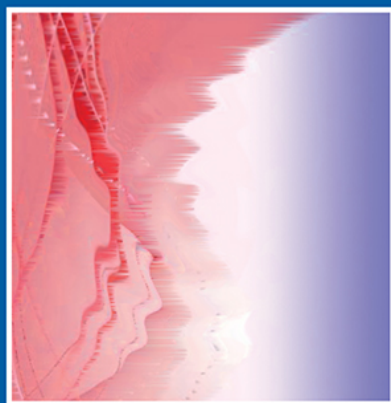


# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

РУКОВОДСТВО ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ



ГЛЕНН УОЛЛЕР,  
ХЕЛЕН КОРДЕРИ,  
ЭММА КОРСТОРФИН,  
ХЕНДРИК ХИНРИХСЕН,  
РЭЙЧЕЛ ЛОУСОН,  
ВИКТОРИЯ МАУНТФОРД,  
КЭТИ РАССЕЛЛ

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ  
ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ  
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**  
РУКОВОДСТВО ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ



# **COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR EATING DISORDERS**

**A COMPREHENSIVE TREATMENT GUIDE**

G. WALLER,  
H. CORDERY,  
E. CORSTORPHINE,  
H. HINRICHSEN,  
R. LAWSON,  
V. MOUNTFORD,  
K. RUSSELL

# **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**РУКОВОДСТВО ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

ГЛЕНН УОЛЛЕР,  
ХЕЛЕН КОРДЕРИ,  
ЭММА КОРСТОРФИН,  
ХЕНДРИК ХИНРИХСЕН,  
РЭЙЧЕЛ ЛОУСОН,  
ВИКТОРИЯ МАУНТФОРД,  
КЭТИ РАССЕЛЛ

Київ  
Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”  
2023

УДК 616.853

У63

Перевод с английского и редакция *Е.М. Савиновой*

Научный консультант *М.Б. Сологуб*

**Уоллер, Г., Кордери, Х., Корсторфин, Э., и др.**

У63 Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения. Руководство по комплексному лечению/Гленн Уоллер, Хелен Кордери, Эмма Корсторфин, и др.; пер. с англ. Е.М. Савиновой. — Киев. : “Науковий Світ”, 2023. — 608 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-550-070-5 (укр.)

ISBN 978-0-521-67248-1 (англ.)

Книга написана как для самих пациентов с расстройствами пищевого поведения (РПП), так и для родственников и медицинских работников (непрофессиональных и профессиональных сиделок), а также для членов мультидисциплинарных команд, которые оказывают уход и предоставляют лечение людям с РПП. Она предназначена для всех, кто хочет использовать когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), чтобы помочь широкому кругу пациентов как с простыми, так и с более сложными случаями РПП и коморбидными состояниями. Оно поможет получить квалификацию, достаточную для оказания поддержки человеку с РПП и помощи в выздоровлении.

УДК 616.853

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Cambridge University Press.

Copyright © 2007 G. Waller, H. Cordery, E. Corstorphine, H. Hinrichsen, R. Lawson, V. Mountford and K. Russell.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition of the *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide* (ISBN 978-0-521-67248-1), published by Cambridge University Press, part of the University of Cambridge.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

ISBN 978-617-550-070-5 (укр.)

ISBN 978-0-521-67248-1 (англ.)

© ООО “Науковий Світ”, перевод, 2023

© 2007 G. Waller, H. Cordery, E. Corstorphine, H. Hinrichsen, R. Lawson, V. Mountford and K. Russell

# Оглавление

Руководство по комплексному лечению	21
<b>Раздел I. Введение</b>	<b>29</b>
Глава 1. Философская и теоретическая основа когнитивно-поведенческой терапии	31
Глава 2. Основные этапы КПТ и формат их проведения	45
Глава 3. Что необходимо сделать терапевту перед началом лечения?	49
<b>Выводы</b>	<b>64</b>
<b>Раздел II. Основные клинические навыки КПТ для использования при расстройствах пищевого поведения</b>	<b>65</b>
Глава 4. Оценка случая	67
Глава 5. Подготовка пациента к лечению	81
Глава 6. Мотивация	85
Глава 7. Справочник по важным вопросам диетологии и питания	119
Глава 8. Формулировка случая	159
Глава 9. Препятствующее терапии поведение	183
Глава 10. Домашние задания	191
Глава 11. Как “выжить”, оставаясь эффективным терапевтом?	199
Глава 12. Составление и соблюдение плана сеанса	211
Глава 13. Психообразование	217
Глава 14. Пищевые дневники	235
Глава 15. Значимость взвешивания при КПТ	247
<b>Выводы</b>	<b>262</b>
<b>Раздел III. Основные навыки КПТ, применяемые при лечении РПП</b>	<b>263</b>
Глава 16. Метод вопросов Сократа	265
Глава 17. Техника “падающая стрела”	269
Глава 18. Когнитивная реструктуризация	275
Глава 19. Расширенное мышление	277
Глава 20. Дневник положительных событий	281
Глава 21. Поведенческие эксперименты	285
<b>Выводы</b>	<b>290</b>

<b>Раздел IV. Решение проблем, связанных с переоценкой питания, фигуры и веса при РПП</b>	<b>291</b>
Глава 22. Переоценка питания, веса и фигуры	293
Глава 23. Образ тела	331
<b>Выводы</b>	<b>350</b>
<b>Раздел V. Что делать, если стандартных методов КПП недостаточно</b>	<b>351</b>
Глава 24. Коморбидность с расстройствами оси I	355
Глава 25. Коморбидность с расстройствами оси II	385
<b>Выводы</b>	<b>409</b>
<b>Раздел VI. КПП для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения и членов их семей</b>	<b>411</b>
Глава 26. Основы КПП для детей и подростков с РПП и членов их семей	413
<b>Выводы</b>	<b>470</b>
<b>Раздел VII. Завершение терапии</b>	<b>471</b>
Глава 27. Как действовать, если КПП оказалась неэффективной	473
Глава 28. Выздоровление	475
Глава 29. Предотвращение рецидивов и завершение лечения	493
<b>Выводы</b>	<b>499</b>
<b>Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения</b>	<b>501</b>
Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью	503
Приложение 2. Психообразовательные материалы	515
Приложение 2А. Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи	517
Приложение 2Б. Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения	529
Приложение 2В. Проблемы, способствующие закреплению РПП	561
Приложение 2Г. Основные факты и принципы питания	573
Приложение 3. Образец пищевого дневника	587
Приложение 4. Рабочий лист для проведения поведенческого эксперимента	589
<b>Список литературы</b>	<b>591</b>

# Содержание

<b>Руководство по комплексному лечению</b>	21
<b>Раздел I. Введение</b>	29
<hr/>	
<b>Глава 1. Философская и теоретическая основа когнитивно-поведенческой терапии</b>	31
1.1. Важность доказательной медицины	31
1.2. Работа с целостной личностью в процессе лечения	32
1.3. Позиция терапевта: любопытный терапевт	33
1.3.1. Подходы для эффективного сотрудничества	34
1.4. Трансдиагностический подход	35
1.4.1. Использование трансдиагностического подхода на практике	36
1.5. Темы для обсуждения в процессе лечения	37
1.5.1. Краткосрочный дискомфорт для достижения долгосрочных целей	37
1.5.2. Пациент — собственный терапевт	39
1.5.3. Континуальное мышление	40
1.5.4. Постановка целей	41
1.6. Ценность формулировки случая	41
1.7. Важность поведенческих экспериментов	42
<b>Глава 2. Основные этапы КПТ и формат их проведения</b>	45
2.1. Основные этапы КПТ при расстройствах пищевого поведения	45
2.2. Продолжительность лечения и когда ожидать изменений	46
2.3. Формат лечения	48
<b>Глава 3. Что необходимо сделать терапевту перед началом лечения?</b>	49
3.1. Медицинская безопасность	49
3.2. Оценка медицинского риска при расстройствах пищевого поведения	50

## **8** Содержание

3.3. Кто в группе медицинского риска?	50
3.4. Оценка высокой степени риска в начале лечения	51
3.4.1. Недавние изменения веса	54
3.4.2. Неинвазивные тесты на мышечную силу: тест “Сесть-встать”	55
3.5. Планирование лечения на основании результатов базовых физических анализов	56
3.6. Оценка хронического риска	57
3.7. Мониторинг риска во время лечения	58
3.7.1. В каких случаях следует прекратить КПТ, поскольку медицинский риск приоритетен	59
3.8. Ценность мультидисциплинарной помощи	59
3.9. Подготовка окружающей среды	62
3.10. Устранение проблем: реалистичные ожидания от КПТ	62

## **Выводы** 64

---

## **Раздел II. Основные клинические навыки КПТ для использования при расстройствах пищевого поведения** 65

---

<b>Глава 4. Оценка случая</b>	67
4.1. Сферы, которые будут охвачены в ходе интервью	67
4.1.1. Демографические сведения	68
4.1.2. Пищевое поведение	68
4.1.3. Измерение роста и веса пациента	70
4.1.4. Психосексуальное функционирование и история болезни	71
4.1.5. Главные когнитивные элементы	72
4.1.6. Диагностика расстройств пищевого поведения	73
4.1.7. Общее состояние здоровья	75
4.1.8. Коморбидное поведение и психологические нарушения	76
4.1.9. Оценка риска	76
4.1.10. История лечения	77
4.1.11. Состав семьи	77
4.1.12. История жизни	77

4.1.13. Мотивация пациента и цели лечения	78
4.1.14. Предпочтения в лечении	78
4.1.15. Дополнительная оценка мыслей, эмоций и поведения	78
4.2. Поиск и устранение проблем на этапе оценки	79
4.2.1. Расширенная оценка	79
4.2.2. Препятствующее терапии поведение	79
4.2.3. Что делать, если пациент отказывается от взвешивания?	79
<b>Глава 5. Подготовка пациента к лечению</b>	<b>81</b>
<b>Глава 6. Мотивация</b>	<b>85</b>
6.1. Контекст для мотивации: понимание пациента и построение отношений	85
6.1.1. Осознавание позиции пациента	85
6.1.2. Позиция врача	87
6.1.3. Вклад терапевта и пациента	88
6.1.4. Стадии изменений	89
6.1.5. Готовность и ресурсы: две составляющие перемен	91
6.2. Оценка мотивации к переменам	92
6.2.1. Анкетирование и интервьюирование	93
6.2.2. Составление списков “за” и “против”	93
6.2.3. “Чудо-вопросы”	95
6.2.4. Мотивация как переменная мишень	100
6.3. Средства и стратегии для повышения мотивации	101
6.3.1. Письма другу или врагу	102
6.3.2. Планы на будущее	102
6.3.3. Письмо самому себе в будущее	104
6.3.4. Преимущества и недостатки перемен	106
6.3.5. Проблемы и цели	108
6.3.6. Создание и использование записей с кратким содержанием сеансов	109
6.4. Устранение проблем: общие проблемы при мотивационном анализе и при повышении мотивации	109
6.4.1. Устранение сомнений в мотивации	109
6.4.2. Плюсы и минусы перемен	110
6.4.3. Отпускаем расстройство пищевого поведения	114
6.4.4. Если пациент не готов к изменениям	116



<b>Глава 7. Справочник по важным вопросам диетологии и питания</b>	119
7.1. Чем служит пища при расстройствах пищевого поведения	119
7.2. Гид по питанию для начинающих: что нужно знать врачам и пациентам	121
7.3. Из чего должен состоять правильный план приема пищи?	123
7.3.1. Приемы пищи	126
7.3.2. Перекусы	129
7.3.3. Продукты, богатые кальцием	131
7.3.4. Фрукты и овощи	132
7.3.5. Традиционные десерты/“еда для удовольствия”	133
7.3.6. Употребление жидкости	133
7.4. Планирование приемов пищи вместо подсчета калорий	136
7.5. Помощь пациентам в улучшении питания: с чего начать	138
7.5.1. Планирование изменений в рационе питания	139
7.6. Лечение пациентов с недостаточным или избыточным весом	141
7.6.1. Контроль набора веса у пациентов с недостаточной массой тела	141
7.6.2. Пациенты с избыточным весом или ожирением	145
7.6.3. Вегетарианство и веганство	148
7.6.4. Витаминные и минеральные добавки	149
7.6.5. Активность	150
7.6.6. Употребление алкоголя	152
7.6.7. Пациенты, нуждающиеся в участии диетолога	154
7.7. Психообразовательные темы для работы с диетологом	155
7.8. Выводы	157
<b>Глава 8. Формулировка случая</b>	159
8.1. Что такое формулировка случая?	159
8.1.1. Зачем нужна индивидуализированная формулировка в КПТ	160
8.2. Как разработать формулировку: общие положения	160
8.2.1. С чего начать: некоторые основные принципы	161
8.2.2. Когнитивно-поведенческие модели для составления формулировки	162
8.2.3. Трансдиагностическая формулировка	162

8.3. Осознавание и формулировка случаев булимии	163
8.3.1. Дисфункциональность системы самооценки	163
8.3.2. Строгие правила в питании и последствия нарушения этих правил	163
8.3.3. Долгосрочные последствия: план питания при переядании и очищении	164
8.3.4. Пищевое поведение, обусловленное эмоциями	164
8.3.5. Как это сделать: основные шаги для формулировки случая	166
8.4. Понимание и формулировка случаев, основанных на чрезмерном ограничении в питании	172
8.4.1. С чего начать формулировку случая, основанного на ограничениях	174
8.4.2. Пример формулировки: диалог с пациенткой с нервной анорексией	174
8.5. Чем сложнее случай пациента, тем важнее формулировка	179
8.6. Проверка точности формулировки	179
8.6.1. Парсимония	180
8.6.2. Следующий шаг — поведенческие эксперименты	181
8.7. Как научиться составлять правильную формулировку случая	181
<b>Глава 9. Препятствующее терапии поведение</b>	<b>183</b>
9.1. Определение причин нарушения терапии: модели препятствующего терапии поведения	184
9.1.1. Основа для понимания лечения: аналогия с рекой	185
9.2. Реакция на препятствующее терапии поведение	186
9.2.1. Использование краткосрочных договоров	187
9.2.2. Пятиминутный сеанс	187
9.3. Особые группы пациентов	189
<b>Глава 10. Домашние задания</b>	<b>191</b>
10.1. Важность выполнения домашних заданий	191
10.1.1. Прослушивание аудиозаписей сеансов в качестве домашнего задания	192
10.2. Общие рекомендации по постановке домашних заданий	193
10.2.1. Обоснование домашнего задания терапевтом	193

