

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

ПСАТІЙ Алла Володимирівна

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ОСІБ,
ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ:
СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Бригадир Марія

канд. психологічних наук,

доцент кафедри клінічної психології УКУ

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

“Ефективність психотерапевтичних інтервенцій осіб, що страждають на розлади харчової поведінки: системний огляд літератури”

Виконала:

**Студентка 6 курсу групи
спеціальності 053 «Психологія»**

Псатій Алла

Керівник: Бригадир Марія
канд. психологічних наук,
доцент кафедри клінічної психології УКУ

Львів – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯВИЩ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
1.1. Сучасні підходи до розуміння розладів харчової поведінки.....	7
1.2. Підходи до терапії.....	11
ВИСНОВКИ 1 РОЗДІЛУ.....	16
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
2.1. Теорія та методологія дослідження.....	17
2.2. Характеристика етапів організації та проведення дослідження.....	20
ВИСНОВКИ 2 РОЗДІЛУ.....	23
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей інтервенцій.....	24
3.2. Підсумки та рекомендації, зважаючи на системний огляд.....	39
ВИСНОВКИ 3 РОЗДІЛУ.....	41
ВИСНОВКИ.....	42
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА.....	45
ДОДАТКИ.....	53

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади харчової поведінки, особливо нервова анорексія та компульсивне переїдання на сьогоднішній день знаходяться у центрі уваги клініцистів та дослідників (John R. Geddes, Sierra Luciano, 2021; Kober, H., & Boswell, R. G, 2018). Загальновідомим є той факт, що діагноз РХП — серйозна проблема, яка приносить страждання людині, порушує її приватне та соціальне життя.

В 11-ому перегляді МКХ, розлади харчової поведінки розглядаються як поведінка, пов'язана з ненормальним харчуванням, яка не пояснюється іншим станом здоров'я та не відповідає розвитку чи культурним нормам. Розлади харчової поведінки включають ненормальну харчову поведінку та надмірне занепокоєння їжею, а також помітні проблеми з масою тіла та фігурою (World Health Organization, 2022).

Традиційно розлади харчової поведінки вважаються жіночими, однак більш сучасні дослідження показали, що РХП і серед чоловіків не є рідкістю. Також в осіб обох статей спостерігається однаково важкий перебіг симптомів (Gorrell, S., 2019). Така поширеність захворювань, пов'язаних з харчуванням, потребує ефективних методів терапії. Адже існує велика кількість людей, стан яких під час терапії не покращується. Зокрема швидкість одужання пацієнтів з анорексією низька, і навіть спеціалізоване лікування не надає довгострокового впливу на збільшення маси тіла або психологічні симптоми анорексії (Murray, Quintana, Loeb, Griffiths, & Le Grange, 2019). Тому дана проблематика потребує подальших досліджень.

Важливість нашого дослідження зумовлена необхідністю пошуку ефективного методу психотерапії, який дає результати в короткі терміни. Своєчасне виявлення і фокусне лікування розладів харчової поведінки дає можливість знизити ризики розвитку важких форм захворювання рівня смертності.

Гіпотеза дослідження: методи когнітивно-поведінкової терапії будуть мати високу ефективність у роботі з особами, які страждають розладами харчової поведінки, що виражатимуться у зниженні діагностичних ознак даних розладів після використання короткотермінової терапії.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз ефективності різних психотерапевтичних інтервенцій у роботі з дорослими особами, які страждають розладами харчової поведінки

Об'єкт: розлади харчової поведінки у дорослих осіб.

Предмет: психотерапевтичні інтервенції, що використовуються в роботі з дорослими особами, які мають розлади харчової поведінки.

З огляду на зазначену мету були сформульовані наступні **завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз проблеми РХП;
2. Проаналізувати дані про ефективність різних психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, які мають розлади харчової поведінки.
3. Виокремити аспекти для порівняння ефективності цих інтервенцій.
4. За результатами аналізу виявити ефективний психотерапевтичний метод при РХП,

Методи та організація дослідження: у дослідженні застосовані такі загальнонаукові методи, як порівняння, аналіз, синтез, а також проведений систематичний огляд літератури. Пошук досліджень для аналізу здійснений з використанням наступних електронних баз даних: PubMed, Google Scholar.

Наукова новизна: у нашій роботі було розширено уявлення про ефективні методи інтервенцій, що використовуються для терапії розладів харчової поведінки у дорослих людей.

Практичне значення

На основі отриманих даних провести подальше дослідження, спрямоване на вивчення Я-концепції осіб, схильних до орторексії (порівняно нового типу РХП). Метою такої роботи є встановлення особливостей Я-концепції осіб, схильних до орторексії; здійснення компаративного аналізу отриманих результатів в групі зі схильністю до орторексії та групі з умовно здоровими людьми.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, двох рисунків, переліку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯВИЩ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Сучасні підходи до розуміння розладів поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) – це серйозні психічні порушення, від яких страждають багато підлітків, молодих жінок та чоловіків, які пов'язані зі значними фізичними та психологічними проблемами. Найбільш відомі порушення харчової поведінки – нервова анорексія (AN) та нервова булімія (BN). За визначенням American Psychiatric Association (2013), ключові діагностичні критерії AN включають екстремальну втрату ваги, сильний страх набору ваги та самокритичні думки щодо форми тіла. Діагностичні критерії BN включають епізоди переїдання (тобто переїдання з суб'єктивним відчуттям втрати контролю) з подальшою компенсаторною поведінкою (наприклад, зловживання проносними, самовикликана блювота, надмірні фізичні навантаження). Третій основний вид РХП – це компульсивне переїдання (BED), отримав діагностичний статус у п'ятій редакції Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5). Він характеризується повторюваним переїданням, помірним дистресом без повторюваних компенсаторних дій з контролю ваги та переоцінки ваги/форми. Пацієнти з BED можуть мати неадекватні установки, пізнання та поведінку щодо багатьох аспектів свого харчування та образу свого тіла (American Psychiatric Association, 2013). Люди з BN і BED можуть мати нормальну вагу, надмірну вагу або ожиріння. Розлади харчової поведінки, які не відповідають діагностичним критеріям AN, BN або BED, можуть бути класифіковані як інші або неуточнені розлади харчової поведінки.

Постає питання, що є причиною виникнення РХП? Дослідження виявили безліч факторів ризику, від індивідуальних до соціокультурних.

Щодо біологічних факторів розвитку РХП, то дослідження (Lee Y, Lin P.Y., 2010). вказують, що існують порушення в регуляції деяких нейрохімічних

речовин. Зокрема, в тих, які пов'язані із перенесенням серотоніну. Крім того, науковці виявили мутації у двох конкретних генах, які були пов'язані з підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки в сім'ях (Moore J, et al, 2013). Також було з'ясовано, що раннє статеве дозрівання також пов'язане з порушенням харчової поведінки, можливо через збільшення або порушення циркулюючих статевих гормонів, особливо естрогену (Stice E., 2002).

Серед індивідуальних психологічних факторів розвитку РХП найперше, про що говорять науковці це ступінь задоволеності та незадоволеності власним тілом, яка вважається невід'ємною частиною самооцінки (Leon, 1995). Дослідники зазначають, що саме незадоволеність своїм тілом та дотримання дієти протягом багатьох років вважалися предикторами виникнення РХП та є факторами ризику (Rosenvinge, Pettersen, 2014).

Науковець Riva (2014) зазначає, що загалом можна виділити два підходи до розуміння утворення РХП. Перший підхід розглядає РХП як результат дисфункції нейронних процесів, пов'язаних з апетитом та емоційністю. Другий підхід пояснює РХП як результат взаємодії між когнітивними, соціально-емоційними та міжособистісними елементами.

Так науковці Fairburn, Cooper (2011), Treasure, Schmidt (2013) пропонують певний перелік психологічних факторів РХП. Дослідники виявили, що обсесивно-компульсивні особливості, тривожність, уникання (особливо міжособистісних стосунків), низька самооцінка, надмірний перфекціонізм є ключовими сприятливими факторами появи та розвитку проблем із харчуванням. Ці чинники у поєднанні з відповідними провокуючими обставинами, наприклад, з соціальним порівнянням, стресовими подіями, призводять до виникнення та збереження розладу.

Аналізуючи підхід пропонований вище перелік чинників РХП не дає повного пояснення, які помітні у клінічних проявах. Так науковці Amianto, F., Northoff, G.,

et. al зазначають, що пацієнти часто повідомляють про: глибокий розрив зі своїми власними емоціями та тілесними відчуттями, труднощі у розумінні власного та чужого внутрішнього досвіду. Зокрема, також було висловлено припущення, що емоційний дистрес може посилити використання переїдання як стратегії регулювання негативного афекту або його уникнення (Levitan and Davis, 2010). Схильність до переїдання може бути відповіддю на негативні емоції. Тоді такий процес визначається, як емоційне харчування (Arnou et al., 1995).

