

Л. В. Сак

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ ПАЦІЄНТІВ З НЕРОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ

L. V. Sak

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PARENTS/CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривога, депресія, розлади харчової поведінки, психокорекція

Стаття присвячена виявленню клініко-патопсихологічних особливостей батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією (НА). У процесі дослідження відібрано 110 осіб, з них — 47 (42,7 %) чоловіків (батьків пацієнтів з НА) та 63 (57,3 %) жінок (матерів пацієнтів з НА). Середній вік досліджуваних становив $44,90 \pm 5,9$; $SE = 0,567$) мінімальний вік — 34 роки, максимальний — 63 роки.

У роботі використовували методики: шкала труднощів емоційної регуляції DERS, торонтська шкала алекситимії TAS-26, госпітальна шкала тривоги і депресії HADS. У процесі дослідження за шкалою DERS виявлено відносно виразний прояв за субшкалами, що відображують труднощі в поведінці, пов'язаної з досягненням цілей (19,13 балів з 25 можливих) та імпульсивністю емоційних проявів (24,17 балів з 30 можливих). Таке поєднання характеризує людину переважно як таку, що не може прийняти виважене рішення, діє спонтанно під час переживання негативних емоцій. Інші показники за субшкалами мають значення вищі за середні, що вказує на проблеми емоційної регуляції в досліджуваних цієї групи. Отримані за методикою TAS результати продемонстрували, що середньогруповий показник становить $80,45 \pm 13,699$, що характеризує середньостатистичний тип досліджуваних осіб як алекситимічних.

Аналіз отриманих результатів за показниками методики HADS виявив, що середні величини дорівнюють: за шкалою тривоги — $(7,96 \pm 1,347)$, за шкалою депресії — $(7,95 \pm 1,442)$. Відповідно до критеріїв оцінки за методикою, можна розглядати ці показники як крайню межу норми або ж субклінічно виражену тривогу та депресію.

Отримані результати наголошують на потребі подальшої розробки диференційованих заходів корекції та превенції клініко-патопсихологічних порушень у батьків/опікунів пацієнтів з НА, завдяки поліпшенню рівнів емоційної регуляції, алекситимії, тривоги та депресії.

Key words: psychosomatic disorders, anxiety, depression, eating disorders, psychocorrection

The article is devoted to the identification of clinical and pathological features of parents/caregivers of patients with anorexia nervosa. The study included 110 patients, including 47 (42.7 %) men (fathers of patients with AN) and 63 (57.3 %) women (mothers of patients with AN). The mean age of the subjects was $M=44.90$ ($SD=5.9$; $SE=0.567$), the minimum age was 34 years, the maximum age was 63 years.

The following methods were used in the study: DERS emotional regulation difficulty scale, Toronto Alexithymia Scale TAS-26, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The DERS scale revealed a relatively pronounced manifestation in the subscales characterizing difficulties in behavior related to goal achievement (19.13 points out of 25 possible) and impulsivity of emotional manifestations (24.17 points out of 30 possible). This combination mainly characterizes a person as unable to make an informed decision, acts spontaneously when experiencing negative emotions, and other subscale scores are above average, indicating problems with emotional regulation in this group of subjects. The results obtained by the TAS methodology showed that the average group indicator of the study group is 80.45 ($SD=13.699$), which characterizes the average type of the studied individuals as alexithymic.

The analysis of the results obtained by the indicators of the HADS methodology revealed that the average values are equal to: on the anxiety scale $M=7.96$ ($SD=1.347$), on the depression scale $M=7.95$ ($SD=1.442$). According to the assessment criteria of the methodology, these indicators can be considered as the extreme limit of the norm or subclinically expressed anxiety and depression.

The obtained results emphasize the need for further development of differentiated measures for the correction and prevention of clinical and pathological disorders in parents/caregivers of patients with AN by improving the levels of emotional regulation, alexithymia, anxiety and depression.