10.2.2. Обоснование домашнего задания пациентом	194
10.2.3. Точное определение того, что и как должен делать пациент	194
10.2.4. Обсуждение домашнего задания с пациентом во время сеанса	194
10.2.5. Опасения пациента по поводу выполнения домашнего задания	195
10.2.6. Выводы по выполнению домашнего задания	195
10.3. Что делать при невыполнении домашних заданий?	196

## **Глава 11. Как “выжить”, оставаясь эффективным терапевтом?** 199

11.1. Физические аспекты расстройств пищевого поведения	199
11.1.1. Физические риски при расстройствах пищевого поведения	199
11.1.2. Процесс взвешивания в терапевтических отношениях	200
11.1.3. Вес как предмет обсуждения	201
11.1.4. Спокойное решение проблем, связанных с едой	201
11.2. Характер расстройств пищевого поведения	202
11.2.1. Эгосинтонический характер симптомов	203
11.2.2. Хронический характер симптомов	204
11.2.3. “Особые” пациенты	204
11.2.4. “Манипуляции”	205
11.3. Личностные характеристики пациентов и терапевтов	205
11.3.1. Что привело терапевта к этой работе?	205
11.3.2. Проблемы с восприятием тела у терапевта	206
11.3.3. Неравенство возможностей	206
11.3.4. Отношение пациента к терапевту	207
11.4. Как выжить, оставаясь эффективным терапевтом?	207
11.4.1. Позиция сотрудничества	208
11.4.2. Супервизия	208
11.4.3. Работа в команде	209
11.4.4. Сбалансированная трудовая деятельность	209
11.4.5. Забота врача о себе в случае личных проблем	209
11.4.6. Неожиданно совершить ошибку или подвести пациента	210
11.5. Выводы	210

<b>Глава 12. Составление и соблюдение плана сеанса</b>	211
12.1. Общие пункты плана для всех сеансов КПТ	211
12.1.1. Мониторинг настроения и приема пищи	211
12.1.2. “Обязательные” пункты в плане сеанса	211
12.2. Как составлять план сеанса	212
12.3. Некоторые практические советы по составлению плана сеанса	212
12.3.1. Составляйте план совместно	212
12.3.2. Следите за временем	213
12.3.3. Сохраняйте надлежащую гибкость	213
12.3.4. Решение проблем, возникающих при соблюдении плана сеанса	214
<b>Глава 13. Психобразование</b>	217
13.1. Когда использовать психобразование	219
13.2. Как эффективно использовать психобразование	220
13.3. Интернет — источник психобразования	221
13.4. Основные темы психобразования	221
13.4.1. Психологические последствия голодания	222
13.4.2. Составление “графика энергии”, чтобы пациент понял свои энергетические потребности	224
13.5. Некоторые мифы о еде, которые можно устранить с помощью психобразования	230
13.5.1. Миф 1: эпизоды переедания неконтролируемые и происходят случайно	230
13.5.2. Миф 2: можно научиться контролировать свое питание с помощью ограничений	231
13.5.3. Миф 3: рвота после переедания — эффективная стратегия для предотвращения набора веса	232
13.5.4. Миф 4: прием слабительных — эффективная стратегия для предотвращения набора веса	232
13.5.5. Миф 5: использование слабительных средств на самом деле не опасно для здоровья	233
13.5.6. Миф 6: употребление пищи перед сном приводит к значительному увеличению веса, потому что организм не “сжигает” калории пока человек спит	233

13.5.7. Миф 7: люди толстеют из-за жиров/углеводов, поэтому их нужно избегать	233
13.6. Выводы	234
<b>Глава 14. Пищевые дневники</b>	<b>235</b>
14.1. Обоснование использования дневников	235
14.2. Как выглядит дневник?	237
14.3. Как преодолеть трудности с заполнением дневников	239
14.4. Просмотр дневника вместе с пациентом	241
14.5. Детальный просмотр дневников	242
14.6. Когда следует прекратить использование пищевых дневников	243
14.7. Недостатки пищевых дневников	244
14.8. Выводы	245
<b>Глава 15. Значимость взвешивания при КПТ</b>	<b>247</b>
15.1. Построение графика веса	248
15.2. Процедура взвешивания: пример из практики	250
15.3. Что пациент может узнать из еженедельного взвешивания?	253
15.4. Выдвижение идеи о том, что вес может быть генетически обусловленным	258
15.5. Опровержение убеждения пациента о бесконтрольном увеличении его веса	259
15.6. Роль взвешивания в перспективе	260
<b>Выводы</b>	<b>262</b>
<hr/>	
<b>Раздел III. Основные навыки КПТ, применяемые при лечении РПП</b>	<b>263</b>
<hr/>	
<b>Глава 16. Метод вопросов Сократа</b>	<b>265</b>
16.1. Как применить метод вопросов Сократа	265
<b>Глава 17. Техника “падающая стрела”</b>	<b>269</b>
17.1. Как применить эту технику	270
17.2. Пример из практики: Сара	271
17.3. Поиск и устранение проблем	273

<b>Глава 18. Когнитивная реструктуризация</b>	275
<b>Глава 19. Расширенное мышление</b>	277
19.1. Работа с негативными автоматическими мыслями и базовыми убеждениями: работа над одной идеей	277
19.2. Работа с условными убеждениями: убеждения с двумя идеями	279
<b>Глава 20. Дневник положительных событий</b>	281
20.1. Пример из практики	281
20.2. Поиск и устранение проблем	282
<b>Глава 21. Поведенческие эксперименты</b>	285
21.1. Как разработать эффективные поведенческие эксперименты	286
21.1.1. Эксперименты по проверке гипотез	286
21.1.2. Разведывательные эксперименты	287
21.2. Наблюдательные эксперименты	288
21.3. Опросы	288
<b>Выводы</b>	290
<hr/>	
<b>Раздел IV. Решение проблем, связанных с переоценкой питания, фигуры и веса при РПП</b>	291
<hr/>	
<b>Глава 22. Переоценка питания, веса и фигуры</b>	293
22.1. Когнитивные и поведенческие проявления переоценки еды, фигуры и веса	294
22.2. Формулировка случая с использованием переоцененных убеждений	296
22.3. Предупреждение пациента о важности переоценки: круговая диаграмма самооценки	299
22.4. Когнитивные и поведенческие стратегии лечения для изменения переоценки еды, веса и фигуры	304
22.4.1. Когнитивная реструктуризация	304
22.4.2. Поведенческие эксперименты	313
22.4.3. Метафора “анорексичный гремлин” для облегчения внедрения методов КПТ	328
22.5. Выводы	330

<b>Глава 23. Образ тела</b>	331
23.1. Что такое образ тела?	332
23.2. Цель лечения: принятие, а не удовлетворение	333
23.3. Основа для работы с образом тела	334
23.3.1. Разработка формулировки для понимания образа тела	335
23.4. Психобразование в отношении образа тела	337
23.4.1. Понимание функций тела	338
23.4.2. Роль физиологии	339
23.4.3. Влияние общественного представления о красоте	340
23.5. Лечение искаженного образа тела	340
23.5.1. Когнитивная реструктуризация	341
23.5.2. Поведенческие эксперименты	343
23.5.3. Методы, основанные на экспозиции	345
23.5.4. Воображение и образ тела	347
23.6. Выводы	349
<b>Выводы</b>	350

## **Раздел V. Что делать, если стандартных методов КПТ недостаточно**

---

<b>Глава 24. Коморбидность с расстройствами оси I</b>	355
24.1. Общие принципы	355
24.2. Депрессия и низкая самооценка	356
24.2.1. Оценка	356
24.2.2. Формулировка случая	357
24.2.3. Терапевтические инструменты	358
24.3. Обсессивно-компульсивное расстройство	361
24.3.1. Оценка	362
24.3.2. Формулировка случая	362
24.3.3. Терапевтические инструменты	362
24.4. Социальная тревожность и социальная фобия	366
24.4.1. Оценка	367
24.4.2. Формулировка случая	368
24.4.3. Терапевтические инструменты	369

24.5. Посттравматическое стрессовое расстройство	372
24.5.1. Оценка	372
24.5.2. Формулировка случая	373
24.5.3. Терапевтические инструменты	375
24.6. Импульсивное поведение и мультиимпульсивность	378
24.6.1. Оценка	380
24.6.2. Формулировка случая	381
24.6.3. Терапевтические инструменты	383
<b>Глава 25. Коморбидность с расстройствами оси II</b>	<b>385</b>
25.1. Работа с эмоциональной регуляцией: методы диалектической поведенческой терапии	387
25.2. Работа с убеждениями об эмоциях: когнитивно-эмоционально-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения	389
25.2.1. Происхождение проблем регуляции аффекта	390
25.2.2. Краткое описание КЭПТ РПП	391
25.2.3. Формулировка случая в КЭПТ РПП	391
25.2.4. Терапевтические инструменты	391
25.3. Работа с основными убеждениями: схема-терапия КПТ при расстройствах пищевого поведения	394
25.3.1. Подготовка пациента к схема-терапии КПТ	394
25.3.2. Оценка	395
25.3.3. Формулировка случая в схема-терапии КПТ	396
25.3.4. Терапевтические инструменты	400
25.3.5. Работа над остаточными проблемами РПП и другими видами поведения	407
25.3.6. Предотвращение рецидивов	408
<b>Выводы</b>	<b>409</b>
<hr/>	
<b>Раздел VI. КПТ для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения и членов их семей</b>	<b>411</b>
<hr/>	
<b>Глава 26. Основы КПТ для детей и подростков с РПП и членов их семей</b>	<b>413</b>
26.1. Диагностические категории	414
26.2. Особенности при работе с этой возрастной группой	415



26.2.1. Специфические особенности	416
26.2.2. Специфические особенности при работе с юными пациентами с расстройствами пищевого поведения	420
26.3. Оценка	428
26.3.1. Цель оценки	430
26.3.2. Какая информация вам нужна?	431
26.3.3. Советы о том, как получить необходимую информацию при оценке	432
26.4. Мотивация	433
26.4.1. Техники для повышения мотивации	434
26.5. Формулировка случая	437
26.6. Терапевтические инструменты	441
26.6.1. Повышение мотивации	442
26.6.2. Когнитивно-поведенческие изменения	443
26.6.3. Подготовка к реальному миру	456
26.6.4. Выздоровление и предотвращение рецидивов	458
26.7. Завершение курса терапии	461
26.7.1. Запланированное завершение курса КПТ в заранее оговоренное время	461
26.7.2. Запланированное завершение курса КПТ и последующий переход от службы поддержки детей/подростков к службе поддержки взрослых с расстройствами пищевого поведения	465
26.7.3. Завершение лечения в неоптимальных обстоятельствах	466
<b>Выводы</b>	<b>470</b>

---

## **Раздел VII. Завершение терапии** 471

### **Глава 27. Как действовать, если КПТ оказалась неэффективной** 473

### **Глава 28. Выздоровление** 475

28.1. Определение понятия выздоровления и самого процесса выздоровления	475
28.1.1. Когнитивные факторы: озабоченность питанием, фигурой и весом	477

28.1.2. Эмоциональные факторы	477
28.1.3. Изменение поведения	478
28.1.4. Физические факторы	479
28.1.5. Социальные факторы	480
28.1.6. Достижение целей	480
28.1.7. Объективные средства	481
28.2. Применение термина “выздоровление” для разнообразных случаев	481
28.3. Пересмотр модели стадий изменений	482
28.4. Процесс выздоровления: использование этих моделей в клинических условиях	484
28.5. Проводники перемен	486
28.6. Взгляд пациента на процесс выздоровления	487
28.7. Что не является выздоровлением (включая псевдовыздоровление)	489
28.8. Увеличение веса и ожирение	489
28.9. Заключение врача: определить, когда завершить лечение	491
28.10. Выводы	492
<b>Глава 29. Предотвращение рецидивов и завершение лечения</b>	493
29.1. Решение проблем	494
29.1.1. Пациенты, которые не хотят заканчивать лечение	494
29.1.2. Когда лечение не помогло	495
29.2. Планирование дальнейших изменений	495
29.3. Осознавание, принятие и преодоление рисков	496
29.4. Предотвращение рецидивов	496
29.5. Заключительный сеанс	498
<b>Выводы</b>	499
<b>Заклучение. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения</b>	501
<b>Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью</b>	503

<b>Приложение 2. Психообразовательные материалы</b>	515
<b>Приложение 2А. Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи</b>	517
<b>Приложение 2Б. Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения</b>	529
<b>Приложение 2В. Проблемы, способствующие закреплению РПП</b>	561
<b>Приложение 2Г. Основные факты и принципы питания</b>	573
<b>Приложение 3. Образец пищевого дневника</b>	587
<b>Приложение 4. Рабочий лист для проведения поведенческого эксперимента</b>	589
<b>Список литературы</b>	591

# Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения

## Руководство по комплексному лечению

---

В этой книге описаны методы применения принципов когнитивно-поведенческой терапии при лечении пациентов с широким спектром расстройств пищевого поведения. Они помогут при лечении как пациентов с простыми проблемами, так и пациентов с более сложными состояниями или коморбидными расстройствами. Авторы пособия придерживаются крайне прагматичного взгляда. Книга основана на опубликованных доказательствах, но в ней подчеркивается важность индивидуальной клинической работы, основанной на принципах. В руководстве описаны методики в самом широком клиническом контексте. Их можно использовать для разных возрастных групп и на разных стадиях лечения: от направления к врачу и до выписки. Во всех разделах книги особое внимание уделяется связям между теорией и практикой. Это нужно для того, чтобы подчеркнуть, насколько важно гибко применять навыки в каждом конкретном случае. Чтобы продемонстрировать принципы в действии, авторы описали и проанализировали клинические случаи и примеры диалогов. В конце книги предоставлены полезные информационные материалы и другие терапевтические инструменты для пациентов. Эту книгу обязательно нужно прочитать всем, кто работает с пациентами, страдающими расстройствами пищевого поведения: психологам, психиатрам, медсестрам, эрготерапевтам, консультантам и диетологам.