Емпіричні дані про пацієнтів із компульсивним переїданням також підтверджують цей зв'язок між емоціями та їжею. Було виявлено, що труднощі з регулюванням емоцій тісно пов'язані з переїданням (Gianini et al., 2013). Більше того, за допомогою систематичного огляду та метааналізу дослідники дійшли висновку, що люди з ожирінням, особливо з коморбідним компульсивним переїданням, виявляють нижчі рівні емоційної поінформованості та труднощі з використанням стратегій регулювання емоцій (Fernandes et al., 2017).

Також існують теорії, які вказують на соціокультурні причини розладів харчової поведінки. РХП класично сприймають як синдроми західної культури, пов'язані з факторами нереалістичних очікувань стрункості та привабливості, а також соціальні стандарти та ставлення до збільшених форм і маси тіла. Популярною соціокультурною моделлю РХП є, так звана, «теорія самооб'єктивації». Ця теорія, представлена Fredrickson and Roberts (1997), передбачає, що наша культура нав'язує особливу орієнтаційну модель – самооб'єктивацію, що визначає поведінкові та емоційні реакції жінок (Dakanalis et al., 2012). У найпростішому вигляді теорія об'єктивації стверджує, що (1) існує певний об'єктивний, визнаний суспільний ідеал краси (у межах конкретної культури), який (2) передається з різних соціокультурних каналів. Потім цей ідеал (3) засвоюється людьми, так що (4) задоволеність (або незадоволеність) зовнішнім виглядом буде залежати від того, наскільки люди відповідають (або не

відповідають) даному ідеалу. (Riva, G.,2014). Згідно з Fredrickson and Roberts (1997), досвід сексуальної об'єктивації, що повторюється, коли до жінок ставляться як до сексуального об'єкту. Це мимоволі спонукає і саму жінку ставитися до себе як до об'єкту, який потрібно оцінювати з урахуванням зовнішнього вигляду.

Зв'язок між самооб'єктивацією та РХП підтверджується різними кореляційними та лонгітюдними дослідженнями, що показують прямий зв'язок між симптоматикою РХП та самооб'єктивацією, спостереженням за тілом та інтерналізацією соціокультурних стандартів краси (Moradi, Huang, 2008).

Зокрема, дослідники Dakanalis et al (2014) зазначають, що неможливість відповідати соціальним стандартам перетворює незадоволеність тілом на сором тіла: хворобливу соціальну емоцію, яка може виникнути в результаті порівняння себе з культурним стандартом та сприйняття себе як нижчого, неповноцінного чи непривабливого в очах інших. Почуття сорому власного тіла, вказують автори, зазвичай має два поведінкові ефекти: суб'єкти або починають дотримуватися жорсткої дієти, наприклад, приймають таблетки для схуднення і викликають у себе блювоту, або, навпаки, вирішують припинити будь-яку форму контролю над їжею і почати «розгальмовану» поведінку харчування.

Таким чином, бачимо, що РХП зумовлені різноманітними біологічними, психологічними та соціокультурними факторами.

1.2. Підходи до терапії

Як зазначалося вище, РХП пов'язані із регуляцією гормонів. Тому науковці зазначають, що основою фармакологічного лікування людей з РХП будуть антидепресанти. Вони добре переносяться і мають найбільшу доказовість, але найефективніші при використанні у поєднанні з психотерапією (Davis H., 2017).

У останніх наукових дослідженнях значна увага приділяється використанню когнітивно-поведінковій терапії для дорослих із розладами харчової поведінки.

Зокрема, її часто вважають «золотим стандартом» лікування, оскільки метод демонструє свою ефективність у зменшенні як когнітивних, так і поведінкових симптомів РХП. В цілому дослідження показують, що індивідуальні та групові формати когнітивно-поведінкової терапії приводять до виражених позитивних результатів при розладах харчової поведінки, зокрема, компульсивному переїданні (Xie, Q., et al, 2021).

У КПТ при розладах харчової поведінки людина може спочатку навчитися визначати свої деструктивні моделі мислення, пов'язані з їжею, емоціями, контролем та образом тіла. Потім вивчає механізми подолання цих негативних мисленнєвих циклів. Дослідження показують, що когнітивно-поведінкова терапія може почати покращувати симптоми розладу харчової поведінки за шість сеансів, при цьому раннє зниження обмежувальної поведінки є кращим показником позитивного результату (Turner et al, 2016).

Систематичний огляд 2017 року також показав, що когнітивно-поведінкова терапія ефективна при лікуванні всіх типів розладів харчової поведінки або рівною мірою, або більш ефективна, ніж інші види психотерапії (Linardon J, et al., 2017).

Важливо зазначити, що науковці підкреслюють, що люди з розладами харчової поведінки часто мають зафіксований дефіцит самооцінки, що розглядається як потенційний механізм підтримки самих розладів (Linardon et al., 2019). Однак, автори дослідження виявили, що КПТ не було достатньо ефективним у підвищенні самооцінки людей з РХП.

Крім класичного підходу когнітивно-поведінкової терапії, існують інші доказові методи психотерапії, що використовуються при лікуванні розладів харчової поведінки. До них відносяться: діалектична поведінкова терапія, емоційно-орієнтована терапія, експозиційна терапія, розширена когнітивно-поведінкова терапія (Е-СВТ).

Стосовно розладів харчової поведінки експозиційна терапія може використовуватися для усунення (або придушення) зв'язку між стимулом, який викликає страх і очікуваним результатом. Традиційно дослідники вважали їжу подразником, якого бояться, а зміна ваги та форми – результатом, якого остерігаються. Проте альтернативна концептуалізація розладів харчової поведінки передбачає, що збільшення ваги може бути стимулом, якого бояться (CS), у поєднанні з небезпечними наслідками (US), такими як збентеження, неприйняття, втрата контролю або зовнішній вигляд/відчуття огиди (Murray et al., 2016; Reilly, Anderson, & Anderson, 2017). Дослідники зазначають, що використання впливу на руйнування асоціацій CS-US, пов'язаних із самооцінкою, може стати ключем до довгострокових змін розладів харчової поведінки. Крім того, експозиційна терапія може допомогти людям з розладами харчової поведінки розвинути нові асоціації на їжу та харчування. Люди можуть дізнатися, що страх втрати контролю не виправдовується або що почуття, пов'язані зі збільшенням ваги є терпимі (Cardi et al., 2019).

Розуміння основних когнітивних та поведінкових особливостей, що супроводжують діагноз розладів харчової поведінки, продовжує формувати різні психотерапевтичні методи, що застосовуються сьогодні. Сучасні дослідження доводять ефективність, так званого, трансдіагностичного підходу до лікування РХП. В останні роки Fairburn та його колеги спиралися на свою початкову роботу з розробки та вивчення КПТ для компульсивного переїдання й нервової булімії, створивши трансдіагностичну версію КПТ (CBT-E) (Cooper Z, Fairburn, 2011). У цьому підході до лікування використовуються багато стандартних принципів когнітивно-поведінкової терапії (наприклад, моніторинг харчових продуктів, когнітивні проблеми і т. д.), але в нього входять компоненти лікування, спеціально націлені на різні види харчової поведінки, що мали значення для цілого ряду різних розладів харчової поведінки.

Поведінкові терапії третьої хвилі, такі як діалектична поведінкова терапія (DBT) та терапія прийняття та прихильності, також були адаптовані для лікування розладів харчової поведінки і останніми роками накопичуються дані на підтримку їх використання у лікуванні. DBT спирається як на теорію, так і на докази порушення регуляції емоцій у пацієнтів із розладом харчової поведінки (Wisniewski L., 2003). Тому можна припускати її високу ефективність.

Науковці підкреслюють, що на лікування РХП впливають їхня етіологія, яка складається із спадкових, психологічних та соціальних факторів. Тому вибір лікування повинен бути міждисциплінарним, придатним для лікування симптомів та супутніх захворювань з високою тривалістю досягнутих результатів. Наприклад, відмінними особливостями компульсивного переїдання (BED) є низька самооцінка, побудова слабкого терапевтичного союзу, що, в свою чергу, передбачає незадоволеність лікуванням та раннє припинення лікування (Fluckinger C., 2011). Щоб адекватно впоратися з цими особливостями та з різними основними психопатологічними рисами, терапевтична установка має бути гнучкою та повністю враховувати психологічні та фізичні порушення конкретного виду розладу. Терапевтичний проект повинен бути адаптований для пацієнта відповідно до рекомендацій протоколу та повинен часто переглядатися на основі клінічних потреб (Fassino S., et al., 2007).

Науковці (Iacovino et al., 2014; Compare A., et al., 2013) зазначають, що основною метою лікування, наприклад, компульсивного переїдання є зниження кількості поведінки переїдання, а потім стійка втрата ваги. Окрім того, лікування також має бути спрямоване на підвищення та підтримку мотивації, навчання більш здорового харчування та способу життя, зміна дисфункціональних думок та звичок, поліпшення розуміння та здатності справлятися з конфліктами та негативними емоціями. Терапевтична програма повинна сприяти стабільному зниженню споживання калорій та постійному підтриманню здоровішого

харчування та способу життя, включаючи навчання пацієнтів самоконтролю своїх симптомів.