Розлади харчової поведінки, до яких належить нервова анорексія (НА), є поширеними, важкими та часто хронічними психічними розладами з вираженими негативними медико-соціальними наслідками [1]. НА характеризується хворобливими харчовими звичками та серйозним суб'єктивним занепокоєнням щодо маси та/або форми власного тіла, які здебільшого виявляються на початку статевої

зрілості або у пізньому підлітковому віці [2]. За даними статистики, в Європі НА страждає 1—4 % жіночого населення. Нервова анорексія має найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань у світі [3]. Високий рівень смертності зумовлений низкою соматичних ускладнень, які є прямим наслідком схуднення та голодування.

Факторами ризику виникнення НА є генетична схильність, особистісні особливості та чинники

середовища [4]. Рання юність та період статевого дозрівання (11—14 років) є перехідними фазами життя, які характеризуються фізичними, психологічними та соціальними модифікаціями [5]. Протягом цього часу в організмі підлітків відбуваються швидкі зміни; статево дозрівання постає періодом занепокоєння розмірами та формою власного тіла [6]. Через усвідомлення суспільного тиску стосовно схуднення та його неадаптивну когнітивну оцінку посилюється занепокоєння щодо сприйняття себе однолітками. Саме тому підлітковий вік є періодом найвищого ризику маніфестації симптомів НА, хоча хвороба може виникати у людей різного віку [7].

Лікування пацієнтів з НА є складним та часомістким процесом, оскільки все частіше виявляються стійкі (резистентні) форми [8]. Близько 19,6 % хворих на нервову анорексію мають хронічний перебіг захворювання [9]. Стійкі форми НА зазвичай виникають через коморбідність з іншими психічними розладами [10]. Результати численних досліджень вказують на прямий вплив психоемоційного стану та/або наявних психопатологічних та психосоматичних проявів у батьків на розвиток розладів харчової поведінки та коморбідних з ними психопатологічних станів у дітей [11]. Батьківська суворість, сімейна ворожнеча та відстороненість є особливо негативними чинниками для виникнення хвороби, що частіше спостерігаються у батьків з психоемоційними розладами і пов'язані з високим ризиком дитячих та підліткових емоційно-поведінкових розладів [12].

Мета роботи — дослідити клініко-психопатологічні особливості батьків/опікунів пацієнтів з нервовою анорексією на ґрунті дослідження їх рівнів емоційної регуляції, алекситимії, депресії та тривоги, для подальшого формування мішеней психокорекційного впливу.

На підставі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології у дослідження було відібрано 110 осіб, з них — 47 (42,7 %) чоловіків (батьків пацієнтів з НА) та 63 (57,3 %) жінки (матері пацієнтів з НА). Середній вік досліджуваних становив $44,90 \pm 5,9$; $SE = 0,567$ мінімальний вік — 34 роки, максимальний — 63 роки.

Психодіагностичне дослідження включало такі методики:

Шкала труднощів емоційної регуляції (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS, Gratz & Roemer, 2004) є самозвіттом, що застосовують для оцінки проблем емоційної регуляції серед підлітків та дорослих. DERS має шість підшкал, які складаються з 5—8 запитань (загалом — 36). Концептуальне визначення регулювання емоцій, на якому базується DERS, підкреслює функціональність емоцій та фокусується на адаптивних способах їх регулювання під час або після дистресу. Шкала має гарну внутрішню узгодженість, є надійною методикою та дає змогу виявити асоціацію між емоційною дисрегуляцією та симптомами психічних розладів, іншими пов'язаними з емоціями конструктами, а також дає змогу відстежувати динаміку в процесі терапії.