## Об авторах

**Гленн Уоллер** — клинический психолог-консультант Службы расстройств пищевого поведения Фонда психического здоровья Центрального и Северо-Западного Лондона на Винсент-сквер, а также приглашенный профессор психологии в Институте психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Хелен Кордери** — дипломированный диетолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия и Фонда психического здоровья больницы в Кингстоне.

**Эмма Корсторфин** — главный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона и больницы психического здоровья Святого Георгия, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Хендрик Хинрихсен** — главный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона и больницы психического здоровья Святого Георгия, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Рэйчел Лоусон** — старший клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения Южного острова, Кентерберийского районного совета здравоохранения, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Виктория Маунтфорд** — дипломированный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона и больницы психического здоровья Святого Георгия, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Кэти Расселл** — дипломированный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона и больницы психического здоровья Святого Георгия.

*Посвящается нашим семьям*

# Благодарности

Авторы книги хотели бы поблагодарить целый ряд людей и организаций за вдохновение и поддержку при написании этой книги. Они выражают благодарность:

- своим коллегам из их междисциплинарных команд (особенно Джоан Брантон (Joan Brunton) за ее советы по вопросам медицинских рисков);
- своим работодателям (Фонду психического здоровья Юго-Западного Лондона и больнице психического здоровья Святого Георгия; Фонду психического здоровья Кингстонской больницы; психиатрическому отделению Фонда психического здоровья Центрального и Северо-Западного Лондона);
- стажерам, студентам и ассистентам, с которыми работали;
- терапевтам и исследователям, которые их вдохновляли; а также
- пациентам, которые бросали вызов предубеждениям и поддерживали их работу.

# Предисловие

Эта книга посвящена применению когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при лечении широкого спектра расстройств пищевого поведения (РПП). Пособие ориентировано на клиницистов и больше предназначено для практического применения, чем для комплексного обзора результатов исследований (см. ниже). Книга основана на опыте команды, которая придерживается принципов философии КПТ. Авторы потратили много времени на работу с пациентами, чтобы разработать методы, которые способствуют выздоровлению пациентов. Эти методы сочетают:

- существующие методы КПТ, которые были взяты из обширного списка литературы по КПТ, а также из литературы по расстройствам пищевого поведения;
- клинические рекомендации из различных источников;
- инновационные инструменты, которые были разработаны членами мультидисциплинарных команд авторов.

В этом пособии не была рассмотрена доказательная база о лечении или о патологии, которая лежит в основе заболевания. Существует множество отличных обзоров, которые указывают на то, что КПТ — мощный инструмент в лечении булимических расстройств пищевого поведения [Fairburn & Harrison, 2003; National Institute for Clinical Excellence, 2004]. Они указывают на то, что КПТ не уступает любой другой психологической или фармакологической терапии при нервной булимии и приступообразном переедании. А во многих случаях она выступает самым эффективным вариантом. Однако эти обзоры также указывают на то, что у КПТ есть свои ограничения. Даже если она применяется в соответствии со всеми правилами, многие пациенты не выздоравливают после лечения этим методом. Опыт авторов подсказывает, что существует ключевой набор проблем при использовании КПТ для лечения расстройств пищевого поведения.

- Терапевты часто применяют ее, точно следуя протоколам, и не полагаются на основные когнитивно-поведенческие принципы.



- Большинство таких протоколов были разработаны для пациентов с нервной булимией или приступообразным перееданием. Для лечения нервной анорексии протоколов меньше. А для других атипичных расстройств пищевого поведения (которые составляют наибольшее количество случаев [Fairburn & Harrison, 2003]) — их практически нет.
- В большинстве протоколов не описано, что делать при наличии значительной коморбидности (например, сопутствующих тревожных расстройств или расстройств личности).
- Многие практикующие врачи, которые уверены, что используют КПТ, не делают этого надлежащим образом. В лучшем случае есть врачи, которые используют устаревшие протоколы; в худшем случае — есть терапевты, которые просто называют свой метод КПТ, но не проводят лечение, которое можно характеризовать как когнитивно-поведенческая терапия [Tobin, 2005].

Эта книга предназначена для тех, кто хочет использовать КПТ, чтобы помочь широкому кругу пациентов как с простыми проблемами, так и с более сложными случаями расстройств пищевого поведения и коморбидными состояниями. Нужно признать, что среди пациентов будет немало тех, кто не сможет использовать когнитивно-поведенческие методы лечения. Это происходит часто потому, что у них есть более неотложные потребности в физической стабилизации. Бывают обстоятельства, когда пациент находится в таких условиях, при которых невозможно применение КПТ.

Учитывая разнообразие случаев пациентов, авторы считают невозможным разработать универсальный протокол для лечения пациентов с РПП с помощью КПТ. Поэтому книга больше базируется на основных принципах когнитивного поведения, а не на протоколе лечения. Безусловно, существуют ключевые когниции и модели поведения, на которые следует обратить внимание, и задачи, которые необходимо решить. Некоторые из них нужно рассматривать прежде всего. Тем не менее понимание основных принципов — самый важный инструмент, который терапевт будет иметь в своем арсенале. В этой книге будут описаны конкретные примеры, чтобы проиллюстрировать применение этих принципов на практике. Чаще всего это будут примеры пациентов женского пола. Известно, что среди страдающих РПП гораздо

больше женщин. Однако эта книга основана на опыте работы авторов как с женщинами, так и с мужчинами. Можно применять одни и те же принципы КПТ, независимо от пола пациента. Еще одна особенность, которую следует отметить, состоит в том, что книга, в основном, написана для практикующих специалистов. Это очень важно, поскольку нужно придерживаться принципа, что “терапевт” — это роль, а не личность в КПТ. Чтобы КПТ была действительно успешной, важно передать роль “терапевта” от врача к пациенту по ходу лечения. В противном случае можно заметить, что изменений в состоянии пациента трудно достичь, а достигнутые результаты сложно поддерживать. Следует также отметить, что в книге для описания людей с расстройствами пищевого поведения используется термин “пациенты”, а не “клиенты”. Этот термин используется не из-за приверженности какой-либо конкретной модели, а потому что он отражает язык, который, по словам таких людей, они предпочитают использовать в клинических условиях. Наконец, есть предположения, что большая часть клинической работы на основе этого пособия будет проходить в амбулаторных условиях. Хотя это не означает, что такую КПТ невозможно применять в условиях стационара или дневной программы.

Авторы пособия хотят выразить свою благодарность многим терапевтам, которые вдохновляли их на эту работу. Однако не меньшую помощь им оказали и пациенты. Они помогали авторам, сотрудничали с ними в процессе лечения в качестве собственных терапевтов и упорно работали вместе с врачами над поиском решений.



## Раздел I

# Введение

В этом разделе подробно рассматриваются вопросы, которые необходимо изучить до начала лечения расстройств пищевого поведения с использованием когнитивно-поведенческой терапии. Сначала проанализирована информация о философской и теоретической основе КПТ. Затем предоставлены данные о предполагаемых этапах лечения и форматах, в которых может проводиться когнитивно-поведенческая терапия. И наконец, указано, что необходимо знать терапевту, прежде чем приступить к лечению РПП с использованием когнитивно-поведенческой терапии.



# Философская и теоретическая основа когнитивно-поведенческой терапии

В этой главе описаны основные философские аспекты, которые определяют применение КПТ: использование доказательной базы; фокус на человеке, а не на диагнозе; позиция терапевта; проблемы, которые часто возникают при использовании КПТ; четкая формулировка; основная роль поведенческих экспериментов. Методики, описанные в последующих главах книги, основаны на этой клинической философии.

## 1.1. Важность доказательной медицины

---

Данные клинической практики, основанные на доказательствах, вызывают доверие. Игнорировать соответствующие доказательства — значит отказать пациенту в наилучшем лечении. Однако при таких убеждениях есть две трудности.

Во-первых, доказательная медицина не учитывает особенности пациента, в частности, важность ожиданий пациента относительно эффективности лечения и предпочтений пациента в отношении конкретных терапевтических подходов [*National Institute for Clinical Excellence, 2004*]. Чтобы пациент мог сделать клинически правильный выбор (или понять ограничения выбранного подхода), нужно предоставлять ему информацию о вероятных результатах различных подходов. Иногда пациент отдает предпочтение лечению, которое вряд ли поможет в его случае. Например, при описании подхода будут указаны аспекты, которые помогут понять клиенту, что такой подход в его случае будет малоэффективным или непригодным. Также важно информировать пациента, если ему свойственны особенности, которые мешают изменению мыслей, эмоций или поведения (например, отказ от взвешивания, встреча только раз в месяц). В любом случае, нужно обсуждать ограничения для подходов, которые мешают процессу терапии [*Linehan, 1993*].

Во-вторых, терапия, основанная на доказательствах, требует веских данных о самых лучших методах лечения. А эта доказательная база в настоящее время недостаточна. Хотя существуют доказательства того, что КПТ — наиболее быстрая и эффективная форма психологического воздействия на пациентов с нервной булимией и приступообразным перееданием [Fairburn & Harrison, 2003], но у многих пациентов с этими расстройствами все же не улучшилось состояние при использовании в лечении такого подхода [Wilson, 1999]. Более того, существует немного оснований для применения именно КПТ при нервной анорексии или при других атипичных случаях РПП [Fairburn & Harrison, 2003; National Institute for Clinical Excellence, 2004].

Поэтому, наряду с терапией, основанной на доказательствах, нужно брать во внимание и терапию, генерирующую доказательства. Известно о многих замечательных специалистах, практикующих КПТ, которые проводят инновационную работу, приносящую пользу пациентам, но при этом не имеют веской доказательной базы. Важно, чтобы врачи сообщали о своих результатах для расширения доказательной базы по лечению как простых, так и сложных случаев. Даже обычное выявление и регистрация ключевых клинических переменных (например, когнитивные представления о потере контроля над весом; проверки тела) позволят определить терапевтам, каким образом следует изменить подходы в лечении.

## **1.2. Работа с целостной личностью в процессе лечения**

---

Терапевту нужно придерживаться правильной позиции и, вместо того, чтобы лечить стереотипного “пациента с расстройствами пищевого поведения”, лечить человека с расстройством пищевого поведения. Эта тема отражена во всей книге. Такая точка зрения позволяет терапевту видеть пациента как личность, а не как множество симптомов, которые нужно вписать в модель. Хотя существует ограниченное количество симптомов РПП, но спектр причин, по которым у людей возникают эти симптомы, широк и разнообразен. И необходимо понять эти причины, чтобы дать пациенту возможность измениться. В процессе лечения человека с расстройством пищевого поведения важно стремиться к тому, чтобы пациент перестал замыкаться на своей проблеме или стереотипах, сопровождающих такой диагноз.

### 1.3. Позиция терапевта: любопытный терапевт

---

Джози Геллер, Ким Уильямс и Суйя Шрикеймсваран (Josie Geller, Kim Williams, Suja Srikameswaran) отмечают важность “позиции терапевта” — философии, лежащей в основе подходов к лечению (см. ниже). Такая философия необходима, чтобы принимать решения и осуществлять действия в разных условиях. Таким образом можно донести важность действий не только терапевтам и пациентам, но и окружающим. Терапевт должен иметь четкое представление о тех “необсуждаемых” элементах КПТ, которые должны присутствовать в лечении при использовании этого подхода [Geller, Williams & Srikameswaran, 2001].

Действия врача в терапии должны быть последовательными и согласованными. Этого гораздо легче достичь, если лечение подкреплено четкой философской позицией. Без такой позиции есть риск, что действия в терапии будут непоследовательными и реактивными (и, следовательно, гораздо менее эффективными). Эта позиция должна разделяться всеми врачами, участвующими в лечении пациента, и такой подход требует совместной работы команды. В основе общей философии ухода лежит пациент. Джози Геллер и ее коллеги [Geller, Williams & Srikameswaran, 2001] описывают этот подход как “определение задач”.

Основываясь на этом подходе [Geller, Williams & Srikameswaran, 2001], авторы полагают, что терапевт должен:

- способствовать самопринятию (допускать, что для расстройств есть причина, но также принимать необходимость изменений);
- быть активным, а не пассивным;
- работать совместно с пациентом (позиция основана на предположении, что клиент несет ответственность за изменения);
- быть любопытным и готовым учиться у пациента;
- быть честным и открытым.

При определении своей позиции терапевт должен опираться на подход мотивационного интервью и стремиться:

- быть авторитетным, а не авторитарным, чтобы пациент воспринимал врача как полезный источник информации, методов и стратегий, а не как человека, отдающего приказы или предписывающего изменения поведения или рациона питания;



- избегать критики или конфронтации (например, в отношении импульсивного поведения);
- избегать интеллектуализации (например, участие в дискуссии с пациентом об общей обоснованности норм индекса массы тела отвлекает пациента от его основных проблем);
- избегать споров с пациентом, поскольку это, скорее всего, поляризует врача и пациента, а не способствует сотрудничеству.

Следует представлять эту позицию сотрудничества пациентам и акцентировать внимание на переходе от отношений “а Васька слушает, да ест” к отношениям “одна голова хорошо, а две — лучше” для достижения общих целей.

### 1.3.1. Подходы для эффективного сотрудничества

В этом пособии активно отстаивается истинная мультидисциплинарная работа, при которой пациент находится в центре профессионального и клинического внимания. Считается, что наиболее важно сотрудничество между врачом и пациентом. КПТ действительно эффективна только тогда, когда пациент принимает активную позицию в своем лечении, и это является частью обсуждений лечащего врача с пациентом на ранних этапах.

Терапевт должен мыслить стратегически, чтобы сосредоточиться на помощи пациенту в преодолении симптомов расстройств пищевого поведения, а не втягиваться непосредственно в борьбу (и проигрывать ее) за превосходство на сеансе терапии. Нет никакой пользы в том, чтобы скрывать от пациента этот стратегический подход. Терапевт, который ничего не скрывает, с большей вероятностью заслужит доверие пациента.

