

# Сучасні підходи до обстеження пацієнтів з нервовою анорексією

Леся Сак

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Актуальність.** Розлади харчової поведінки (РХП) - це психічні розлади, що характеризуються специфічною дисфункцією мозку, які впливають на тілесне сприйняття, взаємозв'язок емоцій та апетиту, когнітивні порушення. Сучасні методи лікування РХП все ще є недосконалими, зокрема для нервової анорексії (НА). НА має низькі показники ремісії та високий рівень рецидивів. Психопатологічні моделі НА, які є основою всесвітніх протоколів лікування НА, все ще далекі від пояснення причинно-наслідкових зв'язків, які лежить в основі стійкості до лікування.

Сучасні моделі НА, як правило, фокусуються на когнітивно-поведінкових особливостях хворих, не пояснюючи важливі етіологічні чинники підґрунтя емоційної дисрегуляції, порушеного міжособистісного функціонування, концепції «Я» та менталізації, що відіграють важливу роль у розвитку та підтримці НА.

НА зустрічаються серед різних вікових груп, проте середній вік початку захворювання спостерігається найчастіше у підлітковому віці .

Нещодавні дослідження продемонстрували значущу асоціацію між НА та батьківськими психопатологічними ризиками на додаток до важливості сімейного функціонування та прихильності. Більшість цих досліджень були зосереджені на взаємозв'язку між наявністю психопатологічних порушень у матері і психопатологічними ризиками та/або розвитком НА, не беручи до уваги ймовірний вплив інших членів родини, які брали участь у вихованні дитини/підлітка.

Отже, НА є важким психосоціальним розладом, в який залучено пацієнта та його родину; саме тому проблема комплексного обстеження хворого НА та членів його сім'ї (батьків/опікунів) є актуальною в усьому світі.

**Мета дослідження:** наукове обґрунтування та удосконалення медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА в контексті сімейних відносин на основі дослідження клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей осіб з НА та їх батьків/опікунів, показників сімейного функціонування та якості соціальної підтримки.

**Матеріали і методи дослідження.** Для проведення дослідження пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в контексті сімейних відносин, які вперше звернулись за медичною допомогою, з подальшим удосконаленням медико-психологічного супроводу цих контингентів, на основі проведеного якісного та кількісного контент-аналізу та концепт-аналізу з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів наукової літератури щодо дослідження проблеми НА, було визначено та підібрано оптимальну батарею психодіагностичних шкал з їх апробацією в межах пілотного дослідження.

**Результати.** Для перевірки адекватності тестів та їх відповідності завданням дослідження було проведено пілотне дослідження 12 хворих НА ( 11 дівчат, 1 хлопець) віком 14-18 років та 20 батьків/опікунів ( 12 осіб - матері, 4 осіб - татусі, 2 осіб - відчими, 2 осіб - бабусі). Дослідження складалося з наступних методик: Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination, MMSE), Мінесотський

багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III), Шкала труднощів емоційної регуляції DERS (Gratz & Roemer 2004), Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale), Опитувальник прихильності у дорослих (Adult Attachment Interview, AAI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Шкала оцінки якості життя (CQLS).

В ході пілотного дослідження виявлено, що більшість психодіагностичних методик дають можливість отримати розгорнуту характеристику сімейного функціонування та психоемоційного статусу хворих НА та їх батьків/опікунів, що дозволяє оцінити ефективність розробленої програми психокорекції та прогностичну цінність психоемоційних змін.

**Висновки.** Результати дослідження, що нами проводиться, дозволяють з достатньою вірогідністю визначити взаємозв'язки між виникненням НА та особливістю сімейного функціонування і психоемоційним статусом батьків або опікунів. Підібраний комплекс методів дослідження підтвердив свою дієвість, що дає можливість поширити його на весь запланований контингент учасників дисертаційного дослідження.