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, G. J. Taylor et al., 1985) адаптована в НДПНІ ім. Бехтерева (2005) — застосовують для кількісної оцінки алекситимії. В процесі дослідження використовували адаптовану версію шкали. Суму балів, що дорівнює 62 і нижче, вважають нормою, 63—73 бали дають підставу зачислити особу до «групи ризику», результат 74 бали і вище — свідчить про наявну алекситимію.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), розроблена A. S. Zigmond та R. P. Snaith (1983), є інструментом діагностики емоційних станів, як-от тривога та депресія, у дорослих. Шкала містить 14 тверджень та дві субшкали: субшкалу *T* (тривоги), куди входять непарні твердження 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; та субшкалу *D* (депресії), куди входять парні твердження 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. За кожною субшкалою оцінку проводять окремо, відповідь на кожне запитання оцінюють від 0 до 3. Мінімальний загальний бал за кожною субшкалою становить 0 (норма), максимальний — 21 бал (важкий ступінь).

Серед змінних, що досліджували за методикою DERS: неприйняття емоційних реакцій (неприйняття), труднощі в поведінці, спрямованій на цілі (цілі), труднощі управління імпульсом (імпульс), брак емоційного усвідомлення (усвідомлення), обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (стратегії), брак емоційної чіткості (чіткість), сума балів (сума);

Досліджування батьків/опікунів пацієнтів з НА за шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) продемонструвало такі результати за підшкалами опитувальника: «неприйняття» — $21,86 \pm 5,675$; $SE = 0,541$); «цілі» — $19,13 \pm 2,028$; $SE = 0,193$); «імпульс» — $24,17 \pm 4,908$; $SE = 0,468$); «усвідомлення» — $21,93 \pm 1,999$; $SE = 0,191$); «стратегії» — $30,75 \pm 2,173$; $SE = 0,207$); «чіткість» — $18,58 \pm 1,486$; $SE = 0,142$). Сума — $136,42 \pm 8,119$; $SE = 0,774$).

Такі результати свідчать про відносно виразний прояв за підшкалами, що характеризують труднощі в поведінці, пов'язаної з досягненням цілей (19,13 балів з 25 можливих) та імпульсивністю емоційних проявів (24,17 балів з 30 можливих). Таке поєднання характеризує людину переважно як таку, що не може прийняти виважене рішення, діє спонтанно під час переживання негативних емоцій, та має проблеми з концентрацією під час виконання завдань. Решта показників за субшкалами мають значення вищі за середні, що може вказувати на проблеми емоційної регуляції у цих досліджуваних (табл. 1).

Усі інші середні значення (*M*) оцінюють як високі, що можуть демонструвати низький рівень управління емоційними реакціями. Зокрема, відповідно до методики DERS, сюди входять тенденція до неприйняття реакцій на власний дистрес, труднощі з цілеспрямованою поведінкою, складність контролю імпульсів, невизнання або неувага до власних емоцій, неусвідомлення їх, брак чіткості розуміння емоцій. Це припущення підкріплюється високим сумарним балом субшкал — 136,46 балів з 180 можливих.

Таблиця 1. Результати досліджуваної групи за методикою DERS

Підшкали	Середнє значення	Мінімальне значення	Максимальне значення	Помилка середнього	Стандартне відхилення	Асиметрія (Skewness)	Екссес (Kurtosis)
Сума	136,42	106	158	0,774	8,119	-0,283	0,508
Неприйняття	21,86	12	30	0,541	5,675	-0,932	-0,697
Цілі	19,13	12	25	0,193	2,028	-0,506	1,428
Імпульс	24,17	16	30	0,468	4,908	-0,670	-0,723
Усвідомлення	21,93	15	26	0,191	1,999	-0,032	0,747
Стратегії	30,75	21	38	0,207	2,173	-1,113	4,642
Чіткість	18,58	14	25	0,142	1,486	0,496	3,010

Отримані результати за методикою TAS продемонстрували — середньогруповий показник досліджуваної групи дорівнює (80,45 ± 13,699), що характеризує середньостатистичний тип особи як алекситимічний.

Батьки з високим рівнем алекситимії можуть мати труднощі з вираженням своїх емоцій і розумінням емоцій своїх дітей. Це може призводити до емоційно-го дистанціювання між батьками та дітьми, що особливо проблематично для підлітків з НА, які можуть відчувати недостатню емоційну підтримку від своїх батьків.