Описанный в этой книге подход КПТ включает в себя сотрудничество с разными медицинскими работниками (психологи, диетологи, медсестры, эрготерапевты, обслуживающий медицинский персонал), которые могут внести свой вклад в лечение пациента. Важно также поддерживать связь с другими врачами (например, врачами общей практики) и сиделками, особенно если у пациента есть индивидуальные потребности. Опять же, в соответствии со стратегией сотрудничества, работа с другими врачами и сиделками должна быть скорее авторитетной, чем авторитарной.

## 1.4. Трансдиагностический подход

---

Исторически так сложилось, что расстройства пищевого поведения делили на диагностические формы, причем в начале внимание уделялось нервной анорексии [Russell, 1970], а затем нервной булимии [Russell, 1979]. Еще одна форма, получившая такое внимание, — приступообразное переедание (психогенное переедание), которое классифицируется как одно из атипичных расстройств пищевого поведения, или неуточненных расстройств приема пищи (EDNOS — eating disorders not otherwise specified) [American Psychiatric Association, 1994]. Однако существующие диагностические схемы имеют ограниченную пользу для терапевта. В частности, в последние годы стало ясно, что самой большой отдельной “группой” являются атипичные случаи EDNOS и что со временем симптомы пациентов переходят из одной диагностической группы в другую [Fairburn & Harrison, 2003]. Это означает, что известные лучшие методы лечения не будут эффективными для большинства пациентов, хотя этот вопрос рассматривается в современных исследованиях [Fairburn et al., 2003].

Иногда важно понять, что означают диагностические ярлыки. Было установлено, что наиболее эффективный клинический подход — это сосредоточиться на мыслях, эмоциях и физических ощущениях, которые связаны с ограничительным и булимическим поведением человека. Многие из пациентов имеют обе формы расстройств пищевого поведения, поэтому необходимо изучить их происхождение и взаимодействия.

Чтобы изменить неэффективные диагностические методы, разрабатываются все более сложные диагностические схемы [Norrington & Palmer, 2005]. Однако эти схемы не гарантируют большой точности (например, определение приступа переедания со временем становится все менее дефинитивным). Поэтому был предложен альтернативный подход. В работе Гленна Уоллера было предложено отказаться от диагностики и сосредоточиться на основном когнитивном содержании, которое является общим симптомом для поведения при всех расстройствах пищевого поведения [Waller, 1993]. Такое изменение фокуса привело к разработке моделей, более специфичных для поведения при всех диагнозах РПП [Heatherton & Baumeister, 1991; McManus & Waller, 1995].

Совсем недавно Кристофер Фэйрберн (Christopher G. Fairburn) с коллегами [Fairburn et al., 2003] представили этот подход под названием “трансдиагностическая” модель КППТ расстройств пищевого поведения. Эта модель основана на понимании главной патологии пациентов с широким спектром нарушений пищевого поведения. Она имеет много общих черт с функционально-аналитическим подходом Питера Слейда (Peter Slade) к расстройствам пищевого поведения [Slade, 1982], с похожим акцентом на употреблении пищи для восстановления контроля в контексте низкой самооценки и перфекционизма. Однако в этой модели также присутствует когнитивный компонент, которого не хватало в модели Слейда. Трансдиагностическая модель отличается от предыдущих моделей Фэйрберна [Fairburn, 1997; Fairburn et al., 1999] тем, что в ней рассматриваются некоторые общие предшествующие факторы, которые не являются специфическими для расстройств пищевого поведения (особенно “базовая низкая самооценка”). Она также включает в себя элементы других терапевтических моделей, таких как диалектическая поведенческая терапия [Linehan, 1993] и интерперсональная психотерапия. Подобные разработки приводят к объединению основных моделей терапии [Fairburn, 1997] и моделей, которые учитывают ранние предшествующие факторы нерационального питания [Slade, 1982; Waller et al., in press].

В центре этих трансдиагностических моделей — убеждения, связанные с озабоченностью едой, весом и фигурой (особенно предполагаемые последствия потери контроля над аппетитом и изменением веса). Другие когнитивные, эмоциональные, физические и поведенческие элементы расстройств пищевого поведения оцениваются на основе того, как они приводят к этим убеждениям и поддерживают их.

### **1.4.1. Использование трансдиагностического подхода на практике**

Как было предложено Уоллером и Фэйрберном [Waller, 1993; Fairburn et al., 2003], трансдиагностическая модель лечения приводит к КППТ, которая связывает мысли, эмоции и поведение, независимо от диагноза. Это позволяет гораздо более гибко использовать терапию, направленную на индивидуальные особенности пациента, независимо от формы РПП, которой он страдает. Важно не отвлекаться на диагноз, поскольку многие люди могут соответствовать одним и тем же

диагностическим критериям, но при этом нуждаться в совершенно разных подходах и воздействиях. Поэтому, как и в случае, описанном в работе исследователя Ата Гадери (Ata Ghaderi), нужно стремиться выстраивать формулировку вокруг центральных убеждений (например, “Если я буду есть не в рамках своей обычной, очень строгой диеты, то не смогу остановиться и неизбежно наберу огромный вес”) [*Ghaderi, 2006*]. Крайне важно получить от пациента его выражение этих убеждений и связать их с более широкой формулировкой (глава 8). Опыт авторов книги показывает, что пациенты легко понимают концепцию формулировки, которая не зависит от их диагноза, поскольку многие из них уже не уверены в значимости диагноза. Если не сосредоточиваться на конкретных диагнозах, это помогает пациентам с частичными синдромами, ведь такие пациенты часто сомневаются в том, нужно ли им лечение, поскольку не считают, что у них достаточно серьезная проблема (например, “Но я не так часто переедаю, значит вызывание рвоты — это моя вина”).

## **1.5. Темы для обсуждения в процессе лечения**

---

Размышляя о процессе лечения, полезно запомнить несколько тем для обсуждения. Изучение их позволяет объединить составные этапы лечения. Они действуют как связующие конструкции, которые создают основу для КПТ, обеспечивают контекст для понимания трудностей и предоставляют средства для переориентации лечения.

### **1.5.1. Краткосрочный дискомфорт для достижения долгосрочных целей**

Успешные беседы об изменениях всегда подразумевают терпимое отношение со стороны пациента к краткосрочному дискомфорту для достижения более долгосрочных целей. Такие изменения требуют не только способности выдерживать определенный уровень дистресса, но и способности помнить о долгосрочных целях (глава 6 о мотивации и глава 25 о толерантности к дистрессу). Для пациентов с симптомами расстройств пищевого поведения такая задача по изменениям очень сложная. Они не только должны терпеть краткосрочный дистресс, связанный с выработкой регулярного правильного режима питания

и стабилизацией/набором веса, но и сталкиваться со своими мыслями и чувствами (для того, чтобы начать процесс лечения и успешно проходить терапию). Это те самые аспекты, которых пациенты так старались избежать с помощью своего нарушенного пищевого поведения (глава 8 о формулировке).

Полезно обсудить эту тему в самом начале терапии, чтобы подготовить пациентов к тому, что на ранних этапах лечения может увеличиться количество неэффективных моделей поведения и усилиться дистресс (противоположно тому эффекту, который ожидает большинство пациентов). Также полезно вернуться к этой теме при работе с тревогой, вызванной введением новых задач и стратегий (например, еженедельное взвешивание; включение в план питания продуктов, которых ранее избегали). Обсуждая с пациентом вероятный опыт терапии, авторы используют аналогию “Побережье Южной Америки”. Обычно они представляют ее в начале лечения и обращаются к ней на протяжении всего лечения (можно использовать карту, если человеку сложно представить ее в воображении).

## **Путешествие вдоль побережья Южной Америки**

Это один из способов, с помощью которого можно подумать о процессе лечения и выздоровления от симптомов расстройств пищевого поведения. Часто, когда люди начинают лечение, они думают, что находятся в худшей точке и что ситуация будет улучшаться по прямой линейной схеме.

Однако все происходит не так. Напротив, процесс выздоровления можно сравнить с путешествием вдоль побережья Южной Америки. Часто люди обнаруживают, что вначале ситуация немного ухудшается (это эквивалентно тому, что вы находитесь на юге Чили, а затем спускаетесь к самой южной точке Южной Америки). Этого следовало ожидать, поскольку вы долгое время старались не думать о своих трудностях, а теперь нужно сосредоточиться на своем питании, мыслях и других видах поведения. Кроме того, ваше расстройство пищевого поведения в какой-то мере помогало вам, а теперь вы говорите о том, что нужно избавиться от этого.

После нескольких недель лечения вы начнете замечать положительные изменения (начало путешествия вверх по побережью Аргентины). Однако они не будут идти по прямой линии.

У вас будут успешные и более трудные недели. Это совершенно нормально. Иногда люди на некоторое время останавливаются, а затем продолжают

двигаться вверх. В целом, тенденция будет улучшаться. Иногда внешние факторы, такие как отношения или работа, будут влиять на процесс лечения расстройств пищевого поведения.

Вы, скорее всего, приближаетесь к завершению лечения, если находитесь примерно на полпути в Бразилию. Как можно увидеть на карте, это означает, что ваш прогресс на этом не остановится. Вы продолжите свое выздоровление или поход вдоль береговой линии, дальше выполняя всю работу, которую проделали вместе с терапевтом, например, будете бороться с негативными мыслями и придерживаться плана регулярного правильного питания, и обязательно достигнете верхней точки побережья Южной Америки.

### 1.5.2. Пациент – собственный терапевт

В некотором смысле эта тема больше других похожа на конкретную цель, потому что это то, над чем можно работать и что можно определить. Впрочем, она обсуждается в книге, потому что это центральный постулат, лежащий в основе лечения, повторяющийся на протяжении всего процесса и обеспечивающий его непрерывность.

КПТ, скорее всего, будет эффективной, если врач и пациент будут работать над тем, чтобы пациент стал собственным терапевтом. Эта тема актуальна для большинства стратегий, используемых в КПТ: как для тех, что применяются во время сеанса (например, составление плана сеанса), так и для тех, что применяются вне сеанса (например, домашние задания). Если пациент начнет осознавать ответственность за изменения, то терапия будет успешной. Ведь есть разница между “терапией на протяжении одного часа в неделю” и “терапией на протяжении 168 часов в неделю”. Эта тема также актуальна при обсуждении ограничения лечения по времени, а также при детализации ожидаемого прогресса и процесса восстановления (например, симптомы РПП не обязательно пропадут к концу лечения, поскольку предполагается, что пациенты будут продолжать решать свои проблемы еще долгое время после того, как они перестанут посещать сеансы, закрепляя достигнутые в ходе лечения результаты и улучшая их).

Делегировать ответственность за терапевтическое поведение пациенту — особенно полезно при работе над мотивацией, поскольку это меняет убеждения (или ожидания) пациентов в том, что терапия

может просто “изменить” их. Эта тема относится к тем, которые пациент принимает неохотно, по крайней мере, вначале. Пациент может считать, что ответственность за его состояние и успехи лежит исключительно на врачах. В таком случае полезно вернуться к теме краткосрочного облегчения с долгосрочными последствиями (например, уход от ответственности за изменения — это краткосрочное облегчение, имеющее негативные долгосрочные последствия).

### 1.5.3. Континуальное мышление

Еще одна сложность, лежащая в основе КПТ, — это необходимость отказаться от негибкого, черно-белого мышления. Все мысли, чувства и поведение можно рассматривать как существующие в континууме, отражающие тот факт, что существуют степени интенсивности переживаний. Проблемы возникают тогда, когда интенсивность переживаний слишком сильно смещена в одну из сторон этого континуума. Например, тревожность выполняет важную функцию, предупреждая о проблемах и мотивируя на их решение. Однако она становится бесполезным переживанием, когда становится слишком интенсивной и начинает мешать повседневной жизни.

Противоположностью такой точки зрения является та, при которой опыт воспринимается в черно-белых красках. Например, события либо хорошие, либо плохие, люди либо успешные, либо неудачники. Такой взгляд на вещи по принципу “все или ничего” не допускает ни степеней, ни оттенков при оценивании. Он негибкий и не допускает изменений. Такой взгляд — также не точное представление опыта и, следовательно, будет влиять на жизнедеятельность человека во всех сферах его жизни.

Черно-белое мышление усложняет воздействие факторов риска и реакцию человека на лечение. Поэтому эту тему необходимо обсудить с пациентом в самом начале лечения, чтобы понять ожидания пациента относительно процесса и целей КПТ. Например, цель лечения заключается в медленном переходе от одного состояния к другому, а не в мгновенном переключении между двумя противоположными и противоречивыми состояниями. К этой теме можно также возвращаться на протяжении всего лечения, когда приходится сталкиваться с черно-белым мышлением, чувствами и поведением, чтобы помочь пациенту увидеть преимущества частичных изменений,

а не концентрироваться на неспособности полностью измениться. Восприятие мыслей, чувств и поведения таким образом поможет пациенту стать более гибкими и легче адаптироваться к окружающей среде.

#### **1.5.4. Постановка целей**

У большинства пациентов черно-белый образ мышления влияет на всю их жизнь. Поэтому неудивительно, что они привносят этот способ восприятия мира в свои ожидания от лечения. Многие хотят сразу же перейти от расстройств пищевого поведения к здоровому образу жизни. Важно использовать метод вопросов Сократа, чтобы понять, возможно ли это (или желательно, так как это может привести к возникновению у пациента ощущения, что он не сможет преодолеть рецидив при небольшом срыве). Поэтому нужно подчеркнуть важность краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей, где отдельные шаги всегда достижимы. Следует обратить внимание пациента на то, что в процессе терапии они с терапевтом, скорее всего, будут работать над достижением краткосрочных и среднесрочных целей, поскольку для достижения долгосрочных целей пациенту, вероятно, потребуется несколько лет. Поэтому при изучении краткосрочных и среднесрочных целей, пациенту следует подумать о том, можно ли достичь его долгосрочных целей, не проходя эти промежуточные этапы. Однако, в соответствии с передачей роли терапевта от клинициста к пациенту, нужно подчеркнуть, что пациент должен ежедневно размышлять над этими вопросами. Важно, чтобы пациент рассматривал долгосрочные цели как потенциально нестабильные, поскольку можно менять свое мнение по мере развития (как это делает большинство людей).

