.org/10.26641/2307-04.04.2024.1_301148
4. Де впроваджено: КНП КМР «Міська лікарня №1»
5. Термін впровадження: 01.02.24 – 29.02.24
6. Загальна кількість спостережень: 28
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	75%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

зав.від мі лікар-психіатр

Ковалев Д.В.

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Медичний директор КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради»
Олена МАСЛЯККО

«15» *березня* 2024р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Кокашинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Де впроваджено: КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня КОР»
5. Термін впровадження: 01.03.24 – 29.03.24
6. Загальна кількість спостережень: 22
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	77,3%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

Острова І. О.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник начальника
Дніпровської філії «Спеціальний
заклад з надання психіатричної
допомоги» Державної установи
«Інститут судової психіатрії
Міністерства охорони здоров'я
України», к.мед.н.

Юлія ШЕВЧЕНКО



04 2024р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Кокашинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Де впроваджено: Дніпровської філії «Спеціальний заклад з надання психіатричної допомоги» Державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»
5. Термін впровадження: 04.03.24 – 29.03.24
6. Загальна кількість спостережень: 15
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	80,0%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Медичний директор КП
«Дніпровська багатoproфільна
клінічна лікарня з надання
психіатричної допомоги ДОР»,
к. мед. н. доцент, Заслужений лікар



« 15 » 04 2024р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Кокашинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Де впроваджено: КП «Дніпровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР»
5. Термін впровадження: 02.10.23 – 30.11.23
6. Загальна кількість спостережень: 25
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	76%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор клініки «Медіклаб»,
к.мед.н.

Олена АКУЛЕНКО

«07»

2024р.



Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Коканинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Коканинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Де впроваджено: клініка «Медіклаб»
5. Термін впровадження: 02.10.23 – 01.04.24
6. Загальна кількість спостережень: 18
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	77,8%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Лікар-психіатр

Віктор КОКАШИНСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Дніпровського державного
медичного університету
д.мед.н., професор
Олександр ГУДАР'ЯН



« 01 » 2024р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко, В.В., Кокашинський, В.О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Український вісник психоневрології. 2024. Т.32, Вип. 1(118). С.56-59. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-8>
4. Де впроваджено: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ
5. Термін впровадження: 01.01.2024 – 29.01.24.
6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» «Медицина», що дозволило покращити розуміння тривожно-депресивних розладів з порушеннями харчової поведінки.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Зав. кафедри психіатрії,
наркології і медичної
психології, д.мед.н., професор

Вікторія ОГОРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Медичний директор з
поліклінічного та психіатричного
розділу роботи ВСП
"Університетська лікарня" ДДМУ
Юлія ПІКАНОВА



«04» 2024р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, В.О. Кокашинський.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Кокашинський В.О. Прогнозування ризиків та шансів повторної госпіталізації пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 1. С. 163-169 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.1.301148>
4. Де впроваджено: ВСП "Університетська лікарня" ДДМУ
5. Термін впровадження: 01.09.23 –29.02.24
6. Загальна кількість спостережень: 37
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступного року	74,07%	78,4%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Володимир МАКІЄВ