---

## Актуальність

Розлади харчової поведінки (РХП) - це психічні розлади, що характеризуються специфічними дисфункціями мозку, які впливають на тілесне сприйняття, взаємозв'язок емоцій та апетиту, когнітивні порушення [1]. Сучасні методи лікування РХП все ще є недосконалими, зокрема для нервової анорексії (НА). За статистичними даними лише  $\frac{1}{4}$  хворих НА досягає повного одужання [2]. Стійкість до лікування, яка є в усіх психічних розладах, є найвищою при РХП. НА має низькі показники ремісії та високий рівень рецидивів [3]. Час, витрачений на догляд за особою з тяжким перебігом хвороби, майже вдвічі перевищує той, що приділяється хворому, який страждає фізичним розладом здоров'я (наприклад, раком) або іншими розладами психічного здоров'я [4]. Психопатологічні моделі НА, які є основою всесвітніх протоколів лікування НА, все ще далекі від пояснення причинно-наслідкових зв'язків, які лежать в основі стійкості до лікування [5]. Таким чином, стійкість до лікування НА є світовим викликом в сучасній клінічній практиці.

НА зустрічаються серед різних вікових груп, проте середній вік початку захворювання спостерігається найчастіше у підлітковому віці [6]. Протягом другої половини ХХ століття рівень поширеності НА різко зріс та залишається відносно стабільним і протягом останніх 20 років [7]. За даними численних досліджень підлітки є найбільш ризикованою групою, що обумовлено низкою екологічних, соціальних, психологічних та біологічних факторів [8].

Сучасні моделі НА, як правило, фокусуються на когнітивно- поведінкових особливостях хворих, не пояснюючи важливі етіологічні чинники підґрунтя емоційної дисрегуляції, порушеного міжособистісного функціонування, концепції «Я» та менталізації, що відіграють важливу роль у розвитку та підтримці НА [9]. Навпаки, ці аспекти опрацьовані в теорії прихильності, започаткованій в роботах Джона Боулбі (1969) та надалі удосконаленій іншими авторами [10]. Ця теорія пропонує всебічну основу для розуміння індивідуальних та сімейних особливостей, які сприяють розвитку НА у підлітковій віковій групі.

Прихильність має важливий вплив сприйняття та подолання складних перетворень у підлітковому віці, а безпечні сімейні стосунки забезпечують емоційну підтримку та комфорт, особливо під час стресових ситуацій та важливих життєвих змін. Відомо, що безпечна прихильність є вирішальною під час пристосування до фізичних змін, створення власної

ідентичності або визначення цілей на майбутнє, і, таким чином, є важливим буфером для психологічних ризиків [11].

Нещодавні дослідження продемонстрували значущу асоціацію між НА та батьківськими психопатологічними ризиками [12] на додаток до важливості сімейного функціонування та прихильності. Більшість цих досліджень були зосереджені на взаємозв'язку між наявністю психопатологічних порушень у матері і психопатологічними ризиками та/або розвитком НА, не беручи до уваги ймовірний вплив інших членів родини, які брали участь у вихованні дитини/підлітка [13].

Отже, НА є важким психосоціальним розладом, в який залучено пацієнта та його родину; саме тому проблема комплексного обстеження хворого НА та членів його сім'ї (батьків/опікунів) є актуальною в усьому світі.

## **Мета дослідження**

Наукове обґрунтування та удосконалення медико-психологічного супроводу пацієнтів з НА в контексті сімейних відносин на основі дослідження клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей осіб з НА та їх батьків або опікунів, показників сімейного функціонування та якості соціальної підтримки.