### **1.6. Ценность формулировки случая**

---

Формулировка случая необходима, чтобы установить эффективное сотрудничество с пациентом, а также для того, чтобы правильно использовать КПТ. Этот вопрос подробно рассматривается в главе 8. Тем не менее важно четко объяснить пациенту, почему необходимо сосредоточиться на этом элементе КПТ. При обсуждении с пациентом



особенностей его случая нужно обращать внимание на четыре ключевых момента.

Во-первых, он должен рассматриваться как “случай в процессе развития”. Это важно обсуждать для предварительного понимания проблем пациента. Следует подчеркивать, что случай будет корректироваться терапевтом совместно с пациентом в процессе лечения, по мере появления новой информации. Такой подход дает понять пациенту, что это его лечение и что он должен играть активную роль в выздоровлении, а не оставаться пассивным участником, который слушает наставления врача. Во-вторых, формулировка случая позволяет создать рабочий альянс с пациентом, так как пациент увидит какой-то смысл в своем несвязанном поведении. В-третьих, благодаря такому подходу проблема будет выглядеть более решаемой как для пациента, так и для врача. В-четвертых, пациенты часто приходят с коморбидными проблемами, и формулирование случая поможет определить порядок лечения этих проблем. Наконец, особенно важным является то что формулировка случая позволяет определить эффективные методы лечения и помогает терапевту применить общую теорию или модель к конкретному пациенту. Пациенты с расстройствами пищевого поведения имеют множество сложных поведенческих проблем. Хорошая формулировка поможет создать “дорожную карту” для лечения. Возвращение к формулировке на протяжении всего лечения (и ее изменение в случае необходимости) поможет врачу проконтролировать, устранены ли все оставшиеся поддерживающие факторы.

## **1.7. Важность поведенческих экспериментов**

---

В этой книге подчеркивается важность интеграции когнитивных и поведенческих элементов КПТ при лечении расстройств пищевого поведения. Важно утверждение (имеющее веское эмпирическое обоснование), что для расстройств пищевого поведения характерны специфические убеждения относительно еды, веса и фигуры [Fairburn et al., 2003]. Однако прогресс в изменении этих убеждений зависит от поведенческих экспериментов, как было продемонстрировано в других областях психопатологии. Из опыта авторов книги известно, что использование только когнитивной реструктуризации менее эффективно. Поведенческая терапия отдельно от других методов столь же

неэффективна при лечении расстройств пищевого поведения в целом [Fairburn et al., 1995]. Когнитивная терапия (например, когнитивные изменения в отношении риска увеличения веса, основанные на психобразовании и предыдущем опыте) также не будет эффективной, если не поощрять изменения поведения (например, изменение рациона). Следует интегрировать эти два метода таким образом, чтобы изменения поведения использовать для проверки убеждений (например, изменение рациона позволит определить уровень влияния такого изменения на вес). Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения основана на таком типе интеграции. Поэтому использование поведенческих экспериментов для изменения убеждений — ключевая тема этой книги (главы 21 и 22).

Известно, что многие терапевты, занимающиеся КПТ, сосредоточиваются в процессе лечения на когнитивных проблемах для изменения базовых убеждений. Такое смещение фокуса происходит потому, что многие пациенты считают невозможным изменить свое поведение (или выражают готовность измениться, но затем не делают этого). Однако, как было сказано выше, работать только с убеждениями — значит упустить весь потенциал КПТ. Действительно, если переключить внимание на работу в первую очередь с “продуктами процесса познания”, это будет препятствовать изменениям, поскольку поможет пациенту избегать или уходить от требований лечения. В этом руководстве подчеркивается важность поведенческих экспериментов. Если их не использовать для изменения когниций, то такое лечение нельзя называть КПТ.



## **Основные этапы КПТ и формат их проведения**

Терапевт чувствует себя уверенно, когда есть возможность придерживаться протокола, в котором заранее расписаны особенности лечения. Конечно, эффективность такого подхода зависит от того, насколько протокол соответствует конкретному пациенту, с которым работает терапевт. Однако опыт работы авторов руководства с пациентами с расстройствами пищевого поведения показывает, что особенности пациентов более разнообразны, чем протоколы. Это разнообразие проявляется в клинической картине, мотивации, вовлеченности в лечение, межличностных проблемах, коморбидности и во многих других аспектах, поэтому нецелесообразно слишком точно следовать протоколам. В этой книге продемонстрирована необходимость в применении протоколов гибко и разумно.

### **2.1. Основные этапы КПТ при расстройствах пищевого поведения**

---

Хотя для использования в лечении КПТ при расстройствах пищевого поведения есть полезные протоколы, этого часто недостаточно для проведения эффективного лечения конкретному пациенту. Есть основные этапы лечения, но они не имеют четкой последовательности использования. Такие этапы пересекаются, некоторые из них необходимо использовать в разные периоды лечения для разных пациентов (например, работа с импульсивностью), некоторые этапы должны проводиться непрерывно на протяжении всего лечения (например, повышение мотивации). Часто нужно возвращаться к этапу, который уже “завершен” (например, при пересмотре формулировки случая). Проще рассматривать этапы как темы, у которых есть начало, но нет окончания.

Можно выделить следующие главные этапы (в примерно типичном порядке прохождения во время терапии):

- вовлечение пациента и при необходимости членов семьи и сиделок;
- оценка состояния;
- определение методов лечения и его правил;
- комплексная формулировка случая;
- совместное планирование лечения вместе с пациентом;
- усиление мотивации;
- психообразование;
- структурирование рациона питания;
- обращение к центральным мишеням с помощью методов КПТ;
- увеличение/стабилизация веса;
- работа с коморбидностью и другими проблемами;
- что делать, если КПТ неэффективна;
- предупреждение рецидивов;
- завершение лечения.

Эти темы будут обсуждаться далее в этой книге. Известно, что эффективность применения КПТ при расстройствах пищевого поведения зависит от четкой позиции врача, который будет постоянно балансировать между этими этапами, удовлетворяя потребности пациента, не забывая при этом об общих задачах и целях лечения и возвращаясь к ним. Таким образом, если терапевт будет точно следовать перечню главных этапов, описанных выше, он будет чувствовать уверенность, но такая точность не характерна для КПТ при расстройствах пищевого поведения. И результаты, скорее всего, будут менее успешными, чем при гибком применении этапов.

## **2.2. Продолжительность лечения и когда ожидать изменений**

---

Изменения в КПТ настолько индивидуальны, насколько индивидуальны проблемы и трудности, с которыми сталкивается человек. Продолжительность лечения сложно определить. В процессе поощрения пациента стать собственным терапевтом, было определено, что

установленное количество сеансов — полезный инструмент, позволяющий сосредоточить лечение на важности изменений в данный момент, а не в какой-то неопределенный период в будущем. Поэтому следует определить продолжительность лечения на основе оценки и предварительной формулировки и разъяснить это пациенту. В соответствии с рекомендациями разных терапевтов, считается, что 20 сеансов вполне достаточно для большинства случаев, когда у пациента булимия или атипичная булимия. Однако может понадобиться и 40 сеансов, если человеку нужно больше времени для достижения здорового веса. (Если вес пациента настолько мал, что представляет собой прежде всего проблему с питанием и медицинский риск, на таком этапе НЕ используется КПТ.) Если проблема включает в себя значительную коморбидность (например, расстройство личности, мультимпульсивность), то следует по мере необходимости добавить сеансы (обычно 10–20 сеансов), чтобы проработать другие сопутствующие проблемы. Если оказывается, что пациенту не нужен такой длительный период лечения, можно сократить его по мере необходимости.

Нужно стремиться внедрить изменения в поведении на как можно более раннем этапе. Уильям Аграс (William Stewart Agras) с коллегами определили важность сокращения количества эпизодов очищения на ранних этапах лечения — это показатель вероятной эффективности КПТ [Agras et al., 2000]. Установлено, что структурированное питание — ключевой элемент в изменении остальных пищевых привычек, таких как переедание и увеличение/стабилизация веса. В случаях, когда основная цель — преодоление булимической патологии, нужно помочь пациенту получить контроль над большинством булимических моделей поведения в течение первых 10–15 сеансов. Однако другие модели поведения могут занять больше времени. Нужно стремиться к устойчивому снижению количества эпизодов проявления этих моделей поведения после лечения, на этапе последующего наблюдения. Если основная цель — увеличение веса, то этого можно достичь, медленно и непрерывно изменяя вес в течение примерно 30 сеансов. Хотя иногда необходим период стабилизации, чтобы пациент почувствовал уверенность в своей способности остановить увеличение веса, когда он достигнет своей цели. Устранение других поведенческих проблем (например, социальной тревожности) — менее важные задачи на ранних стадиях. Они часто становятся целями, начиная с середины лечения.

Если необходимо сделать перерыв в лечении (в силу жизненных обстоятельств, мотивационных проблем и т.д.), важно договориться об этом заранее. Такие перерывы — возможность проверить убеждения и изменения в поведении (например, “Вы верите, что в перерыве поймете, что научились справляться с жизненными обстоятельствами достаточно хорошо, чтобы не использовать нерациональные пищевые привычки. Я не уверен, что это так. Поэтому я предлагаю выяснить, верна ли ваша точка зрения и стоит ли продолжить поведенческие эксперименты, которые мы проводили до сих пор”).

Нужно сообщить пациенту, что от него не ожидают, что все когнитивные и поведенческие изменения обязательно произойдут в течение курса терапии, поскольку есть множество изменений, которые могут произойти позже. Это является ключевым моментом при обсуждении пациента в роли собственного терапевта, а также при совместном принятии решения о завершении терапии.

### 2.3. Формат лечения

---

КПТ для лечения расстройств пищевого поведения может проводиться в различных форматах и условиях. Большинство доказательств подтверждают эффективность такой терапии при индивидуальном личном контакте терапевта с пациентами с симптомами булимии в амбулаторных условиях. Хотя групповая КПТ также эффективна среди пациентов с такими РПП. Есть данные, что целенаправленная самопомощь (с использованием печатного руководства или в цифровом виде) эффективна в некоторых случаях при нервной булимии и расстройствах переедания.

Существует гораздо меньше данных относительно лечения нервной анорексии и атипичных случаев [Fairburn & Harrison, 2003], и мало данных о применении КПТ в амбулаторных и стационарных условиях. Тем не менее доказано, что КПТ полезна в таких случаях, хотя важно индивидуализировать подход к патологии и к ограничению условий.

# Что необходимо сделать терапевту перед началом лечения?

В этой главе рассмотрена важность подготовки к когнитивно-поведенческой терапии. Следует учитывать характер расстройств пищевого поведения, чтобы обеспечить медицинскую безопасность пациента; создать функциональную мультипрофильную команду поддержки; подготовить окружающую среду; и озвучить реалистичные ожидания от КПТ.

## 3.1. Медицинская безопасность

---

При многих психиатрических заболеваниях есть физические проявления (например, самоповреждения; головокружения, связанные с паническими атаками при тревожных расстройствах). При расстройствах пищевого поведения также сильно нарушается физическое здоровье, а вследствие этого могут возникнуть серьезные медицинские риски. Терапевту необходимо помнить, что среди всех психиатрических заболеваний самая высокая смертность — при расстройствах пищевого поведения. Важно постоянно проводить контроль физического состояния пациента. Контроль — значительная часть его клинической ответственности. Это не означает, что клиницист должен быть экспертом во всех медицинских вопросах, но он должен знать, когда привлечь других, более квалифицированных врачей, для устранения медицинских рисков. Поэтому в этом разделе предоставлены рекомендации о том:

- как проводить мониторинг физического риска;
- когда привлекать врачей для более интенсивного мониторинга состояния здоровья пациентов с повышенным медицинским риском и для согласования плана лечения с целью минимизации риска;
- когда прекращать КПТ, потому что приоритетом стал физический риск.



Однако данный раздел не предназначен для изменения роли терапевта в лечении отдельных пациентов. Терапевтам важно договориться с соответствующими врачами в своей команде, которые помогут решать вопросы, связанные с физическим риском (см. ниже дальнейшее обсуждение темы о том, кто может быть частью этой команды).

## 3.2. Оценка медицинского риска при расстройствах пищевого поведения

---

Читателям следует ознакомиться с документом “Руководство по оценке медицинского риска при расстройствах пищевого поведения”, который был написан командой врачей из больницы Модсли ([https://freedfromed.co.uk/img/guides/Risk\\_Assessment-FREED.pdf](https://freedfromed.co.uk/img/guides/Risk_Assessment-FREED.pdf)). Документ содержит подробные рекомендации по оценке медицинских рисков и является прекрасным инструментом как для врачей, так и для специалистов из немедицинских сфер. Рекомендации в этой книге полностью соответствуют этому протоколу.

При оценке физического риска у людей с расстройствами пищевого поведения следует учитывать следующие факторы:

- медицинский риск (будет обсуждаться ниже);
- психологический риск (например, риск самоубийства);
- психосоциальный риск;
- способность к осознанию и мотивация. Их можно оценить путем наблюдения за тем, как пациент реагирует на лечение. Если у пациента высокий физический риск, но отсутствует понимание этого, то это является признаком того, что пациент не в состоянии снизить риск (например, путем прекращения снижения веса). В таком случае может возникнуть необходимость применить принудительное лечение, чтобы обеспечить пациенту необходимую помощь.

## 3.3. Кто в группе медицинского риска?

---

Все пациенты с симптомами расстройств пищевого поведения в той или иной степени подвержены медицинскому риску. Вес (или индекс

массы тела) — лишь один из показателей этого риска. Например, пациент с индексом массы тела (ИМТ) 15, но худеющий на 1 кг в неделю, скорее всего, подвержен большему риску, чем тот, который на протяжении многих лет поддерживает стабильный ИМТ на уровне 13. Частое использование очищающих средств (рвота, слабительные, диуретики) значительно повышает физический риск, особенно если пациент имеет недостаточный вес. Кроме того, представленные ниже признаки указывают на повышенный медицинский риск, поэтому необходимо тщательно их контролировать:

- чрезмерные физические нагрузки при низком весе (из-за кардиологического риска);
- кровь во рвотных массах (что может быть связано с серьезными разрывами пищевода или желудка);
- недостаточное потребление жидкости в сочетании со скудным питанием, включающим очищение (из-за рисков, связанных с обезвоживанием);
- быстрая потеря веса, особенно если у пациента недостаточный вес (ИМТ < 20) (подробнее см. ниже);
- факторы, нарушающие ритуализированные привычки питания (поскольку пациент вряд ли сможет заменить недостающие продукты, и это приведет к ухудшению физического состояния).