Дослідження доводять, що люди з нервовою анорексією мають труднощі з розуміння себе, власних емоцій, відчуття себе в соціальному світі, переживають внутрішні конфлікти, конфлікти у міжособистісних відносинах (Christensen K.A., et al., 2020). Окрім того, автори зазначають, що голодний стан швидко досягає емоційної різкості (тривожність, злість тощо), що в свою чергу може ще більше придушити глибинні переживання та посилити симптоми (Startup H., et al., 2013). Таким чином, так звані, інтелектуалізовані підходи до терапії можуть дозволити пацієнтам залишатися «у безпеці», але будуть емоційно «відрізаними» від пацієнта, підкреслюють Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Та додають, що тут можуть бути корисними такі методи як робота на стільці чи імагінації, які можуть доповнити класичну когнітивно-поведінкову терапію.

Когнітивно-поведінкова модель є найбільш вивченою і на сьогоднішній день клінічно ефективним методом лікування РХП. Однак, як і будь-яка науково обґрунтована модель, вона має деякі обмеження щодо застосування. Багато пацієнтів повідомляють про хронічне протікання розладів, не реагують на лікування та формують структуру особистості, що базується на патологічній харчовій поведінці, оскільки «анорексія» чи «булімія» стає для людини новою ідентичністю (Giovanni et al., 2022). Дослідники наголошують також і на феноменологічному підході до РХП, який зосереджується на суб'єктивному досвіді пацієнтів. Хорошим прикладом інтеграції когнітивної та феноменологічної точок зору на РХП, вказують науковці, може бути інше використання щоденників харчування та харчових звичок, які часто використовуються як стратегія самоконтролю епізодів обмеження та переїдання у когнітивно-поведінковій терапії. Якісний аналіз харчових щоденників може забезпечити більш глибокий опис суб'єктивного досвіду пацієнтів, що дозволить більш точно охарактеризувати

тригери тілесного занепокоєння та патологічної харчової поведінки (Mancini et al., 2021).

Психодинамічні та міжособистісні теорії розглядають РХП як частину розладу особистості. Дані теорії підкреслюють, що недоліки в саморозумінні, самооцінці кидають виклик здатності людини розуміти афективні, мотиваційні та когнітивні стани себе та інших. Дослідження підтверджують, що прояви цих недоліків можуть включати порушення регуляції емоцій, міжособистісні труднощі та розлади харчової поведінки (Bachner-Melman et al., 2007; Bachar E., et al., 2010). Тоді однією з ключових цілей психодинамічної міжособистісної терапії у лікуванні РХП є підвищення усвідомлення, прийняття та терпимості пацієнта до власних афективних переживань (Gabbard G. O., 2014).

Висновки до розділу 1

Аналізуючи літературні наукові джерела, які присвячені проблемам психотерапевтичних інтервенцій, представили результати огляду проблеми психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, що страждають на розлади харчової поведінки. На процес лікування РХП впливають етіологія, яка складається із спадкових, психологічних та соціальних факторів. На наше переконання, терапевтичний підхід має ґрунтуватися на міждисциплінарній основі, що дасть змогу подолати численні симптоми, супутні захворювання та мати високу тривалість досягнутих результатів.

Так як причинами виникнення РХП є безліч чинників ризику, від індивідуальних до соціокультурних, тому при виборі методів терапії доцільно опиратися на системний підхід, поєднуючи фармакологічне лікування (що

базується на використанні антидепресантів), дієтотерапія, психотерапевтичних інтервенцій (зокрема когнітивно-поведінкова терапія). Вибір останнього ґрунтується на численних дослідженнях, які демонструють ефективність його у зменшенні як когнітивних, так і поведінкових симптомів РХП.

Крім класичного підходу когнітивно-поведінкової терапії, існують інші доказові методи, що використовуються при лікуванні розладів харчової поведінки. До них відносяться: діалектична поведінкова терапія, емоційно-орієнтована терапія, експозиційна терапія, розширена когнітивно-поведінкова терапія (Е-СВТ).

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Теорія та методологія дослідження

З метою визначення аспектів ефективності розглянутих психотерапевтичних інтервенцій при розладах харчової поведінки у дорослих осіб було вирішено провести системний огляд літератури. Оскільки, системні огляди є золотим стандартом для пошуку, зіставлення, критики та узагальнення найкращих наявних даних із клінічних питань (Liberati et al., 2009).

Під системним оглядом ми розуміємо вторинне дослідження, яке узагальнює найкращі науково-доказові дані за допомоги методів, які виявляють, відбирають, оцінюють, аналізують та узагальнюють емпіричні дослідження. Оцінка якості включених досліджень зобов'язує нас використовувати спеціальні контрольні списки та системи оцінювання, які рекомендовані для оцінки психологічних інтервенцій. Такі як: CONSORT 2010, PRISMA, QUORUM. Згідно

загальноприйнятих стандартів підготовки та проведення системних оглядів
структура таких досліджень включає:

- постановку наукової проблеми,
- критерії включення і виключення,
- пошук досліджень та їх відбір,
- представлення основних даних досліджень,
- оцінку їх якості,
- також інтерпретацію результатів дослідження.

На основі аналізу літературних джерел щодо особливостей РХП та підходів до їх лікування, нами було розроблено теоретичну модель дослідження (див. рис.1).

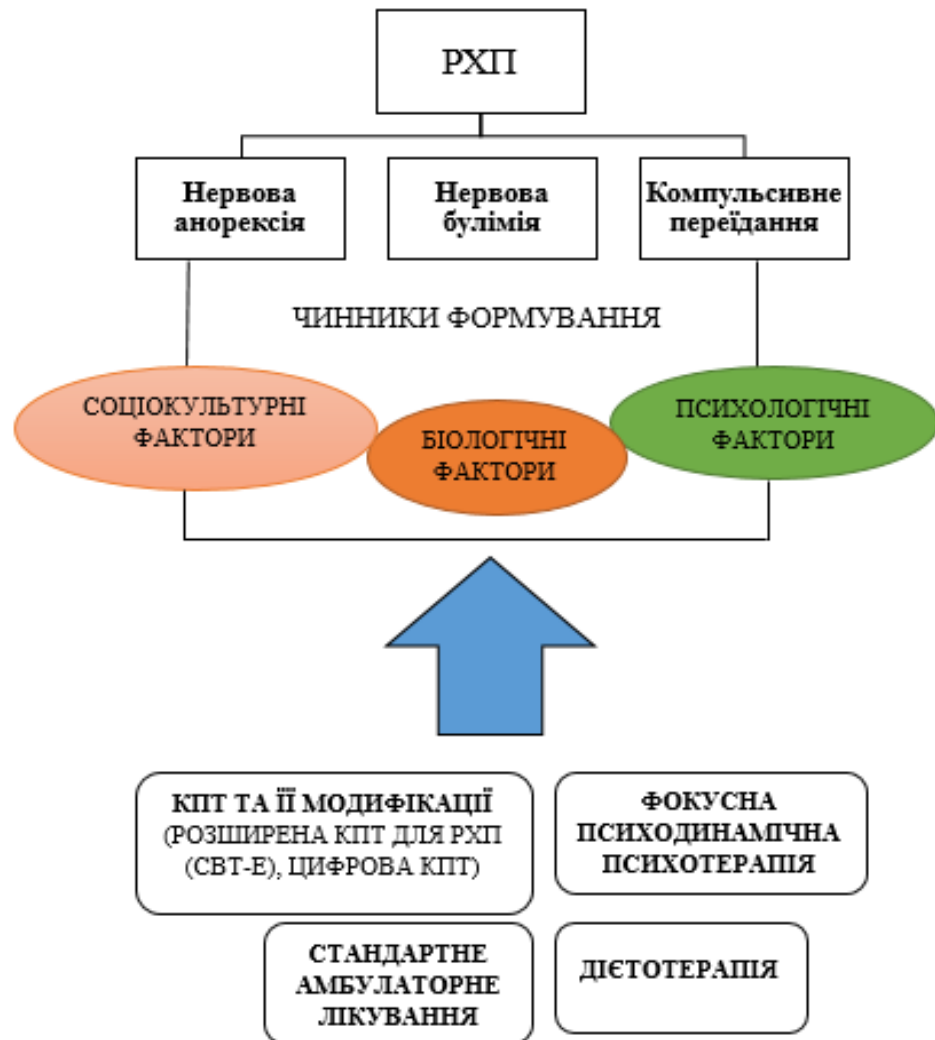


Рис.1. Теоретична модель дослідження чинників РХП та терапевтичних методів

На рисунку представлені змістові взаємозв'язки між чинниками, які мають вплив на виникнення та розвиток РХП, а також методами лікування, які використовуються у сучасних дослідженнях. КПТ та її різновиди мають високу ефективність у зменшенні симптомів РХП (нормалізують індекс

маси тіла, харчові звички) та загалом самооцінку та загальний стан людини вже у коротких термінах. Подібних результатів досягає дієтотерапія, яка може бути альтернативною психотерапевтичному втручанням при умовах, коли психотерапія недоступна. Якщо КПТ більш ефективно справляється із патологічними харчовими поведінковими патерами, то фокусна психодинамічна більш ефективна у більш глобальній перспективі – глибинних внутрішніх змінах та стабілізація міжособистісних стосунків пацієнтів із РХП.