## **Матеріали і методи дослідження**

Для проведення дослідження пацієнтів з НА та їх батьків/опікунів в контексті сімейних відносин, які вперше звернулись за медичною допомогою, з подальшим удосконаленням медико-психологічного супроводу цих контингентів, на основі проведеного якісного та кількісного контент-аналізу та концепт-аналізу з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів наукової літератури щодо дослідження проблеми НА [14], було визначено та підібрано оптимальну батарею психодіагностичних шкал з їх апробацією в межах пілотного дослідження 12-ти хворих НА (11 дівчат, 1 хлопець) віком 14-18 років та 20-ти батьків/опікунів (12 осіб - матері, 4 особи - татусі, 2 особи - відчими, 2 особи - бабусі), з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, на принципах анонімності та добровільності, за умови отримання інформованої згоди.

Критеріями включення були: діти та підлітки обох гендерів віком від 10 до 18 років, які мали батьків/опікунів та надали інформовану згоду на участь у дослідженні; наявність у пацієнта діагнозу НА з індексом маси тіла Кетле  $\leq 17,5$  та штучно спричиненою втратою ваги за рахунок уникнення їжі та підвищення фізичної активності.

Критеріями виключення були: відсутність інформаційної згоди дитини/підлітка та/або батьків/опікунів на участь в дослідженні; наявність вторинної НА (спричиненої хронічним соматичним захворюванням); наявність у дитини/підлітка іншого клінічно значущого соматичного або психічного розладу, в тому числі шизофренії, інтелектуальної неспроможності, синдрому Аспергера, розладів аутичного спектру тощо; вживання дитиною/підлітком психоактивних речовин; психотерапія дитини/підлітка терміном понад 3 місяці.

На першому етапі дослідження було проведено обстеження усіх осіб за визначеними методиками відповідно до завдань дослідження. На другому етапі обстежені особи рандомізовані на дві групи: основну та порівняльну. Основну групу склали пацієнти з НА, що отримували стандартне лікування та їх батьки або опікуни, із подальшим залученням до розробленої програми медико-психологічного супроводу та психокорекції в контексті сімейних відносин. Групу порівняння склали пацієнти з НА, які також отримували стандартне лікування, але без залучення батьків або опікунів до розробленої програми медико-

психологічного супроводу та психокорекції в контексті сімейних відносин.

## Результати

В межах пілотного дослідження 12 хворих на НА та 20 батьків/опікунів були обстежені за наступними методиками: Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination, MMSE), Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III), Шкала труднощів емоційної регуляції DERS (Gratz & Roemer 2004), Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale), Опитувальник прихильності у дорослих (Adult Attachment Interview, AAI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Шкала оцінки якості життя (CQLS). Збір даних пілотного дослідження здійснювався здебільшого в режимі онлайн, оскільки на час його проведення були прийняті карантинні заходи з приводу COVID-19.

В ході пілотного дослідження виявлено, що більшість психодіагностичних методик дають можливість отримати розгорнуту характеристику сімейного функціонування та психоемоційного статусу хворих НА та їх батьків/опікунів, що дозволяє оцінити ефективність розробленої програми психокорекції та прогностичну цінність психоемоційних змін. Методики MINI та MMPI, які були запропоновані на первинному етапі планування дослідження, були виключені зі списку методик так як надають недостатньо даних, які можна використати для досягнення завдань дослідження і є досить часомісткими.

Для визначення кількісних індивідуально-особистісних та патопсихологічних характеристик обстежуваних нами було відібрано наступний психодіагностичний комплекс: Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III), Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS), Торонтська шкала алекситимії, Опитувальник прихильності у дорослих (AAI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала оцінки якості життя (CQLS).

Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III) була створена Д. Х. Олсоном, Дж. Портнером, И. Лани у 1985 році і адаптована Е. Г. Ейдемільером та співавторами у 2003 році. Основою методики була «циркулярна модель» («кругова модель») Д. Х. Олсона, що містила три найважливіших параметри сімейної поведінки: згуртованість, адаптацію та комунікацію. Шкала FACES-III складається із 20 тверджень. Завданням досліджуваного (дитини/підлітка, батьків/опікунів) є дворазова оцінка тверджень за ступенем виразності проявів з використанням п'ятибальної шкали Лайкарта: майже ніколи – 1 бал, рідко – 2 бали, час від часу – 3 бали, часто – 4 бали, майже завжди – 5 балів. У першому завданні оцінюється реальне сімейне функціонування, у другому – ідеальне (тобто таке, яким дитина/підліток та батьки/опікуни хотіли б його бачити). Визначення типу структури сім'ї підраховується кількістю балів, отриманих при підсумовуванні парних і непарних тверджень.