Также важно знать, что и другие нерациональные модели поведения, которые использует пациент, могут повысить медицинский риск и усугубить вышеперечисленные проблемы. Например, чрезмерное потребление алкоголя и употребление уличных наркотиков — две модели такого поведения, повышающего медицинский риск.

### **3.4. Оценка высокой степени риска в начале лечения**

---

До начала лечения важно оценить медицинский риск. Во всех случаях пациенту необходимо посетить семейного врача для проведения приведенных ниже базовых анализов, а их результаты отправить терапевту для изучения и планирования на их основании курса лечения.

<b>Анализ</b>	<b>Обоснование</b>
Мочевина и электролиты	Для оценки электролитного дисбаланса, обезвоживания, функции почек
Функции печени	Для оценки повреждения печени в результате низкого веса и/или злоупотребления алкоголем
Общий анализ крови	Для оценки разрушения костного мозга, вызванного низким весом
Тиреотропный стимулирующий гормон (TSH)	Для исключения патологии щитовидной железы при потере веса (уровень тиреотропного гормона может быть снижен у людей с низким весом или у людей, которые придерживаются очень строгих диет)
Скорость оседания эритроцитов (ESR)	Для исключения физических причин потери веса, таких как инфекция, хроническое воспаление или системные заболевания

Пациенту следует сдать дополнительные анализы кроме этих, если у него низкий вес (ИМТ < 15) или он очень быстро теряет вес (0,5–1,0 кг в неделю или более).

<b>Анализ</b>	<b>Обоснование</b>
ЭКГ	Для оценки влияния на сердце экстремального ограничения в питании (в частности, для выявления изменений в интервале QT и сердечных аритмий)
Пульс и артериальное давление (сидя и стоя — ортостатическая проба)	Для оценки нагрузки на сердечно-сосудистую систему и последствий обезвоживания
Тест “Сесть-встать”	Для оценки проксимальной мышечной слабости и наличия обширной мышечной недостаточности (см. ниже)

---

<b>Анализ</b>	<b>Обоснование</b>
Уровень фосфатов	Для оценки риска рефидинг-синдрома (вследствие возобновления приема пищи), который может вызвать дыхательную или сердечную недостаточность. Это более актуально для пациентов с низким весом (например, ИМТ < 15), пациентов с сопутствующими инфекциями или высоким потреблением алкоголя, а также пациентов, которые длительное время голодают

---

Если пациент с расстройствами пищевого поведения (особенно с приступообразным перееданием) страдает ожирением (ИМТ > 30) или избыточным весом (ИМТ > 28), имеет факторы риска (такие как высокий уровень холестерина/липидов, диабет или снижение толерантности к глюкозе), а также имеет прямых членов семьи, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями или диабетом, то ему необходимо сдать дополнительные анализы.

---

<b>Анализ</b>	<b>Обоснование</b>
Уровень липидов натощак	Для проверки наличия факторов риска ишемической болезни сердца (таких как высокий уровень холестерина и липидов)
Выборочный анализ или анализ уровня глюкозы в крови натощак	Для проверки наличия сахарного диабета (тип 2) или нарушенной толерантности к глюкозе (указывает на вероятность развития диабета)
Артериальное давление	Гипертония (высокое артериальное давление) является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца и инсульта)

---

У пациентов следует спросить, курят ли они, поскольку это также повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Если такие факторы риска выявлены, то пациенту необходимо постоянное наблюдение и, возможно, медикаментозное лечение у терапевта. Если снижение веса — главная цель лечения пациента с расстройством пищевого поведения, терапевту необходимо поддерживать постоянный диалог с семейным врачом о том, что лечение симптомов РПП — это только первый шаг на пути к долгосрочным результатам по снижению массы тела. Следует подчеркнуть, что вес может не снижаться в течение некоторого времени, поскольку известно, что лечение расстройств пищевого поведения как таковое практически не влияет на вес, но делает возможным снижение массы тела (глава 7).

### 3.4.1. Недавние изменения веса

Как указано выше, недавние изменения веса — важный показатель медицинского риска. Продолжающаяся потеря веса на 1,0 кг в неделю или более в течение как минимум трех недель должна вызвать беспокойство, особенно если пациент уже имеет недостаточный вес. Такая скорость потери веса свидетельствует об экстремальном ограничении в еде и указывает на то, что организм, вероятно, разрушает мышцы, чтобы получить необходимую энергию. В таких ситуациях разрушаются не только проксимальные мышцы (т.е. мышцы рук и ног), повреждаются также и такие органы, как сердце. Если у пациента очень низкий вес (ИМТ = 15 или меньше), то снижение веса на 0,5 кг в неделю должно вызвать аналогичное беспокойство, поскольку у организма недостаточно запасов энергии, и быстро наступит критическое состояние, требующее немедленной медицинской помощи. Дети или подростки также нуждаются в более срочном вмешательстве, поскольку их физическое здоровье нарушается гораздо быстрее, чем у взрослых. По этой причине рекомендовано проводить регулярные физические осмотры всех детей и подростков с симптомами расстройств пищевого поведения для оценки и постоянного контроля состояния здоровья.

Если вес продолжает снижаться в течение более чем восьми недель, это указывает на то, что человек продолжает сокращать количество еды в своем рационе и/или стал чрезмерно активен (вместо того, чтобы изначально сократить свой рацион, что и привело к потере веса, но

к которому организм адаптировался, тем самым достигнув стабилизации веса). Это может указывать на то, что пациент потерял контроль над ситуацией и, возможно, не в состоянии самостоятельно вырваться из этой ловушки. Хотя эта ситуация не подвергает человека непосредственному риску, такой пациент нуждается в постоянном физическом контроле и разработке плана на случай ухудшения физического здоровья, особенно если он, скорее всего, не осознает серьезность своего положения или не способен изменить ситуацию.

Пациентам следует предложить самостоятельно или в сотрудничестве с врачом придумать способы предотвращения дальнейшего ухудшения состояния здоровья. Однако, независимо от того, играет ли пациент активную роль в этом планировании или нет, план предотвращения должен быть доведен до его сведения. Это связано с тем, что план предотвращения — сам по себе мотивирующий инструмент. Так пациент видит, что продолжающаяся потеря веса имеет последствия, которых он, возможно, не хочет. А медицинские работники, участвующие в его лечении, относятся к ситуации очень серьезно (представляя последствия как неизбежные, а не как опциональные).

В целом, если вес снижается быстро (0,5–1,0 кг или более в неделю, в зависимости от исходного веса пациента) или если вес продолжает снижаться более восьми недель, то медицинская оценка и планирование лечения являются приоритными в связи с повышенным физическим риском. Это также явный признак того, что КПП не работает, даже если пациент хорошо вовлечен в процесс и сообщает о сильной мотивации к изменениям ситуации. Такие признаки свидетельствуют о том, что КПП необходимо приостановить на время устранения физического риска.

### **3.4.2. Неинвазивные тесты на мышечную силу: тест “Сесть-встать”**

Мышечную силу следует оценивать у пациентов с очень низким весом или у пациентов с недостаточным весом, которые быстро теряют вес (0,5–1,0 кг или более в неделю). Это легко сделать в амбулаторных условиях с помощью теста “Сесть-встать” (sit up, squat, stand (SUSS) test). Этот тест, даже без дополнительных анализов, дает четкое представление о том, находится ли пациент в физической опасности. Но

лучше всего использовать его в сочетании с другими тестами (например, анализом крови, ЭКГ).

- *Встать*. Пациента просят присесть на корточки и затем встать, не используя руки в качестве рычагов или для равновесия, если это вообще возможно.
- *Сесть*. Пациента просят сесть из положения лежа на спине, не используя руки в качестве рычагов, если это вообще возможно.

		Опасение	Тревожный признак
Встать	Не может встать, не используя руки для равновесия	+	
	Не может встать, не используя руки для опоры		+
Сесть	Не может сесть, не используя руки в качестве опоры	+	
	Не может сесть вообще		+

Если пациент получил отметку в графе “Опасение”, то необходимо срочное медицинское обследование, включая более инвазивные и непрерывные физические тесты (например, ЭКГ и общий анализ крови). Однако если пациент получил отметку в графе “Тревожный признак”, нужна немедленная оценка врача (например, в отделении неотложной помощи или палате реанимации), поскольку неспособность сесть или встать с корточек указывает не только на то, что у человека уменьшилась мышечная масса, но и на то, что голодание было настолько сильным, что мышцы перестали работать. Если проксимальные мышцы не работают, то существует большая вероятность того, что другие мышцы (например, сердце и межреберные мышцы вокруг легких) также могут декомпенсироваться, что приведет к высокому и непосредственному клиническому риску.

### 3.5. Планирование лечения на основании результатов базовых физических анализов

Если какой-либо из базовых анализов показал аномальные результаты, то это необходимо обсудить с соответствующим врачом и составить

план постоянного мониторинга во время лечения. Если физический риск считается очень высоким, то, скорее всего, психологические вмешательства (включая КПТ) в настоящее время не подходят. В таких случаях необходим постоянный медицинский контроль (включая госпитализацию в специализированное стационарное отделение по лечению расстройств пищевого поведения или медицинское обследование). Если результаты всех анализов в пределах нормы, все равно важно повторить соответствующие анализы, если пациент постоянно теряет вес, сообщает об увеличении частоты эпизодов очищения или о физическом недомогании, или о любом из состояний, описанных в разделе 3.3.

### 3.6. Оценка хронического риска

Большая часть данного раздела посвящена острому, потенциально опасному для жизни риску, который может присутствовать у людей с расстройствами пищевого поведения. Однако существуют и хронические риски, которые обычно не угрожают жизни, но могут значительно ухудшить качество жизни и физическое здоровье пациентов. Поэтому на них необходимо обратить внимание как врачу, так и пациенту. Они подробно описаны в табл. 3.1.

**Таблица 3.1.** Общие физические факторы риска при расстройствах пищевого поведения

	<b>Остеопороз (хрупкие кости)</b>	<b>Проблемы с зубами</b>	<b>Заболевания, связанные с ожирением</b>
<b>Факторы риска</b>	Низкий вес (ИМТ < 18,5) и аменорея в течение более 2 лет	Рвота в течение 6 и более месяцев Очень высокое потребление фруктов (из- за содержания кислоты)	ИМТ > 30 или ИМТ > 28 плюс факторы риска
<b>Средства мониторинга</b>	Сканирование костей	Регулярные визиты к стоматологу	См. выше



Окончание табл. 3.1.

	<b>Остеопороз (хрупкие кости)</b>	<b>Проблемы с зубами</b>	<b>Заболевания, связанные с ожирением</b>
Лечение	Достижение такой массы тела, при которой менструация происходит естественным образом	Остановить рвоту Избегать чистки зубов сразу после рвоты Если не удастся остановить рвоту, обсудить варианты со стоматологом	Изначально прекратить эпизоды переедания, стабилизировать режим питания, снизить потребление жира и сахара После лечения расстройства пищевого поведения стремиться к медленному снижению массы тела
Противопоказания	Использование бисфосфонатов, так как существует риск для здоровья будущих детей и/или теоретический повышенный риск развития рака	Не выявлено	Не выявлено

### 3.7. Мониторинг риска во время лечения

Большая часть информации, рассмотренной выше, пригодится в процессе терапии. На самом деле, в таких ситуациях терапевту гораздо легче оценить риск, поскольку он располагает достоверной информацией о недавних изменениях веса и лучше понимает, насколько пациент способен осознавать или вносить изменения в поведение. Важно иметь планы на случай ухудшения физического состояния пациента.

### **3.7.1. В каких случаях следует прекратить КПТ, поскольку медицинский риск приоритетен**

В процессе проведения КПТ пациентам предоставляется возможность изменить как поведение, так и когнитивные установки, чтобы улучшить свою жизнь. Например, если вес продолжает снижаться, то важно признать, что терапия не помогает пациенту осуществить эти изменения. Возможно, это очевидно только в записях. Иногда пациент настолько увлечен и выглядит настолько мотивированным, что терапевт и пациент могут не заметить продолжающееся снижение веса или другие факторы, повышающие физический риск. Именно поэтому наблюдение и обсуждение с другими членами команды — жизненно важно.

Если медицинское состояние пациента продолжает ухудшаться, несмотря на все усилия терапевта и медицинских работников по предотвращению этого (например, привлечение диетолога для увеличения потребления пищи, чтобы остановить потерю веса), то врачу необходимо признать, что психологическое воздействие не помогает. Нужно подобрать пациенту более подходящий вариант терапии. Такое лечение может включать в себя пребывание в стационаре (в специализированном учреждении по лечению расстройств пищевого поведения или в любом медицинском стационаре).

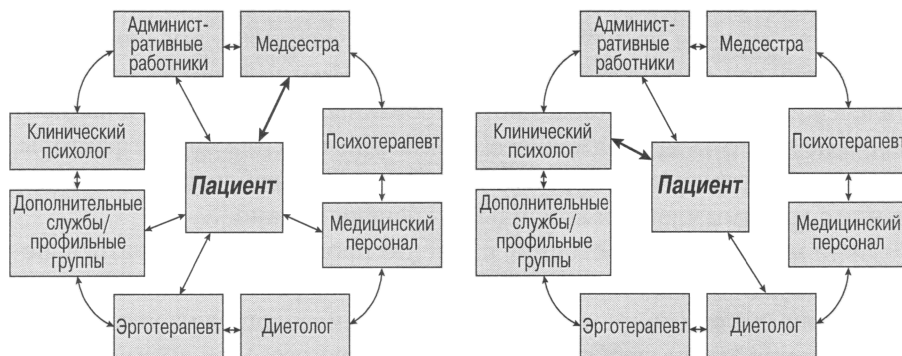
Терапевт может использовать краткосрочные методы воздействия для “удержания результатов”, особенно если он единственный специалист, который регулярно встречается с пациентом. Но такой подход можно использовать только ограниченный период времени и нельзя применять, если здоровье и жизнь пациента находятся в непосредственной опасности. Нет точных рекомендаций, как определить клинические критерии для принятия такого решения, поскольку каждый пациент должен оцениваться индивидуально, но в целом, если ИМТ опускается ниже 14, то медицинская помощь и консолидация — в приоритете.