2.2. Характеристика етапів організації та проведення дослідження

Так як системний огляд має проводитися згідно певних стандартів, ми також слідували цим рекомендаціям. При розробці дизайну на Рис.2 представили блок-схему етапів нашого системного огляду, а нижче подали опис кожної з процедур.

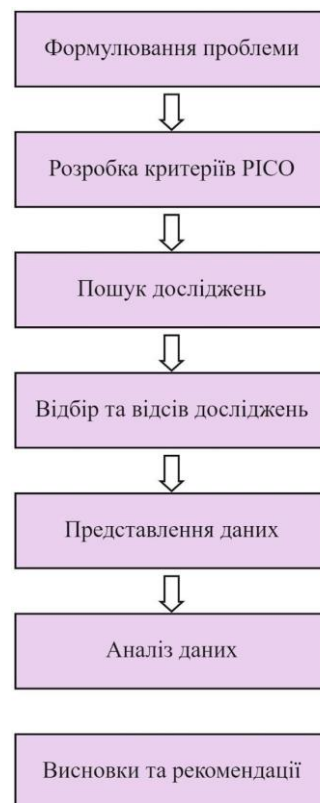


Рис.2 . Блок-схема дизайну дослідження

1. Формулювання запиту. З метою визначення ефективності психотерапевтичних інтервенцій в роботі з особами, які страждають розладами харчової поведінки було вирішено провести системний огляд літератури. Для досягнення зазначеної мети перед системним оглядом були поставлені наступні питання:

1. Які психотерапевтичні інтервенції найбільш ефективно знижують рівень вираженості діагностичних ознак розладів харчової поведінки?
2. Які з цих інтервенцій мають найвищий рівень доказовості?
3. Які з цих інтервенцій мають виражений довгостроковий ефект?
4. Які з цих інтервенцій покращують загальне самопочуття та якість життя?

2. Розробка критеріїв включення та виключення досліджень. В нашому дослідженні при розробці критеріїв включення та виключення досліджень, ми застосовували метод PICO (Participants, Interventions, Comparisons and Outcomes), який виражає кількість та особливості вибірки, яку було залучено до дослідження, методи втручання, порівняння, результати, які цікавлять, й умови або особливості дослідження. За допомогою даного методу ми визначили кількість та особливості вибірки учасників, які були залучені до дослідження, специфікували напрямок психотерапевтичних втручань та описали вимоги до особливостей порівняння результатів дослідження. Так були сформовані наступні критерії включення досліджень до системного огляду:

1. Дослідження, у яких брали участь особи чоловічої та жіночої статі, віком від 18-ти років, що мають один з таких діагнозів: розлад харчової поведінки (Feeding or eating disorders), нервова анорексія (Anorexia

Nervosa), булімія (Bulimia Nervosa), компульсивне переїдання (Binge eating disorder).

Виключення: дослідження, присвячені проблемам харчування як побічного ефекту внаслідок вживання лікарських препаратів; дослідження присвячені РХП у зв'язку з іншими фізіологічними чи психічними захворюваннями.

2. Дослідження, що містять методи втручання (інтервенції): психотерапевтичні інтервенції.

Виключення: дослідження, що містять такі методи втручання як фармакологічне лікування, йога-терапія.

3. Методи порівняння: дослідження, що містять порівняння методів психотерапевтичних інтервенцій різних наукових підходів в порівнянні з стандартним медичним лікуванням.

4. Типи досліджень: рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) опубліковані англійською мовою з 2014 року по сьогодні.

Виключення: системні огляди, мета-аналізи, якісні дослідження.

3. Очікувані результати: дослідження, що містять КПТ та її різновиди мають високу ефективність у зменшенні симптомів РХП (нормалізують індекс маси тіла, харчові звички) та загалом самооцінку та загальний стан людини вже у коротких термінах. Подібних результатів досягає дієтотерапія, яка може бути альтернативною психотерапевтичному втручанням при умовах, коли психотерапія недоступна. Якщо КПТ більш ефективно справляється із патологічними харчовими поведінковими патернами, то фокусна психодинамічна більш ефективна у більш глобальній перспективі – глибинних внутрішніх змінах та стабілізації міжособистісних стосунків пацієнтів із РХП. Результатами є зниження діагностичних ознак, що досліджуються.

Для формування первинної бази досліджень був здійснений пошук в електронних базах даних Google Scholar і PubMed за наступними *ключовими словами і словосполученнями*: «eating disorders» (розлад харчової поведінки), anorexia nervosa (нервова анорексія), binge eating disorder (компульсивне переїдання) у поєднанні з “treatment” (лікування), “therapy” (терапія), “psychological intervention” (психотерапевтична інтервенція).

Висновки до 2 розділу

Для реалізації нашого дослідження ми обрали системний огляд літератури, який дозволяє комплексно оцінити надійність отриманих результатів і виявити дані, які суперечать одне одному, а також систематизувати дані найсучасніших результатів досліджень. Для оцінки якості включених досліджень ми використовували контрольний список PRISMA, а критерії включення розробили згідно моделі PICO. Теоретичну основу нашого магістерського дослідження склали опис чинників формування РХП та методи, які використовують для їх лікування. Для формування первинної бази досліджень був здійснений пошук в електронних базах даних Google Scholar, PubMed, BioMed, Sciencedirect та Researchgate. В результаті ми відібрали 8 досліджень, які відповідали розробленим нами критеріям.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей інтервенцій

По завершенні вищеописаного етапу для аналізу було відібрано 6 наукових публікацій (Додаток А).

1.Інтенсивна розширена когнітивно-поведінкова терапія для важкої та тривалої нервової анорексії: лонгітюдне дослідження (Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study)

Рік публікації: 2017

Автори: Simona Calugi , Marwan El Ghoch, Riccardo Dalle Grave

Мета: оцінка ефективності розширеної когнітивно-поведінкової терапії (СВТ-Е) для короткострокових та довгострокових результатів у пацієнтів із тяжкою та тривалою нервовою анорексією (SE-AN).

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: вибірка включала 55 дорослих пацієнтів з нервовою анорексією, які госпіталізовані до стаціонарного відділення лікарні Вілла Гарда (північна Італія). Пацієнтів направляли з усієї Італії лікарі загальної практики або спеціалісти з харчових розладів. Для надходження та відповідно для участі у дослідженні пацієнти мали бути віком від 18 до 65 років; відповідати всім діагностичним критеріям DSM-IV для нервової анорексії і потребувати стаціонарного лікування, або через те, що розлад харчової поведінки не можна було безпечно лікувати амбулаторно, або через попереднє неефективне амбулаторне лікування. Більшість пацієнтів були жінки (97%) та неодружені (86,4%).

Критеріями виключення були: пацієнти з аменореєю, пацієнти зі зловживанням психоактивних речовин або гострими психотичними розладами

Хід дослідження: пацієнтам був запропонований курс Когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на розлади харчової поведінки (CBT-E). Для оцінки ефективності курсу терапії враховувалися показники індексів маси тіла (ІМТ), оцінка розладу харчової поведінки, яка вимірювалася за допомогою опитувальника Eating Disorder Examination (EDE) та короткої інвентаризації симптомів (BSI). Дані фіксувалися при реєстрації пацієнтів під час лікування, через 6 та 12 місяців спостереження.

Результати: у тридцяти двох пацієнтів було класифіковано важку форму анорексії (тобто тривалість хвороби >7 років), а у 34 менш важку форму. Під час лікування в обох групах спостерігалось однакове значне збільшення індексу маси тіла (ІМТ), а також покращення показників за опитувальниками. Після виписки відбулося незначне погіршення, але обидві групи (з більш і менш важкими формами нервової анорексії) показали однакові хороші показники ІМТ. Та було зафіксовано «повну реакцію» на терапію через 12 місяців спостереження. Автори зазначили, що результати свідчать про те, що стаціонарна СВТ-Е добре сприймається пацієнтами з нервовою анорексією, а також може бути перспективним лікуванням для пацієнтів із найважчими формами даного розладу.

2. Ефективність посиленої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ-Е) при розладах харчової поведінки: протокол дослідження для рандомізованого контрольованого дослідження (Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial)

Рік публікації: 2016

Автори: Martie de Jong , Kees Korrelboom, Iris van der Meer, Mathijs Deen, Hans W Hoek, Philip Spinhoven

Мета: оцінка ефективності розширеної когнітивно-поведінкової терапії (СВТ-Е) в порівнянні з стандартним амбулаторним лікуванням в осіб із розладами харчової поведінки

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 132 дорослих амбулаторних пацієнтів віком від 18 років з діагнозом РХП за DSM-5 і індексом маси тіла (ІМТ) від 17,5 до 40. Учасники повинні були розуміти нідерландську мову (говоріння, слухання, читання) та надати інформовану згоду.