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

Результати пілотного дослідження продемонстрували у 84% досліджуваних, як дітей/підлітків, так і батьків/опікунів, низький рівень сімейної згуртованості та ригідність сімейної системи.

Шкала труднощів емоційної регуляції DERS (Gratz & Roemer 2004) є самозвітом, що застосовується для оцінки проблем емоційної регуляції серед підлітків та дорослих. DERS має шість підшкал, які складаються з 5-8 запитань (36 загалом). Концептуальне визначення регулювання емоцій, на якому базується DERS, підкреслює функціональність емоцій та фокусується на адаптивних способах їх регулювання під час або після дистресу, включаючи:

(а) усвідомлення, розуміння та прийняття емоцій; (б) здатність контролювати поведінку під час переживання негативних емоцій; (с) гнучке використання ситуаційно-відповідних стратегій для модуляції інтенсивності та / або тривалості емоційних реакцій, а не для повного усунення емоцій; і (г) готовність переживати негативні емоції як частину важливих та необхідних життєвих процесів.

Оцінюються бали окремо за субшкалами та загальна сума балів: (1) неприйняття емоційних реакцій (2) труднощі в поведінці, спрямованій на цілі (3) труднощі управління імпульсом (4) відсутність емоційного усвідомлення (5) Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (6) Відсутність емоційної чіткості. Шкала має гарну внутрішню узгодженість, є надійною методикою та дозволяє виявити асоціацію між емоційною дисрегуляцією та симптомами психічних розладів, іншими пов'язаними з емоціями конструктами, а також дозволяє відслідковувати динаміку в ході терапії. Проте при всій користі і інформативності цієї шкали, у неї є істотна незручність – часомісткість (в середньому дослідження тривало 25 хвилин).

Результати дослідження показали, що у 75% дітей/підлітків було зафіксовано підвищені показники за субшкалами: труднощі управління імпульсом, обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій, відсутність емоційної чіткості. 70% батьків/опікунів показали високі показники за субшкалами: неприйняття емоційних реакцій, труднощі управління імпульсом, обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій. Ми відмітили, що саме труднощі управління імпульсом були спільною проблемою для емоційної регуляції усіх поколінь обстежених.

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, G.J. Taylor et al., 1985) була адаптована в НДПНІ ім. Бехтерева (2005) та використовується для визначення рівня алекситимії у дорослих. В адаптованій версії результат 62 бали і нижче вважається нормою, пацієнти, що набрали 63 – 73 бали, відносяться до групи ризику, результат 74 бали і вище – свідчить про наявність алекситимії. Шкала TAS-26 є внутрішньо узгодженою, надійною, валідною та чутливою до лікування. Наявні переклад та адаптація шкали українською мовою.

Шкала застосовувалася до батьків/опікунів та продемонструвала у 80% обстежених наявність алекситимії, а 20% досліджуваних знаходились у групі ризику за рівнем алекситимії. відповідно до Діагностичних критеріїв для психосоматичних досліджень (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research, DCPR) [15] щодо алекситимії, у батьків/опікунів тих дітей/підлітків, які страждають на НА, були присутні наступні характеристики різного ступеню виразності: неможливість/утрудненість використовувати відповідні слова для опису емоцій; схильність до опису деталей замість почуттів (наприклад, обставини події, а не почуття); малофантазійність буденного життя; переважна орієнтація думок на зовнішні події, а не на емоції або фантазування; незнання/недостатня обізнаність щодо загальних соматичних реакцій, супутніх до різноманітних почуттів; спалахи афективної поведінки [16]. Отже, визначені за шкалою DERS труднощі емоційної регуляції у батьків/опікунів були підтверджені результатами обстеження за шкалою TAS-26.

Опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI, George, Kaplan & Main, 1984; DMM-AAI Crittenden & Landini, 2011), також відібраний нами для дослідження, є напівструктурованим інтерв'ю, що складається з 20 запитань та розроблене для вивчення уявлень дитини/підлітка про прихильність дорослих щодо себе (як власне дітей/підлітків щодо актуальної родини, так і ретроспективно батьків/опікунів щодо їх батьківських родин). Досліджуваний мав описати своїх батьків/опікунів та їхні стосунки з ними; описати, як батьки зазвичай реагували на стресові ситуації; описати можливі випадки жорстокого поводження в дитинстві. Оцінка інтерв'ю формувалась на основі характеру розповіді та за змістом за чотирма незалежними підшкалами, а саме:

- надійна прихильність: стосунки з батьками є цінними та впливовими. Розповідь є послідовною і не захисною за своїм характером.

- уникнення: під час інтерв'ю спостерігаються прогалини у пам'яті, мінімізуються негативні аспекти. Дискурс є захисним.
- занепокоєність: розповідь незв'язна, відмічаються гнівні або амбівалентні уявлення про минуле.
- ненадійна прихильність: описують травмуючі події, внаслідок втрати чи абузу.

За результатами дослідження майже у  $\frac{1}{2}$  (47%) досліджуваних було виявлено уявлення про ненадійну прихильність дорослих (як в актуальних родин, так і ретроспективно). Понад 1/3 обстежених (34%) продемонстрували значущість занепокоєння щодо відносин в актуальних або ретроспективно в батьківських родин. Захисний дискурс щодо прихильності (значуща субшкала уникнення) був виявлений у 13% обстежених. Лише 6% обстежених свідчили про надійну прихильність, здебільшого ретроспективно у батьківських родин. Отримані дані потребують подальшої верифікації на більшому контингенті різних вікових категорій.

Текст опитувальника вперше був використаний в україномовному варіанті. В рамках пілотного дослідження було виявлено складність у розумінні обстеженими особами окремих пунктів опитувальника та деякі неточності перекладу. Заплановано подальше дослідження з застосуванням кінцевої адаптованої україномовної версія методики з її додатковою верифікацією на українській популяції.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), застосована в нашому дослідженні, розроблена A.S. Zigmond та R.P. Snaithe, є інструментом діагностики таких емоційних станів, як тривога та депресія, у дорослих. Шкала містить 14 тверджень та дві субшкали: субшкалу Т (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. По кожній субшкалі оцінка проводиться окремо, відповідь на кожне питання оцінюється від 0 до 3. Мінімальний загальний бал по кожній субшкалі складає 0 (норма), максимальний 21 б. (важкий ступінь). Наявні переклад та адаптація шкали українською мовою.

Шкала застосовувалася до батьків/опікунів та виявила клінічно значущий рівень тривоги (11 балів та більше) у 60% досліджуваних. У 20% дорослих осіб були виявлені клінічно значущий показники депресії (11 балів та більше). Отже, наявність у дитини/підлітка НА сполучено з наявністю насамперед проявів тривоги у дорослих членів родини.

Шкала оцінки якості життя (CQLS), що також використана у дослідженні, є самоопитувальником, розробленим О.С. Чабаном та співавторами (2016) для дорослих. Вона містить 10 питань щодо задоволеності різними аспектами життя, кожне з яких слід оцінити за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений). Кількість балів по кожному твердженню сумується та вираховується загальний бал. Мінімально можливий бал – 0 б., максимально можливий – 100 б. Шкала має 5 ступенів задоволеності якістю життя: вкрай низький (0-56 балів), низький (57-66 балів), середній (67-75 балів), високий (76-82 бали), дуже високий (83-100 балів). Має гарну внутрішню узгодженість ( $\alpha = .905$ ), надійність ( $r = .923$ ), конвергентну та дискримінантну валідність.