## **3.8. Ценность мультидисциплинарной помощи**

---

Наиболее вероятно, что КПТ будет эффективной, если все, кто вовлечен в лечение пациента, будут действовать сообща. Лечащая команда может состоять из двух-трех человек (например, терапевт, семейный врач и диетолог), а может быть целой мультипрофильной командой с дополнительным привлечением местной общественной группы психического

здоровья и семейного врача. Следует использовать модель “ступица, спицы и обод” (рис. 3.1), чтобы направить мышление на совместную работу и обеспечить эффективную коммуникацию между участниками процесса лечения.



**Рис. 3.1.** Примеры модели мультидисциплинарной помощи “ступица, спицы и обод” (толстые стрелки указывают на главные клинические связи).

Слева — случай с большей потребностью в мультидисциплинарной помощи

В этой модели все участники могут вносить свой вклад в уход за отдельным пациентом, но они общаются на протяжении всего процесса (а не действуют независимо друг от друга), чтобы обеспечить полный спектр услуг для конкретного пациента. Цель состоит в том, чтобы определить минимальный уровень участия, необходимый для удовлетворения потребностей пациента (чтобы уменьшить потенциальную путаницу, вызванную участием слишком большого количества врачей). В этой модели пациент находится в центре — “ступица”, а “спицы” связывают его с теми людьми, которые активно работают с ним. Толстая стрелка указывает на человека, который имеет наибольший контакт с пациентом (например, семейный врач в простом случае, который лечится амбулаторно). “Обод” указывает на связи между участниками процесса лечения. Хотя некоторые врачи могут не принимать активного участия в лечении пациента, стрелки показывают, что они могут быть полезны в качестве средства поддержки и совета для терапевта.

Доказано, что КПТ будет более эффективной, если брать во внимание различные точки зрения, которые могут предложить другие. Коллеги-медики с различными профессиональными, теоретическими знаниями и опытом помогают терапевту мыслить “нестандартно” при работе со

сложными пациентами. Их взгляды могут охватить те аспекты лечения, в которых специалист по КППТ имеет меньше опыта (например, медицинские последствия поведения, обеспечение пациента дополнительными возможностями, чтобы он мог посещать лечение). Они также могут проконтролировать то, чтобы все элементы риска были охвачены.

Учитывая сложность многих случаев, важно принимать клинические решения всей командой. Поэтому мультипрофильной команда — несомненное преимущество. Во-первых, другие члены команды позволяют терапевту сделать шаг назад и подумать о том, чем обоснованы эти решения. Например, некоторым пациентам могут быть полезны другие виды терапии, такие как психодинамические вмешательства или подход, при котором пациент не мотивирован на изменения, но готов работать с врачом, чтобы оставаться в безопасности. Во-вторых, команда может поддержать отдельного врача в принятии сложных решений. Например, со стороны пациента, его семьи и других медицинских работников может быть давление, чтобы отказаться от некоторых аспектов лечения для привлечения пациента (например, от такого важного для выполнения условия, как еженедельное взвешивание). Другие члены команды при таком давлении могут поддержать клиническое решение терапевта. Они могут напомнить причины, по которым необходимо соблюдать правила, или смогут увидеть альтернативные способы решения подобных проблем.

При планировании лечения следует обсудить с другими специалистами возможность воспользоваться их опытом при лечении конкретного пациента. Некоторые группы пациентов требуют более специфического воздействия, чем может обеспечить терапевт (например, беременные пациентки, пациенты с осложнениями состояния здоровья, такими как диабет). Пациенту нужен постоянный врач-наставник. Для пациента важно установить связь с врачом до начала лечения. Сложным пациентам нужен хороший план лечения, который следует разработать еще до начала КППТ с помощью местных служб общего психического здоровья. Такая помощь снизит риск того, что другие факторы снизят эффективность КППТ. Например, быстрый доступ к специалисту по психическому здоровью общего профиля поможет пациенту быть спокойным. Он будет знать, что кризисные ситуации (например, появление суицидальных мыслей) можно решить независимо от обстоятельств и плана.

Междисциплинарная работа очень важна для обеспечения самого эффективного лечения пациента. Также важно, чтобы все вовлеченные

специалисты имели одинаковую точку зрения на аспекты лечения пациента. Если существуют различия во мнениях, то они не должны влиять на совместную работу членов команды с пациентом. Чтобы обеспечить это, все, кто участвует в уходе за пациентом, должны обсуждать возникшие вопросы до того, как они повлияют на пациента.

### **3.9. Подготовка окружающей среды**

---

Для применения КПТ при лечении пациентов, страдающих расстройствами пищевого поведения, важно, чтобы помимо широкого набора навыков КПТ, представленных в этой книге, для пациента были созданы необходимые условия окружающей среды. Необходимо обеспечить наличие следующих ресурсов:

- достаточно тихая комната;
- доступ к набору высокоточных весов (калибруются каждые шесть месяцев) с высоким верхним пределом (до 200 кг) в отдельном помещении;
- доступ к стадиометру (измеритель роста);
- белая доска, ручки и ластик (например, для составления энергетических графиков, формул, списков “за” и “против”);
- магнитофон и хороший всенаправленный микрофон (для записи сеансов);
- много бумаги (для врача и пациента);
- пищевые дневники (см. последующие главы);
- психообразовательные материалы, особенно о продуктах питания и влиянии нерациональных пищевых привычек и связанных с ними моделей поведения (глава 13);
- салфетки.

Полезно также иметь доступ к видеозаписывающему оборудованию.

### **3.10. Устранение проблем: реалистичные ожидания от КПТ**

---

Значительное число пациентов не принимают участие в лечении [Coker et al., 1993] или бросают терапию [McKisack & Waller, 1997;

*Mitchell, 1991; Waller, 1997*]. Однако из тех пациентов, которые остаются в терапии, многие плохо выполняют задания по программе лечения (например, домашние задания, поведенческие эксперименты, когнитивное реструктурирование). Такие пациенты — часть тех пациентов, которые не получают пользы от КПТ [*Fairburn & Harrison, 2003*]. Есть информация, что часто не получают пользы от КПТ, пациенты, которые:

- имеют значительные коморбидные состояния (расстройства как оси I, так и оси II);
- участвуют в ряде импульсивных форм поведения;
- имеют в анамнезе травмы и диссоциативные состояния;
- амбивалентно относятся к тому, чтобы избавиться от своего расстройства пищевого поведения;
- чувствуют, что их подталкивают к лечению.

Однако есть и исключения. Некоторые из таких пациентов показывают очень хорошие результаты. Эти особенности требуют значительного внимания к вопросам мотивации (глава 6), к препятствующему терапии поведению (глава 9) и к коморбидности (главы 24 и 25). Важно учитывать уровень уверенности пациента в возможности изменений, в позицию врача и его действия (главы 1 и 6). Важно, чтобы врач поощрял пациента и позволял ему сосредоточиться на пищевом поведении.

Следует рассмотреть возможность прекратить лечение, если эти факторы не поддаются изменению, или сделать выводы о том, что КПТ не является подходящей терапией для данного пациента в данный момент. Если пациент в настоящее время вообще не готов к активному лечению, то можно рассмотреть перспективу долгосрочной мотивационной работы (при обеспечении физической безопасности). В качестве альтернативы для конкретного пациента более подходящими могут быть другие способы лечения [*Fairburn et al., 1995; Murphy et al., 2005*]. Не существует способов, которые позволяли бы сразу подобрать для пациента подходящий метод лечения. Однако пациенты, у которых в жизни был опыт переживания разлуки и потери, получают больше пользы от терапии с сильной межличностной основой.

# Выводы

В этом разделе были описаны аспекты, которые следует учесть, прежде чем приступить к применению КПТ при расстройствах пищевого поведения. К таким аспектам относятся: понимание практических и философских основ КПТ, а также организация мультипрофильной поддержки и создание плана, — их необходимо обеспечить еще до непосредственного начала лечения пациента. В следующих разделах описывается применение КПТ для лечения больных с РПП. Хотя информацию, изложенную в этом разделе, следует использовать на протяжении всего лечения.

# Основные клинические навыки КПТ для использования при расстройствах пищевого поведения

В этом разделе описаны навыки, которые необходимы для преодоления симптомов расстройств пищевого поведения.

К ним относятся:

- оценка;
- мотивация;
- применение диетических и пищевых знаний;
- формулировка случая;
- работа с препятствующим терапии поведением;
- планирование домашних заданий;
- работа со стрессом, присущим пациентам в таких случаях.

Также рассмотрены навыки, которые более специфичны для КПТ при лечении расстройств пищевого поведения, включая:

- составление плана сеанса;
- психообразование;
- ведение дневника;
- взвешивание пациента (как пример определения и фокусировки на ключевой поведенческой мишени и клиническом результате);
- работа с терапевтическими отношениями.

Эти навыки необходимы для преодоления симптомов РПП, независимо от того, используется КПТ или нет. Действительно, многие из таких навыков необходимы при любых психологических вмешательствах для лечения любых расстройств. В данной книге эти навыки представлены в рамках КПТ при расстройствах пищевого поведения, чтобы проиллюстрировать, как их можно гибко применять к разным пациентам.





## Оценка случая

Правильная оценка случая — ключевой момент любой КПТ. Она должна быть многогранной, основанной на существующей доказательной базе и информации, которую пациент предоставляет на сеансе.

При оценке важно учитывать более широкую картину, чтобы решить, являются ли проблемы с питанием основными или необходимо решить другие вопросы, прежде чем помогать пациенту изменить связанные с питанием убеждения и поведение. Необходимо также подчеркнуть, что при оценке следует обращать внимание не только на содержание, но и на процесс, поскольку многое можно узнать из того, как пациент представляет себя и взаимодействует во время сеанса. Важно учитывать и признавать чувства пациентов по поводу своего лечения, а также определить, была ли это их идея и что они надеются получить от этого опыта.

Для оценки было разработано полуструктурированное интервью (приложение 1), которое обычно дополняет ряд анкет для самоконтроля. Оценка случая включает: сбор достаточной информации, чтобы установить, есть ли у пациента нарушения пищевого поведения (определяется либо с точки зрения диагноза, либо с точки зрения поведения и убеждений, которые проявляются в значительном дистрессе); определение сопутствующих видов поведения и расстройств, присутствующих у пациента (если таковые имеются); оценку риска (физического и психологического); уровень мотивации пациента к переменам. Наконец, важно стремиться собрать достаточно информации (например, история болезни, состав семьи), чтобы создать предварительную формулировку случая вместе с пациентом и определить начальные этапы лечения.

### **4.1. Сферы, которые будут охвачены в ходе интервью**

---

Приложение 1 содержит протокол полуструктурированного интервью, который нужно использовать для оценки симптомов расстройств пищевого поведения пациента и связанных с ними особенностей. Оно

было разработано (и со временем пересмотрено и дополнено) в ходе обсуждения в большой амбулаторной междисциплинарной команде. Это интервью охватывает аспекты, которые считаются ключевыми для принятия решения о целесообразности применения КПТ для пациента. Можно не придерживаться строгого порядка рассмотрения этих аспектов, при условии, что все темы будут охвачены. На эту оценку нужно выделить около 90 минут.

#### **4.1.1. Демографические сведения**

Терапевту необходимо попросить пациентов уточнить, как они предпочитают, чтобы их называли. Пусть также назовут свой возраст. Следует спросить о текущем и прошлом статусе работы или образования, так как эта информация позволит увидеть, какое влияние оказало расстройство пищевого поведения на уровень функционирования.

#### **4.1.2. Пищевое поведение**

Собранная здесь информация — предварительная и будет уточняться с помощью пищевого дневника по мере прохождения терапии. В этом разделе отмечаются прошлые и текущие модели поведения, чтобы определить изменения и стабильные паттерны. У пациента нужно узнать следующее.

- Что он ест в обычный день и в разное время суток, чтобы понять характер питания (например, является ли оно ограничительным, хаотичным, подчиняется ли правилам, связанным со временем, и т.д.).
- Потребление жидкости, поскольку пациент может подвергать себя риску возникновения проблем с физическим здоровьем, связанных с обезвоживанием (особенно в случае частой рвоты и употребления слабительных/мочегонных) или чрезмерным потреблением жидкости.
- Есть ли продукты, которых пациент специально избегает, и причины такого избегания. Пациент может заявить, что у него есть специфическая пищевая аллергия или непереносимость, хотя достоверность этого трудно установить до тех пор, пока расстройство пищевого поведения не будет устранено.

- Ритуалы, связанные с едой, и причины такого поведения. Ритуалы могут включать в себя прием пищи в определенном порядке или постоянное употребление определенного количества или сочетания продуктов. Эти вопросы помогут выяснить, обусловлен ли ритуал компульсивным поведением (вера в то, что произойдет что-то негативное, если пациент не будет потреблять пищу таким образом) или убеждениями, которые могут потребовать коррекции психообразованием (например, нерациональные убеждения о том, что пища будет выходить из организма в порядке, обратном тому, в котором она была потреблена).

Если есть какие-либо признаки переедания, рвоты и других видов компенсаторного поведения, у пациента необходимо уточнить следующее.

- Частоту эпизодов переедания в течение недели.
- Виды пищи, которые преобладают во время эпизода.
- Количество пищи, съеденной во время эпизодов переедания, чтобы выяснить, являются ли приступы объективными (большое количество пищи) или субъективными (небольшое или нормальное количество). Пациентов также спрашивают, возникает ли у них ощущение потери контроля во время приступов.
- Частоту рвоты, связана ли она с перееданием и существуют ли какие-либо правила, связанные со рвотой (например, рвота должна быть до появления желчи).
- Триггеры, вызывающие поведение, связанное с перееданием и очищением (чтобы понять, какую функцию выполняет поведение, например, эмоциональная регуляция или реакция на голод).
- Использование слабительных, мочегонных средств и таблеток для похудения (включая тип и дозу).
- Сколько пациент занимается спортом и какие упражнения выполняет. Необходимо установить разницу между здоровой физической нагрузкой и чрезмерной физической нагрузкой, хотя не существует четких рекомендаций по этому поводу. (Чрезмерная физическая нагрузка — четыре или более часов в неделю с целью снижения веса.) Пациента спрашивают, есть ли в выполнении упражнений компульсивный элемент (например, есть ли жесткое

количество приседаний, которые необходимо выполнить?). Упражнение навязчивое, когда пациент считает, что может произойти что-то плохое (не связанное с весом или фигурой), если он не выполнит точное количество упражнений.