Критерії виключення: 1. Пацієнти, що отримували попереднє лікування, яке дуже нагадує СВТ-Е протягом останніх 2 років; 2. Пацієнти з психіатричними розладами чи психосоціальними обставинами, які вимагають пріоритетної клінічної уваги та іншої підтримки і, отже, перешкоджають негайному лікуванню РХП (наприклад, психози, залежність, суїцидальність, бездомність); 3. Пацієнти, що отримують постійне психіатричне лікування (крім антидепресантів); 4. Пацієнти з інтелектуальною недостатністю; 5. Пацієнти з медичною нестабільністю або вагітністю; 6. Пацієнти, що недоступні для амбулаторного перебування протягом найближчих 20 тижнів.

Хід дослідження: учасники рандомно розподілені в контрольну групу або групу втручання. Особи в контрольній групі отримуватимуть звичайне лікування (стандартне амбулаторне). Особи групи втручання отримуватимуть 20 сеансів розширеної когнітивно-поведінкової терапії (СВТ-Е) протягом 20 тижнів. Первинним показником результату є покращення загальних ознак РХП. Також було досліджено вплив розширеної КПТ на такі показники: тривожні та депресивні симптоми, якість життя. А також було оцінено диференційну економічну

ефективність СВТ-Е порівняно з такою стандартним амбулаторним лікуванням. Вимірювання проводилися до лікування, через 6 тижнів, 20 тижнів, 40 тижнів та 80 тижнів.

Результати: після перших шести тижнів лікування спостерігалось більше зниження показників ознак РХП у групі, які проходили курс розширеної когнітивно-поведінкової терапії. Більше того, через 20 тижнів показники одужання у групі СВТ-Е був значно вищим (57,7%), ніж після стандартного амбулаторного лікування (36,0%). Через 80 тижнів ця різниця вже не була значущою. Крім того, СВТ-Е була більш ефективною у покращенні самооцінки, а також була менш інтенсивною та короткою терапією.

3. Короткострокова стратегічна терапія та когнітивно-поведінкова терапія для жінок із розладом переїдання та коморбідним ожирінням (Brief Strategic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Women with Binge Eating Disorder and Comorbid Obesity).

Рік публікації: 2018

Автори: Jeffrey B. Jackson, Giada Pietrabissa, Alessandro Rossi, Gian Mauro Manzoni, Gianluca Castelnuovo

Мета: визначити ефективність короткострокової стратегічної терапії (КСТ) порівняно з когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) через 1 рік (follow-up) після двоетапного стаціонарного та амбулаторно-телемедичного лікування при компульсивному переїданні.

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 60 італійських жінок з компульсивним переїданням та супутнім ожирінням випадковим чином були розподілені або до групи короткострокової стратегічної терапії КСТ ($n = 30$), або до групи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) ($n = 30$). Жінки мали право на участь, якщо вони відповідали таким критеріям включення: (а) були від 18

до 70 років, (b) мали діагноз ожиріння на основі індексу маси тіла; (c) відповідають критеріям компульсивного переїдання (за DSM-IV); d) надали письмову інформовану згоду.

Критерії виключення були такими: (a) коморбідний хронічний діагноз або гостре захворювання, не пов'язане з ожирінням, (b) супутній тяжкий психіатричний розлад за оцінкою клінічним психологом, не пов'язаним із дослідженням, (c) порушення зору, що перешкоджають заповненню письмової анкети, та (d) слухові, когнітивні чи комунікативні проблеми, що перешкоджають розумінню терапевтичних втручань. Учасники не були виключені до одночасного отримання інших форм лікування (психологічних чи психофармакологічних).

Хід дослідження: одній групі пацієнтів був запропонований курс когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), іншій – курс короткострокової стратегічної терапії (КСТ). Усі сеанси психотерапії проводилися чотирма ліцензованими психологами, які мають підготовку та досвід у своєму методі терапії, (двоє призначені для КСТ і два призначені для КПТ). Щоб забезпечити точність лікування, старші ліцензовані психотерапевти з досвідом у відповідному методі забезпечували щомісячний нагляд за чотирма ліцензованими психологами та випадковим чином перевіряли аудіозаписи сеансів терапії; хоча не застосовувалася офіційна рейтингова система, результати аудиту не показали жодних відхилень від протоколів лікування.

Оцінки проводилися співробітниками стаціонарної клініки та аспірантами з психології, які не бачили умов лікування учасників. Оцінки стаціонарного лікування проводилися особисто, а оцінка амбулаторної телемедичної фази та подальші оцінки проводилися по телефону. Рівень відходу від рандомізації до 1-річного спостереження становив 0% (тобто жоден із учасників не вибув). Учасники не отримували винагороди.

Тривалість лікування обох станів (компульсивного переїдання та ожиріння) становила 7 місяців. У рамках 1-місячного стаціонару учасники були частиною програми лікування схуднення, під час якої вони (а) були оцінені штатним лікарем-дієтологом, а потім переведені на індивідуальну гіпокалорійну збалансовану дієту; (b) відвідували освітню програму з питань харчування, спрямовану на сприяння зміни харчових звичок, що складається з індивідуальних і групових занять (45 хвилин двічі на тиждень); c) займалися фізичними вправами один раз на тиждень, що складалися з групових занять з лікувальної фізкультури; (d) пройшли вісім особистих 45-хвилинних сеансів психотерапії (2 на тиждень).

У рамках 6-місячної фази амбулаторної телемедицини учасники отримали вісім телефонних сеансів психотерапевтичної терапії (2 сеанси на місяць, перші два місяці після виписки та один сеанс на місяць протягом наступних чотирьох місяців), зосереджених на моніторингу прогресу лікування, закріпленні навичок (тобто, дієти, фізичні вправи та психологічні), отримані під час стаціонарної фази, сприяючи самоєфективності та вирішенню проблем, подоланню будь-яких криз, підтримці мотивації та запобіганню повторного нападу.

Результати: через рік після лікування у жінок, які проходили курс короткострокової стратегічної терапії (КСТ) знизилася частота компульсивного переїдання, а у жінок, які проходили КПТ – ні. Однак в двох групах жінки покращили вагу та загальне функціонування. КСТ статистично та клінічно перевершувала КПТ у зниженні частоти компульсивного переїдання.

4. Ефективність цифрової когнітивної поведінкової терапії – керована самодопомога для лікування розладів харчування у жінок-студенток (Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self Help Intervention for Eating Disorders in College Women)

Рік публікації: 2020

Автори: Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., Sadeh-Sharvit, S., Balantekin, K. N., Eichen, et al.

Мета: визначити, чи покращує інтервенція з коучем, цифрова когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) результати для жінок коледжу з РХП у порівнянні із звичайним медичним підходом.

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: студентки університетів у віці 18 років і старші, які пройшли онлайн-скринінг РХП та показали позитивний результат на основі DSM-V (за винятком нервової анорексії, яка потребує більш інтенсивного медичного спостереження). 690 учасниць спостерігалися протягом 2 років після втручання.

Хід дослідження: дане дослідження проводилося протягом чотирьох років у 27 університетах США.

Експериментальній групі було запропоновано пройти курс електронної керованої самодопомоги (SB-ED) – частина КПТ. SB-ED є частиною програми Healthy Body Image Program, онлайн-платформи для скринінгу та індивідуального втручання для студентів коледжів, що піддаються ризику або страждають на РХП. Дане втручання охоплює основні компоненти КПТ, включаючи зменшення поведінкових патернів РХП (наприклад, за допомогою самоконтролю та регулярного прийому їжі), поліпшення образу тіла, регулювання емоцій, подолання негативних думок та запобігання рецидиву. Програма включає психоедукацію, а також пропонує інструменти планування та відстеження прийому і кількості їжі, журнали самоконтролю та інші інтерактивні інструменти (наприклад, платформу текстових повідомлень, що полегшує спілкування між тренером та користувачем). Користувачам було надано доступ на 8 місяців, і кожному користувачеві був призначений особистий тренер.

Основним результатом для оцінки ефективності методу лікування була зміна загальної психопатології РХП. Вторинними результатами були утримання від переїдання та компенсаторна поведінка, а також рівень депресії, тривоги.

Результати: SB-ED, цифрова програма самопомоги для пацієнтів з РХП, керована КПТ, була пов'язана зі значним зниженням симптомів РХП, у порівнянні з направленням на звичайну допомогу серед жінок коледжу як при оцінці після втручання, так і протягом тривалого спостереження. Зокрема, порівняно з контрольною групою, у групі втручання спостерігалось значуще зниження частоти переїдання із середнього показника на початку дослідження до низького – при оцінці після втручання. Однак, результати не були статистично значущими при наступних спостереженнях, оскільки обидві групи продемонстрували значне зниження частоти переїдання.

Психотерапевтичні інтервенції також були пов'язані зі значним зниженням депресії та клінічних порушень, пов'язаних з РХП, при оцінці після втручання та подальшому спостереженні порівняно з контрольною групою, а також зі значним зниженням тривожності при подальшому спостереженні. Важливо відзначити, що індекси маси тіла залишалися постійними навіть при покращенні симптомів РХП, демонструючи, що ці зміни не були пов'язані зі змінами у вазі.