Шкала застосовувалася до батьків/опікунів: 75% досліджуваних повідомили про низьку якість життя, 20% - про середню якість життя, 5% - про високу якість життя. Отже, наявність у дитини/підлітка НА в 2/3 випадків сполучено з низькою якістю життя дорослих членів родини.

Подальша статистична обробка отриманих даних дисертаційного дослідження проводиться за допомогою метода описової статистики (визначення середнього значення та середньоквадратичного відхилення при нормальному розподілі ознак, медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних та максимальних значень кількісних показників). При оцінці якісних ознак розраховується частота %. Для перевірки нормальності розподілу ознак буде використано критерій Шапіро-Уїлка. Для вивчення зв'язку між явищами буде використано коефіцієнт рангової кореляції

Спірмена. Для вивчення мінливості залежних змінних під впливом психокорекції буде використано дисперсійний аналіз. В усіх випадках порівнянь визначатиметься рівень значущості ( $p$ -рівень), як статистично значуще враховується  $p \leq 0,05$ . При аналізі буде використано статистичний пакет IBM SPSS Statistics Base v.22. В рамках пілотного дослідження розраховувалась лише частота певних ознак у %; інша статистична обробка даних не проводилася, оскільки була обмежена кількість учасників.

## **Висновки**

Результати дослідження, що нами проводиться, дозволяють з достатньою вірогідністю визначити взаємозв'язки між виникненням НА та особливостями сімейного функціонування і психоемоційним статусом батьків або опікунів. Підібраний комплекс методів дослідження підтвердив свою дієвість, що дає можливість поширити його на весь запланований контингент учасників дисертаційного дослідження.

## **Конфлікт інтересів**

Відсутній конфлікт інтересів.

## **Етичні аспекти**

Проведення дослідження схвалено Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (протокол №127 від 02.12.2019).

## **Зв'язок з науковими програмами**

Дослідження виконується в рамках науково-дослідної роботи кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги (діагностика, терапія, реабілітація, профілактика) пацієнтів багатопрофільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі» (реєстраційний №0119U103910).

## **Посилання**

1. Scharner S, Stengel A. Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clin Nutr Exp.* 2019;28:22-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001>
2. 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;5:20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0145-3>
3. Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2020;216(2):97-104. DOI: <https://doi.org/10.119/jp.2019.113>
4. Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):946-71. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
5. Amianto F. Psychopathology of eating disorders according to neurobiology of attachment: An instrument to overcome resistances to treatment? *Acta Psychopathol.* 2015;01(01). DOI: <https://doi.org/10.4172/2469-6676.100001>
6. 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;230(2):294-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
7. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2016;49(4):391-401. DOI:

<https://doi.org/10.1002/eat.22501>

8. Klump KL. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Horm Behav*. 2013;64(2):399-410. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>
9. 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;10:219. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>
10. Savalli C, Mariti C. Would the dog be a person's child or best friend? Revisiting the dog-tutor attachment. *Front Psychol*. 2020;11:576713. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576713>
11. 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;4(1):36. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0141-4>
12. 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;10:305-12. DOI: <https://doi.org/10.2147/prbm.s145463>
13. Blanco M, Sepulveda AR, Lacruz T, et al. Examining maternal psychopathology, family functioning and coping skills in childhood obesity: A case-control study. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(5):359-65. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2527>
14. Sak L, Khaustova O. Emotional dysregulation in patients with anorexia nervosa. *Psychosom Med Gen Pr*. 2019; 4(4):e0404247. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i4.247>
15. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom*. 2017;86(1):13-30. DOI: <https://doi.org/10.1159/000448856>
16. Pyliyagina G, Khaustova O, Maruta N. *Special Medical Psychology*. Chernihiv: Nova Knyha; 2020:496-2.