Така тенденція загалом характеризує досліджуваних як осіб, у яких знижена здатність або є утрудненість у вербалізації емоційних почуттів чи станів,

загострена увага на зовнішньому аніж внутрішньому, є бідність уяви чи фантазій, надмірний прагматизм тощо.

Аналіз отриманих результатів за показниками методики HADS виявив, що середні величини розподілились так: за шкалою тривоги — (7,96 ± 1,347), за шкалою депресії — (7,95 ± 1,442). Відповідно до критеріїв оцінки за методикою, можна розглядати ці показники як крайню межу норми або ж субклінічно виражену тривогу та депресію.

Наступним кроком дослідження був пошук статистично значущих зв'язків між показниками досліджуваних за шкалами методик DERS та HADS і TAS. Для оброблення даних використано коефіцієнт кореляції Спірмена, результати відображені у табл. 2.

Таблиця 2. Взаємозв'язок показників за шкалами методик DERS з HADS і TAS (коефіцієнти кореляції *r*)

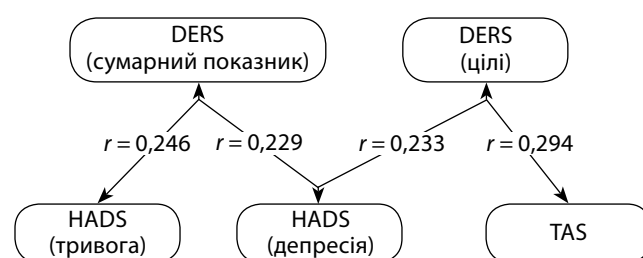
Показники	Сума (DERS)	Неприйняття	Цілі	Імпульс	Усвідомлення	Стратегії
Тривога	0,246**	—	—	0,257**	0,255**	—
Депресія	0,229**	0,151*	0,233**	0,151*	0,138*	—
Алекситимічність	—	—	0,294**	—	—	-0,141*

Примітка. Значущий зв'язок на рівні: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$

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

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

Графічно зв'язки відображені на рисунку.



Модель взаємозв'язків показників за методиками DERS, HADS та TAS

Батьки дітей з НА можуть відчувати проблеми з керуванням своїми власними емоціями, що може спричинити у них підвищену тривогу. Ці проблеми можуть бути пов'язані з тим, що батьки не можуть розуміти свої власні почуття і не вміють керувати ними. Оскільки алекситимія пов'язана зі зниженою здатністю до розуміння та контролю над власними емоціями, можна припустити, що батьки дітей з НА з високим рівнем алекситимії можуть мати складнощі з досягненням цих цілей.

Емоційно-поведінкові особливості батьків/опікунів пацієнтів з НА мають значення у формуванні НА у дітей та підлітків. Виявлені клініко-патопсихологічні особливості батьків/опікунів пацієнтів з НА підтверджують нагальну потребу подальшого розроблення диференційованих заходів психокорекції, щоб підвищити рівні емоційної регуляції, алекситимії, тривоги та депресії.