5. Фокусна психодинамічна терапія, когнітивно-поведінкова терапія та стандартне оптимізоване лікування амбулаторних пацієнтів з нервовою анорексією (Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa)

Рік публікації: 2014

Автори: Stephan Zipfel, Beate Wild, Gaby, Hans-Christoph Friederich et al.

Мета: оцінка ефективності і безпеки амбулаторних методів психотерапії нервової анорексії – фокусної психодинамічної та посиленої когнітивно-поведінкової, у порівнянні із звичайним оптимізованим лікуванням (включаючи амбулаторну психотерапію і структуровану допомогу сімейного лікаря).

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: дорослі особи жіночої статі із діагнозом нервової анорексії, пацієнтки із десяти університетських лікарень Німеччини. 242 особи зазнали рандомізації: 80 потрапили до групи фокусної психодинамічної терапії, 80 — до посиленої когнітивно-поведінкової терапії та 82 — до звичайного оптимізованого лікування. Наприкінці лікування 54 пацієнти (22%) вибули з-під спостереження, а через 12 місяців спостереження вибули загалом 73 учасники (30%) .

Критеріями виключення були: поточне зловживання психоактивними речовинами; використання нейрорептичних препаратів; психотичний або біполярний розлад; серйозні нестабільні медичні проблеми; безперервна психотерапія.

Хід дослідження: пацієнтки були випадковим чином розподілені на 10 місяців лікування із застосуванням фокусної психодинамічної терапії, посиленої когнітивно-поведінкової терапії або оптимізованого лікування у співвідношенні 1:1:1. Первинним результатом було збільшення ваги, що вимірювалося як збільшення індексу маси тіла (ІМТ) наприкінці лікування. Ключовим вторинним результатом була швидкість одужання (на основі комбінації збільшення ваги та психопатології, характерної для розладу харчової поведінки). Вимірювання показників відбувалося п'ять разів: при базовій оцінці (перед рандомізацією); 4 місяці після початку лікування; 10

місяців після початку лікування (що враховується із закінченням лікування); через 3 місяці спостереження (короткострокова перспектива); та після 12 місяців. Вимірювання ІМТ, зроблені наприкінці лікування та під час 12-місячного огляду, служили основним результатом дослідження. Також було використано тест самооцінки — інвентаризацію розладів харчової поведінки-2 (EDI-2) — для дослідження патології розладів харчової поведінки; структуроване клінічне інтерв'ю щодо психічних розладів DSM-IV вісь I (SCID-I) для вимірювання психічних супутніх захворювань. Крім того, використали повне структуроване інтерв'ю щодо анорексичного та булімічного синдромів (SIAB-EX), щоб детально виміряти симптоматику нервової анорексії та нервової булімії. Крім того, пацієнтів, які були призначені як до груп фокусної психодинамічної терапії, так і до груп з посиленої когнітивної поведінкової терапії, попросили надати короткий відгук про корисність сеансів (вимірюється за візуально-аналоговою шкалою від 0 до 10) і тривалість лікування (занадто коротка, адекватна або занадто довга).

Результати: наприкінці лікування ІМТ збільшився у всіх групах дослідження (фокусна психодинамічна терапія 0,73 кг/м²), посилена когнітивно-поведінкова терапія 0,93 кг/м²), оптимізоване лікування зазвичай 0,69 кг/м²); відмінностей між групами виявлено не було. Через 12 місяців подальшого спостереження виявлено збільшення середнього приросту ІМТ, але статистично значущих відмінностей між групами не зафіксовано. Однак дослідники підкреслюють глобальний вимір результатів і вказують, що пацієнти, які проходили курс фокусної психодинамічної терапії мали найвищі коефіцієнти відновлення як зазвичай через 12 місяців спостереження. Науковці пояснюють, що психодинамічні методи лікування роблять міжособистісні стосунки пацієнтів головною темою. Порівняно з когнітивно-поведінковою

терапією, вони менш директивні, викликають посилене емоційне збудження. З огляду на труднощі у сфері автономії, яку мають люди з нервовою анорексією, автори припускають, що специфічні аспекти психодинамічної терапії сприяють позитивному ефекту лікування у цій групі пацієнтів.

6. Чи є фізичні вправи та дієтотерапія можливою альтернативою когнітивної поведінкової терапії при лікуванні розладів харчової поведінки? Рандомізоване контрольоване дослідження двох групових методів лікування (Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies)

Рік публікації: 2020

Автори: Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G., & Sundgot-Borgen, J.

Мета: порівняння ефектів фізичних вправ та дієтотерапії (PED-t) з когнітивно-поведінковою терапією (CBT) при лікуванні нервової булімії (BN) та розладу переїдання (BED).

Метод дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: жінки у віці 18–40 років з діагнозом нервової булімії або розладу переїдання за DSM-5. 76 жінок потрапили до групи, яка проходила лікування за допомогою фізичних вправ та дієтотерапії, ще 73 – в групу когнітивно-поведінкової терапії.

Критеріями виключення були: тяжка форма ожиріння.

Хід дослідження: для групи КПТ проводилось 16-тижневе лікування, яке включало 20 групових сеансів, кожна тривалістю 90–120 хвилин з 5–8 учасниками в кожній групі. Терапія складалася з 1-2 щотижневих терапевтичних сеансів по 90 хвилин кожен. Домашнє завдання включало реєстрацію їжі, думок і емоції під час прийому їжі та

поведінкові експерименти. Цю терапію проводили клінічні психологи, сертифіковані з КПТ, зі стажем не менше 10 років. Терапевтів інструктував і керував ними один старший терапевт (доктор медичних наук, клінічний психолог і науковець), який має понад 20-річний досвід роботи з КПТ та лікування розладів харчової поведінки.

Групі дієтотерапії було запропоноване прогресивне тренування і високо інтенсивний інтервальний біг з дієтою, тобто навчання, групові дискусії та дослідження поведінкових і практичних навичок. PED-t включало 20 терапевтичних сеансів, під час яких 60-хвилинна дієтична терапія безпосередньо слідувала за 45-хвилинними фізичними вправами під наглядом. Дієтична частина PED-t була організована як сфокусовані модулі, а саме: (а) частота прийому їжі, розміри порцій і контекст їжі, (б) детальні знання про потреби в енергії та поживних речовинах, а також теорія фізіології фізичних вправ і (с) презентація особистого плану на майбутнє. Домашнє завдання в терапії PED-t складалося з двох вправ без нагляду на тиждень, а також завдання щодо дієти, пов'язані з щотижневими темами.

Вихідними показниками були: опитувальник для обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q), оцінка клінічного порушення (CIA), шкала задоволеності життям (SWLS), шкала депресії Бека (BDI) та кількість ремісій після лікування, а також через 6-, 12- та 24-місячне спостереження.

Результати: обидва методи лікування призвели до значних покращень всіх результатів від середнього до сильного з довгостроковим ефектом, зокрема полегшення симптомів BN, BED, а також у покращенні суб'єктивного самопочуття та психосоціальних порушень. Виявлено, що PED-t дає більш швидкий результат, але відмінності між підходами зникала при подальшому спостереженні. Загалом, дослідники зазначають,

що обидва методи лікування були зосереджені на нормалізації моделей харчування, корекції основних процесів саморегуляції та зменшенні ідеалізованої естетичної самооцінки. Результати вказують на PED-t як альтернативу СВТ для BN і BED.

Описова характеристика досліджень в контексті визначення їх слабких та сильних сторін:

1. Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study

Чітко описані хід дослідження, методики, які використовувалися, критерії оцінки учасників. Багатоетапне вимірювання показників учасників. Добре проаналізовані та описані результати дослідження. Обмеженням даного дослідження є недостатній опис самого методу лікування: частоти, кількості сесій.

2. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial

Із сильних сторін даного дослідження варто підкреслити багатоетапну перевірку показників, чіткий опис процедури дослідження, оцінку диференціальної економічної ефективності розширеної КПТ (СВТ-Е) у порівнянні із стандартним амбулаторним лікуванням, яке надається в медичних установах. Останнє дає можливість запропонувати лікування з меншими ресурсами, тим самим підвищивши доступність спеціалізованої допомоги для пацієнтів з РХП. Із слабких сторін даного дослідження можна виокремити те, що тут як контрольна умова використовується стандартне амбулаторне лікування, жодних альтернативних контрольних умов, таких як відсутність лікування, плацебо, не включені. Також не було проведено аналіз підгруп. Оскільки у дослідженні взяли участь люди, які мали різні діагнози – нервова булімія, нервова анорексія, компульсивне

переїдання, важливо було би оцінити можливу диференційну ефективність СВТ-Е для даних розладів.

3. Brief Strategic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Women with Binge Eating Disorder and Comorbid Obesity

Робота має вичерпну характеристику вибірки, зазначено тривалість втручання, а також кількість учасників, що завершили лікування. Присутній опис інтервенцій, призначений кожній групі. Докладно описано процес статистичного аналізу та дискусію результатів. Чітко описано процес дослідження, включно з інформацією про follow-up (6 і 12 місяців). Серед недоліків можна виділити відсутність контрольної групи, не пов'язаної з лікуванням. Дизайн дослідження включав стаціонарну програму зниження ваги на додаток до умов лікування Короткострокової стратегічної терапія та когнітивно-поведінкової терапії, не досліджено незалежної ролі стаціонарної програми зниження ваги, яку отримували всі учасники у порівнянні з психотерапевтичними інтервенціями. Також, серед слабких сторін, можна відзначити однорідність вибірки.

4. Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self Help Intervention for Eating Disorders in College Women

Сильні сторони цього дослідження – це залучення цифрових технологій до лікування РХП; відібрана велика кількість учасників, різноманітність населення, широкі критерії включення, проведення в національному масштабі і довгострокове спостереження.

Щодо слабких сторін – не було достатньо описано особливостей терапевтичних втручань.

5. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa

Сильні сторони – було використано метод рандомізації, який дав можливість оптимального розподілу конкретного пацієнта для лікування

на основі його чи її комбінації прогностичних факторів. Значна кількість учасників, використання двох основних психотерапевтичних методів лікування у порівнянні з контрольною групою – звичайним оптимізованим лікуванням. Явних слабких сторін не було виявлено.

6. Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies

Сильні сторони – підібраний різноманітний інструментарій метод, які визначають не лише симптоми захворювання, але й загалом якість психологічного стану. Чітко описано процес дослідження та лікувальних втручань. Серед слабких сторін можна відзначити лише той факт, що велика кількість учасників когнітивно-поведінкової терапії була втрачена для подальших спостережень.

3.2. Підсумки та рекомендації, зважаючи на системний огляд

Таким чином, усі проаналізовані нами дослідження фокусувалися на тому, щоб виміряти ефективність КПТ чи модифікованих її версій у порівнянні з іншими психотерапевтичними підходами, з дієтотерапією чи стандартним амбулаторним лікуванням. Перше дослідження (Simona Calugi et al., 2017) виявило, що стаціонарна розширена КПТ (СВТ-Е) добре сприймається пацієнтами з нервовою анорексією, а також може бути перспективним лікуванням для пацієнтів із найважчими формами даного розладу. У другому дослідженні (Martie de Jong et al., 2016) було з'ясовано, що стаціонарна розширена КПТ (СВТ-Е) має високу ефективність при лікуванні РХП, у порівнянні з стандартним амбулаторним лікуванням. Крім того, СВТ-Е була більш ефективною у покращенні самооцінки, а також була менш інтенсивною та короткою терапією. Однак, у п'ятому дослідженні було виявлено, що пацієнти, які

проходили курс фокусної психодинамічної терапія мали найвищі коефіцієнти відновлення через 12 місяців спостереження у порівнянні з розширеною КПТ (СВТ-Е) та стандартним амбулаторним лікуванням.

У третьому дослідженні (Jeffrey V. Jackson et al., 2018) було з'ясовано, що короткострокова стратегічна терапія (КСТ) статистично та клінічно перевершувала КПТ у зниженні частоти компульсивного переїдання. У четвертому дослідженні (Fitzsimmons-Craft et al., 2020) також було виявлено, що модифікована версія КПТ мала високі показники ефективності при лікуванні симптомів РХП (за винятком нервової анорексії). Так цифрова когнітивно-поведінкова терапія, у порівнянні з направленням на звичайну допомогу мала ефект значного зниження частоти переїдання із середнього показника на початку дослідження до низького – при оцінці після втручання. Також дане психотерапевтичне втручання також було пов'язане зі значним зниженням депресії та клінічних порушень у людей з РХП. У шостому дослідженні (Mathisen, T. F., 2020) встановлено, що дієтотерапія та фізичні вправи можна вважати альтернативною КПТ для нервової булімії і компульсивного переїдання.

Загалом, дослідження показують, що психотерапевтичні методи можуть бути спрямовані на: 1) зменшення, зняття симптомів РХП; 2) стабілізації особистісних характеристик такі як самооцінка, тривожність, емоційна регуляція тощо. Ми вважає, що в цьому плані важливим буде вивчати власне особистісні характеристики осіб, які страждають від РХП. На основі цього провести подальше дослідження та розробити дизайн для нього, спрямоване на вивчення Я-концепції осіб, схильних до орторексії (порівняно нового типу РХП). Метою такої роботи є встановлення особливостей Я-концепції осіб, схильних до орторексії; здійснення компаративного аналізу отриманих результатів в групі зі схильністю до орторексії та групі з умовно здоровими людьми.

Критеріями включення будуть: жінки-пацієнти медичного центру, які звернулися за допомогою з приводу лікування орторексії та жінки без діагностованих ознак порушення харчової поведінки (контрольна група). Критерії виключення: жінки із іншими розладами харчової поведінки, крім орторексії, та жінки з орторексією, які не зверталися до медичного центру як пацієнти. Віковий діапазон: (18 – 30 років).

Дослідження буде проходити в три етапи:

- Підготовчий етап: збір первинного матеріалу; дослідження анамнезу хвороби досліджуваних за допомогою бесіди / інтерв'ювання; формування вибірки.
- Діагностичний етап: безпосереднє дослідження за допомогою обраних методик.
- Аналітичний етап: порівняльний аналіз отриманих результатів в групі з орторексією та контрольній групі.

Для здійснення мети дослідження будуть використані наступні методики:

- Eating Attitudes Test (тест ставлення до прийому їжі - EAT-26 David M Garner & Paul E Garfinkel (1979), David M Garner et al, (1982) - для первинної діагностики наявності симптомів розладів харчової поведінки;
- Опитувальник суб'єктивного локусу контролю - для опису того, якою мірою особистість відчуває себе активним суб'єктом власної діяльності і свого життя, а в якій – пасивним об'єктом дій інших людей і обставин;
- Опитувальник образу власного тіла (О.А. Скугаревський та С.В. Сивуха) – для оцінки міри незадоволеності зовнішністю, як складовою образу тіла;

- Опитувальник самоствалення (В.В. Столін, С. Р. Пантелеєв, 1985) – для встановлення рівня самоствалення досліджуваних до самих себе;
- Опитувальник ORTO-15 – скринінг-діагностика для встановлення нервової орторексії.

Висновки до розділу 3

Опираючись на проведений системний огляд, можна зробити наступні висновки:

- Високу ефективність демонструють техніки базовані на КПТ – розширена версія КПТ (СВТ-Е), цифрова когнітивно-поведінкова терапія; зокрема, СВТ-Е добре сприймається пацієнтами з нервовою анорексією.
- Для лікування РХП у довготривалій перспективі більшу ефективність демонструє фокусна психодинамічна терапія;
- Сучасні дослідження мають тенденцію порівнювати ефективність КПТ, яка дає швидкі результати і яка є економічним видом лікування, з альтернативними підходами такими як фізичні вправи і дієтотерапія.

У цьому розділі був проведений системний огляд літератури, представлені аналіз отриманих даних та вивчення особливостей інтервенцій, висновки про ефективність досліджуваних інтервенцій.

На основі опрацювання сучасних досліджень було виявлено, що КПТ та її різновиди мають високу ефективність у зменшенні симптомів РХП (нормалізують індекс маси тіла, харчові звички) та загалом самооцінку та загальний стан людини вже у коротких термінах. Подібних результатів досягає дієтотерапія, яка може бути альтернативною психотерапевтичному

втручанню при умовах, коли психотерапія недоступна. Якщо КПТ більш ефективно справляється із патологічними харчовими поведінковими патерами, то фокусна психодинамічна більш ефективна у більш глобальній перспективі – глибинних внутрішніх змінах та стабілізація міжособистісних стосунків пацієнтів із РХП.

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні було здійснено аналіз теоретичних підходів до проблеми психотерапевтичних інтервенцій, які ефективні при розладах харчової поведінки у дорослих людей, а також проведено системний огляд літератури. На лікування РХП впливають їхня етіологія, яка складається із спадкових, психологічних та соціальних факторів. Тому вибір виду терапії повинен бути міждисциплінарним, придатним для лікування симптомів та супутніх захворювань з високою тривалістю досягнутих результатів. Серед видів терапії було розглянуто стандартне амбулаторне лікування, дієтотерапія, а також психотерапевтичні інтервенції.

В основу дослідження було покладено гіпотезу про те, що найвищий рівень ефективності при РХП у дорослих будуть мати методи когнітивно-поведінкової терапії. Дана гіпотеза була підтверджена лише частково: модифікована розширена версія КПТ (СВТ-Е) має високу ефективність при середніх і важких формах нервової анорексії, а також була успішною у покращенні самооцінки у пацієнтів. Однак, було виявлено, що методи КПТ

були менш ефективними в довгостроковій перспективі, в порівнянні з фокусною психодинамічною терапією.

КПТ та її різновиди мають високу ефективність у зменшенні симптомів РХП (нормалізують індекс маси тіла, харчові звички) та загалом самооцінку та загальний стан людини вже у коротких термінах. Подібних результатів досягає дієтотерапія, яка може бути альтернативною психотерапевтичному втручанням при умовах, коли психотерапія недоступна. Якщо КПТ більш ефективно справляється із патологічними харчовими поведінковими патернами, то фокусна психодинамічна більш ефективна у більш глобальній перспективі – глибинних внутрішніх змінах та стабілізації міжособистісних стосунків пацієнтів із РХП.