Список літератури

- Vall E. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis / E. Vall, T. D. Wade // *Int J Eat Disord.* 2015. 48 (7): 946—971. DOI: 10.1002/eat.22411.
- Amianto F. Psychopathology of eating disorders according to neurobiology of attachment: An instrument to overcome resistances to treatment? // *Acta Psychopathol.* 2015. 01 (01). DOI: 10.4172/2469-6676.100001.
- Anorexia nervosa: 30-year outcome / Dobrescu S. R., Dinkler L., Gillberg C. [et al.] // *Br J Psychiatry.* 2020; 216 (2): 97—104. DOI: 10.1192/bjp.2019.113.
- Scharner S. Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa / Sophie Scharner, Andreas Stengel // *Clinical Nutrition Experimental.* 2019. Vol. 28. P. 22—32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001>.
- What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa / [Khalsa S. S., Portnoff L. C., McCurdy-McKinnon D.] // *J Eat Disord.* 2017; 5: 20. DOI: 10.1186/s40337-017-0145-3.
- Klump K. L. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies // *Horm Behav.* 2013; 64(2): 399—410. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.019.
- Fichter M. M. Mortality in eating disorders — results of a large prospective clinical longitudinal study / M. M. Fichter, N. Quadflieg // *Int J Eat Disord.* 2016; 49(4): 391—401. DOI: 10.1002/eat.22501.
- Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database / Ulfvebrand S., Birgegård A., Norring C. [et al.] // *Psychiatry Res.* 2015; 230(2): 294—299. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.09.008.
- Oldershaw A. Anorexia Nervosa and a lost emotional self: A psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of Anorexia Nervosa / A. Oldershaw, H. Startup, T. Lavender // *Front Psychol.* 2019; 10: 219. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>.
- Savalli C. Would the dog be a person's child or best friend? Revisiting the dog-tutor attachment / C. Savalli, C. Mariti // *Front Psychol.* 2020; 11: 576713. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.576713.
- Münch A. L. An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status / A. L. Münch, C. Hunger, J. Schweitzer // *BMC Psychol.* 2016; 4 (1): 36. DOI: 10.1186/s40359-016-0141-4.
- Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology / Cerniglia L., Cimino S., Tafà M. [et al.] // *Psychol Res Behav Manag.* 2017; 10: 305—312. DOI: <https://doi.org/10.2147/prbm.s145463>.

References

- Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015 Nov;48(7):946-71. doi:

10.1002/eat.22411. Epub 2015 Jul 14. Erratum in: *Int J Eat Disord.* 2016 Apr;49(4):432-3. PMID: 26171853.

- Amianto F. Psychopathology of Eating Disorders According to Neurobiology of Attachment: An Instrument to Overcome Resistances to Treatment? *Acta Psychopathol.* 2015, 1:1. doi: 10.4172/2469-6676.10001.

- Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2020 Feb;216(2):97-104. doi: 10.1192/bjp.2019.113. PMID: 31113504; PMCID: PMC7557598.

- Sophie Scharner, Andreas Stengel, Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa, *Clinical Nutrition Experimental*, Vol. 28, 2019, P. 22-32, <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001>.

- Khalsa SS, Portnoff LC, McCurdy-McKinnon D, Feusner JD. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *J Eat Disord.* 2017 Jun 14;5:20. doi: 10.1186/s40337-017-0145-3. PMID: 28630708; PMCID: PMC5470198.

- Klump KL. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Horm Behav.* 2013 Jul;64(2):399-410. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.019. PMID: 23998681; PMCID: PMC3761220.

- Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders — results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2016 Apr;49(4):391-401. doi: 10.1002/eat.22501. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26767344.

- Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res.* 2015 Dec 15;230(2):294-9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.008. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26416590.

- Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Front Psychol.* 2019 Mar 4;10:219. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00219. PMID: 30886593; PMCID: PMC6410927.

- Savalli C, Mariti C. Would the Dog Be a Person's Child or Best Friend? Revisiting the Dog-Tutor Attachment. *Front Psychol.* 2020 Oct 23;11:576713. doi: 10.3389/fpsyg.2020.576713. PMID: 33192887; PMCID: PMC7644782.

- Münch AL, Hunger C, Schweitzer J. An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychol.* 2016 Jul 12;4(1):36. doi: 10.1186/s40359-016-0141-4. PMID: 27405420; PMCID: PMC4942999.

- Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag.* 2017 Oct 3;10:305-312. doi: 10.2147/PRBM.S145463. PMID: 29042824; PMCID: PMC5633277.

Надійшла до редакції 31.05.2023

САК Леся Віталіївна, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: lesia.sak@gmail.com

SAK Lesia, Assistant of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: lesia.sak@gmail.com