Загалом, дослідження показують, що психотерапевтичні методи можуть бути спрямовані на: 1) зменшення, зняття симптомів РХП; 2) стабілізації особистісних характеристик такі як самооцінка, тривожність, емоційна регуляція тощо. Ми вважає, що в цьому плані важливим буде вивчати власне особистісні характеристики осіб, які страждають від РХП. На основі цього провести подальше дослідження та розробити дизайн для нього, спрямоване на вивчення Я-концепції осіб, схильних до орторексії (порівняно нового типу РХП). Метою такої роботи є встановлення особливостей Я-концепції осіб, схильних до орторексії; здійснення компаративного аналізу отриманих результатів в групі зі схильністю до орторексії та групі з умовно здоровими людьми.

Критеріями включення будуть: жінки-пацієнти медичного центру, які звернулися за допомогою з приводу лікування орторексії та жінки без діагностованих ознак порушення харчової поведінки (контрольна група). Критерії виключення: жінки із іншими розладами харчової поведінки, крім орторексії, та жінки з орторексією, які не зверталися до медичного центру як пацієнти. Віковий діапазон: (18 – 30 років).

Дослідження буде проходити в три етапи:

- Підготовчий етап: збір первинного матеріалу; дослідження анамнезу хвороби досліджуваних за допомогою бесіди / інтерв'ювання; формування вибірки.
- Діагностичний етап: безпосереднє дослідження за допомогою обраних методик.
- Аналітичний етап: порівняльний аналіз отриманих результатів в групі з орторексією та контрольній групі.

Для здійснення мети дослідження будуть використані наступні методики:

- Eating Attitudes Test (тест ставлення до прийому їжі - EAT-26 David M Garner & Paul E Garfinkel (1979), David M Garner et al, (1982) - для первинної діагностики наявності симптомів розладів харчової поведінки;
- Опитувальник суб'єктивного локусу контролю - для опису того, якою мірою особистість відчуває себе активним суб'єктом власної діяльності і свого життя, а в якій – пасивним об'єктом дій інших людей і обставин;
- Опитувальник образу власного тіла (О.А. Скугаревський та С.В. Сивуха) – для оцінки міри незадоволеності зовнішністю, як складовою образу тіла;
- Опитувальник самоствавлення (В.В. Столін, С. Р. Пантелєєв, 1985) – для встановлення рівня самоствавлення досліджуваних до самих себе;
- Опитувальник ORTO-15 – скринінг-діагностика для встановлення нервової орторексії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Укрінформ. Мультимедійна платформа іномовлення України (2022). Харчові розлади можуть мати непередбачувані наслідки для здоров'я. Укрінформ. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3385308-harcovi-rozladi-mozut-mati-neperedbacuvani-naslidki-dla-zdorova.html>
2. Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. *Frontiers in Psychology*, 7.
3. Arnow, B., Kenardy, J., and Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int. J. Eat. Disord.* 18, 79–90.
4. Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41–48.
5. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, et al. (2022). Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches to eating disorders. *Eating and Weight Disorders*
6. Christensen KA, Haynos AF. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *J Eat Disord*, 8:1–10.
7. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Molinari E, Dalle Grave R. (2013). Emotion-focused therapy and dietary counselling for obese patients with binge eating disorder: a propensity score-adjusted study. *Appetite*.;82(3):193–4.

8. Cooper Z, Fairburn C.G. (2011). The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract.* 18(3):394–402.
9. Cooper, Z., and Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse. *Cogn. Behav. Pract.* 18, 394–402;
10. Dakanalis, A., Clerici, M., Di Mattei, V. E., Caslini, M. L. F., Bagliacca, E. P., Prunas, A., et al. (2014). Internalization of sociocultural standards of beauty and eating disordered behaviours: the role of body surveillance, shame and social anxiety. *J. Psychopathology* 20, 33–37.
11. Davis H., Attia E. (2017) Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 30(6):452-457.
12. De Jong, M., Korrelboom, K., van der Meer, I., Deen, M., Hoek, H. W., & Spinhoven, P. (2016). Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1).
13. Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71.
14. Fassino S, Daga G, Pierò A, Delsedime N. Psychological Factors Affecting Eating Disorders. In: Porcelli P, Sonino N, editors. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM-V.* Adv Psychosom Med. Basel: Karger; 2007. p. 141–68. 28.
15. Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., and Torres, S. (2017). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes. Rev.* 19, 111–120.

16. Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., Sadeh-Sharvit, S., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., ... Wilfley, D. E. (2020). Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self-Help Intervention for Eating Disorders in College Women. *JAMA Network Open*, 3(8)
17. Fluckinger C, Meyer A, Wampold BE, Gassmann D, Messerli-Burgy N, Munsch S. (2011). Predicting premature termination within a randomized controlled trial for binge-eating patients. *Behav Ther.*;42(4):716–25.
18. Fredrickson, B. L., and Roberts Fredrickson, B. L., and Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: toward understanding women’s lived experiences and mental health risks. *Psychol. Women Q.* 21, 173–206
19. Gabbard G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, vol. xiv. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;
20. Gianini, L. M., White, M. A., and Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat. Behav.* 14, 309–313.
21. Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). *Eating Disorders in Males*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
22. Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(8), 688-701
23. Kober, H., & Boswell, R. G. (2018). Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 60, 32–44.

24. Lee Y, Lin PY. (2010). Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: a meta-analytic study. *Int J Eat Disord*, 43:498–504.
25. Leon G. R, Fulkerson JA, Perry CL et al. Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104:140–149
26. Levitan, R. D., and Davis, C. (2010). Emotions and eating behaviour: implications for the current obesity epidemic. *Univ. Toronto Q.* 79, 783–799
27. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration.
28. Linardon J, Kothe EJ, Fuller-Tyszkiewicz M. (2019). Efficacy of psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder on self-esteem improvement: Meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev.*,27(2):109–23
29. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080–1094.
30. Mancini M, Mignogna S, Stanghellini G (2021) Dear body... an explorative study on anomalous bodily experiences in persons with feeding and eating disorders. *Psychopathology*.
31. Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G., & Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized

- controlled trial of two group therapies. *International Journal of Eating Disorders*.
32. Moore J, Ashimi SS, Mason BL, Drawbridge JN, Han S, et al. *J Clin Invest.*, 123:4706–13.
 33. Moradi, B., and Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: a decade of advances and future directions. *Psychol. Women Q.* 32, 377–398.
 34. Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2018). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–10.
 35. Murray, S. B., Treanor, M., Liao, B., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2016). Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 1–10.
 36. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
 37. Palavras, M., Hay, P., Filho, C. A. dos S., & Claudino, A. (2017). The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese—A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients*, 9(3), 299.
 38. Reilly, E. E., Anderson, L. M., Gorrell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D. A. (2017). Expanding exposure-based interventions for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(10), 1137–1141.
 39. Riva, G. (2014). Out of my real body: cognitive neuroscience meets eating disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.

40. Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2014). Epidemiology of Eating Disorders Part II: An Update with a Special Reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice* (ahead-of-print), 1-23
41. Startup H, Lavender A, Oldershaw A, Stott R, Tchanturia K, Treasure J, et al. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behav Cogn Psychother.*;41(3):301–16.
42. Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 128:825–48.
43. Taquet, M., Geddes, J., Luciano, S., & Harrison, P. (2021). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3.;
44. Treasure, J., and Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of Anorexia Nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Int. J. Eat. Disord.* 1, 1–13.
45. Turner, Marshall E, Wood F, Stopa L, Waller G., (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77:1-6.
46. Wisniewski L., Kelly E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cogn Behav Pract.*;10(2):131–138.
47. World Health Organization. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

48. Xie, Q., Li, X., Lei, J., Kong, J., Zhang, Y (2021). The effectiveness of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavioural therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis
49. Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., ... Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127–137.

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік досліджень, відібраних на етапі пошуку за ключовими
словами

№	Назва	Автор	Рік	Виключе но/ виключе но	Причина виключення
1	A randomized controlled trial of two 10-session cognitive behaviour therapies for eating disorders: An exploratory investigation of which approach works best for whom	Wade et al.	2021	Виключено	Замалий вік учасників дослідження
2	Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study	Calugi et al	2017		
3	Brief Strategic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Women with Binge Eating Disorder and Comorbid Obesity	Jackson et al	2018		
4	Focal psychodynamic therapy, cognitive	Zipfel et	2		

	behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial	al	014		
5	Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies	Mathisen et al	2020		
6	Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial	De Jong et al	2016		
7	Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes	Torres et al	2020	Виключен	Пілотне дослідження, проведене з невеликою кількістю учасників; відсутність контрольної групи
8	Effectiveness of a				

.	Digital Behavior Guided Intervention for Eating Disorders in College Women	Cognitive Therapy–Self Help for Eating in College	Fitzsimmons-Craft et al	2020		
---	--	---	-------------------------	------	--	--