- Любое другое поведение, связанное с очищением (например, пережевывание и выплевывание пищи).

### 4.1.3. Измерение роста и веса пациента

Точное измерение веса и роста необходимо для определения индекса массы тела пациента ( $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)}/\text{рост (м)}^2$ ). Некоторые пациенты не хотят взвешиваться, поэтому нужно объяснить им, что взвешивание и измерение роста — обязательное условие оценки (см. ниже).

Важно объяснить пациенту, что лечение невозможно, если врач не уверен в физической безопасности, и что для проведения КПТ необходимо знать вес. Используйте предоставленные ниже рекомендации для обеспечения точного и последовательного измерения веса и роста.

#### Рост

Убедитесь, что:

- пациент снял обувь и верхнюю одежду;
- пациент стоит под ростомером;
- пятки вместе;
- руки расслаблены и вытянуты по бокам;
- ноги прямые;
- плечи расслаблены;
- взгляд направлен прямо вперед.
- голова, ягодицы, лопатки и пятки прижаты к ростомеру;
- на голове нет ничего лишнего (например, прическа — конский хвост);
- пациент глубоко вдыхает (диафрагмой) и задерживает дыхание во время измерения;
- рост необходимо отмечать прямо (не чуть выше/чуть ниже);
- необходимо фиксировать рост с точностью до 0,5 см.

## Вес

Иногда пациент манипулирует весом (например, выпивает много воды, одевает тяжелую одежду). Такие манипуляции часто можно выявить путем сравнения веса во время сеансов и с помощью результатов анализа крови. Также можно отмечать изменения или стабильность веса, которые не соответствуют заявленному рациону питания. Поэтому данные рекомендации касаются *точного* измерения веса, а не подразумевают *приблизительное* измерение:

- каждый раз используйте одни и те же весы;
- убедитесь, что весы каждый раз установлены на ноле;
- убедитесь, что весы регулярно калибруются на точность (и что пациент до первого взвешивания осведомлен об этой точности);
- пациент должен опорожнить мочевой пузырь перед взвешиванием;
- попросите снять обувь и взвешивайте его в легкой одежде (как указано выше);
- записывайте вес с точностью до 0,1 кг.

Не менее важно выяснить, что происходило с весом пациента в течение последних 8–12 недель. Если пациент теряет более 1 кг в неделю, его здоровье может быть серьезно подорвано. Получить точные данные о предыдущем весе иногда очень сложно, так как многие специалисты не взвешивают пациентов. Были случаи, когда семейный врач полагался на самоотчет пациента о своем весе, который часто очень неточный (особенно если пациент имеет избыточный или недостаточный вес). Наконец, пациента нужно спросить о его идеальном весе (чтобы составить представление о том, к чему пациент может стремиться и какова степень его мотивации), а также о том, каким был самый низкий и самый высокий вес в зрелом возрасте.

### 4.1.4. Психосексуальное функционирование и история болезни

Пациентку спрашивают о текущей и прошлой менструальной функции (текущая частота и характер менструаций) и о факторах, которые могут изменить работу этой функции (контрацепция, поликистоз яичников, беременность, грудное вскармливание или менопауза). Нужно

расспросить пациентку о продолжительности менструации и ощущениях на начало менструации. Отсутствие менструального цикла связано с изменениями веса. Нужно узнать о беременности или прерывании беременности/выкидыше в прошлом. Важно спросить об истории сексуальных отношений, чтобы определить, следовали ли они типичному пути развития.

## **4.1.5. Главные когнитивные элементы**

### **4.1.5.1. Концепция тела/неудовлетворенность**

Пациентов спрашивают, как они относятся к своему телу (нравится/не нравится) и отличаются ли их чувства относительно разных частей тела. На этом этапе необходимо спросить о методах оценки тела (например, проверяют ли пациенты свои части тела, собирая складки кожи или измеряя определенные области).

### **4.1.5.2. Восприятие тела**

Нужно оценить нарушения восприятия тела с помощью нескольких методов, в зависимости от обстоятельств. Можно просто спросить пациентов, как они видят себя, глядя в зеркало, и согласны ли другие люди с тем, что они видят. Мы можем обратить внимание пациентов на индекс массы тела и на то, соответствует ли он их представлениям о теле относительно представлений других людей (например, “Цифры показывают, что ваш вес ниже нормального веса для вашего роста. Совпадает ли это с тем, что вы видите, когда смотрите в зеркало? Другие люди соглашались с вами, когда вы говорите, что у вас лишний вес? Когда они несогласны, стараетесь ли вы избегать обсуждения этой темы? Как это влияет на вашу способность получить сбалансированную точку зрения?”).

Наконец, если пациент может выдержать прямой вопрос такого рода, нарушение восприятия тела можно выяснить, попросив пациента выполнить упражнение совместно с врачом. (Это упражнение может быть менее подходящим, если пациент испытывает беспокойство по поводу физической близости/угрозы, так как оно подразумевает близкий контакт с врачом. Особую осторожность следует проявлять, когда врач и пациент разного пола. Рекомендуется использовать штангенциркуль, особенно если пациент и врач разного пола.) Нужно, чтобы пациент вытянул руки прямо перед собой (ладони расположены вертикально,

большие пальцы направлены вверх). Затем пациента просят оценить, насколько широка его талия, перемещая руки внутрь или наружу до соответствующей точки. Пациенту предлагают посмотреть на свою талию, чтобы сделать эту оценку. Врач демонстрирует пациенту это упражнение. Затем встает перед пациентом, зеркально отражая оценку размера, которую пациент сделал своими руками (или штангенциркулем, если есть). Пациента просят оценить свою уверенность в оценке (например, “Если бы у вас было 100 фунтов стерлингов, чтобы поставить на то, что вы будете точны, сколько бы вы поставили на то, что ваша талия будет как минимум такого размера?”). Затем пациента просят пройти в промежуток, образованный руками врача, и проверить точность своей оценки. Расхождение может быть неприятным для пациента, если он долгое время избегал любого опыта, который мог бы подтвердить (или опровергнуть) его убеждение о том, насколько его талия велика. Затем пациента просят рассмотреть причины, по которым оценка оказалась столь далекой, и подумать о том, как ошибочное восприятие может действовать на поддержание убеждений (например, пациент избегает социальных ситуаций, в которых могут похвалить его внешность или выразить беспокойство по поводу того, насколько худым он стал).

#### **4.1.5.3. Страх ожирения и набора веса**

Озабоченность такими идеями можно обнаружить, если напрямую спросить пациента, как бы он себя чувствовал, если бы набрал небольшое количество веса (например, 1 кг), и как бы он отреагировал, если бы это произошло (например, ограничение, очищение).

#### **4.1.6. Диагностика расстройств пищевого поведения**

Диагностика расстройств пищевого поведения имеет ограниченную клиническую ценность [Fairburn et al., 2003]. Можно использовать имеющуюся информацию для постановки диагноза по *Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам, IV издание (DSM-IV)*. Критерии для нервной анорексии, нервной булимии и атипичных случаев (расстройство пищевого поведения, без дополнительных указаний) приведены в табл. 4.1–4.3. Следует подчеркнуть, что качество диагностики во многом зависит от качества полученной информации. Диагноз, поставленный при обследовании, — не окончательный [Fairburn & Harrison, 2003].



**Таблица 4.1.** Критерии определения нервной анорексии по DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994]

---

1. Отказ поддерживать вес тела на уровне или выше минимально нормального веса для возраста и роста (например, потеря веса, приводящая к поддержанию веса тела менее 85% от ожидаемого; или отсутствие ожидаемой прибавки веса в период роста, приводящее к весу тела менее 85% от ожидаемого).
2. Сильный страх набрать вес или потолстеть, даже если вес недостаточен.
3. Нарушение восприятия веса или формы тела, чрезмерное влияние веса или формы тела на самооценку или отрицание серьезности текущей низкой массы тела.
4. У женщин постменархеального возраста — аменорея, т.е. отсутствие по крайней мере трех менструальных циклов подряд (считается, что у женщины аменорея, если менструация наступает только после приема гормонов, например, эстрогенов).

Нервная анорексия подразделяется на два подтипа: ограничительный тип и тип переедание/очищение.

---

**Таблица 4.2.** Критерии определения нервной булимии по DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994]

---

1. Повторяющиеся эпизоды переедания. Для эпизода переедания характерны оба следующих признака.
    - Съедание в течение определенного периода времени (например, в течение любого двухчасового периода) количества пищи, которое намного больше, чем большинство людей съели бы за аналогичный период времени и при аналогичных обстоятельствах.
    - Отсутствие ощущения контроля над приемом пищи во время эпизода (например, ощущение, что человек не может прекратить есть или контролировать, что или сколько он ест).
  2. Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение для предотвращения набора веса, например, самоиндуцированная рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными, клизмами или другими лекарствами, голодание или чрезмерные физические нагрузки.
  3. Переедание и неадекватное компенсаторное поведение происходят в среднем не менее двух раз в неделю в течение трех месяцев.
-

4. Форма и вес тела неоправданно влияют на самооценку .
5. Нарушение не возникает только во время эпизодов нервной анорексии.

Нервная булимия делится на два подтипа: неочищающий (для тех, кто использует только альтернативное ограничение в питании и чрезмерные физические нагрузки для предотвращения набора веса) и очищающий подтип.

---

**Таблица 4.3.** Критерии определения атипичных/неуточненных РПП (EDNOS) по DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994]

---

Атипичные расстройства приема пищи — это когда симптомы пациента не соответствуют в полной мере критериям нервной анорексии или нервной булимии. Пациенту ставят диагноз того расстройства, симптомы которого ему наиболее соответствуют (например, атипичная нервная булимия или атипичная нервная анорексия), хотя иногда бывает трудно определить, к какому подтипу отнести пациента. В настоящее время приступообразное переедание рассматривается как подтип EDNOS. Приступообразное переедание — это “повторяющиеся эпизоды переедания при отсутствии регулярного неадекватного компенсаторного поведения, характерного для нервной булимии”.

---

### 4.1.7. Общее состояние здоровья

Важно спросить об общем состоянии физического здоровья в анамнезе (например, наличие диабета) и рассмотреть факторы, которые могли повлиять на текущие модели питания и связанную с ними патологию (например, при астме в анамнезе могло быть лечение стероидами, что приводит к увеличению веса). Вероятно, большинство пациентов должно пройти некоторые исследования для определения состояния физического здоровья (см. главу 3). Изучение общего состояния здоровья на данном этапе поможет определить необходимые исследования, их частоту и срочность. Нужно решить, срочно ли проводить эти исследования или их можно провести в плановом порядке (например, обратиться к семейному врачу). Большинство пациентов попадают в последнюю категорию, но некоторые пациенты требуют более безотлагательного внимания. В целом, пациент должен быть срочно обследован врачом, если есть хотя бы одно из следующих обстоятельств:

- ИМТ составляет 13 или ниже;
- наблюдается быстрая потеря веса (более 1 кг в неделю) в течение нескольких недель;
- пациент сообщает об обмороке, головокружении или потере сознания;
- есть признаки кетоацидоза (например, изо рта исходит характерный сладковатый запах, похожий на ацетон или грушевый сироп).

Перечень анализов, которые следует назначить (в зависимости от физического состояния пациента), приведен в главе 3.

#### **4.1.8. Коморбидное поведение и психологические нарушения**

Нужно установить, есть ли у пациента в анамнезе или в настоящее время импульсивные формы поведения (самоповреждения, включая удары, ожоги, самопорезы и передозировка лекарств; злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами; компульсивные траты; воровство; рискованное сексуальное поведение) и компульсивное самоповреждающее поведение (например, ковыряние кожи; вырывание волос). Также обсуждаются функции такого поведения и его связь с историей болезни пациента.

Пациента спрашивают о наличии ряда других симптомов, которые могут указывать на наличие симптомов, обычно сопутствующих расстройствам пищевого поведения (низкая самооценка; перфекционизм; тревожность; депрессия; обсессивно-компульсивные расстройства; посттравматическое стрессовое расстройство; расстройства личности; диссоциативные расстройства). Важно сосредоточиться на особенностях состояния пациента, а не на том, соответствует ли пациент критериям полного коморбидного расстройства.

#### **4.1.9. Оценка риска**

После установления симптомов проводится стандартная оценка риска с учетом рисков, связанных с питанием и пищевым поведением. Следует спросить пациента о наличии у него выраженной депрессии и связанных с ней суицидальных мыслей или намерений. Стоит узнать о любом судебно-медицинском анамнезе и рассмотреть

потенциальный риск для окружающих (включая вопросы защиты детей, если это необходимо).

#### **4.1.10. История лечения**

Пациент должен подробно рассказать о любом предыдущем или текущем психологическом или психиатрическом лечении (медикаментозном и психотерапевтическом) пищевых или других расстройств. Необходимо получить описание видов лечения (хотя многие не знают о том, каким видом психотерапии они занимались). Нужно также спросить, насколько эффективным было это лечение и какие элементы этого лечения были полезными и бесполезными. Это поможет врачу подобрать индивидуальный подход при проведении КПТ.

#### **4.1.11. Состав семьи**

Пациент должен подробно описать состав семьи, предоставить генеалогическое древо, определить качество взаимоотношений с течением времени, рассказать семейный психиатрический анамнез и историю изменения веса у членов семьи. Отношения (с партнером, друзьями) также обсуждаются. Это необходимо для того, чтобы понять, какие факторы взаимоотношений могут способствовать поддержанию у пациента симптомов расстройств пищевого поведения, выполняют ли какие-либо проблемы взаимоотношений поддерживающую роль в возникновении проблем. Врачу следует понять, как пациент рос в своей семье, какую эмоциональную среду, в частности, она создавала и как развивались навыки управления эмоциями.

#### **4.1.12. История жизни**

Помимо обычной информации, собранной в истории развития, нужно спросить о любых психологических травмах (включая жестокое обращение, потери, разлуку, издевательства и буллинг). Можно рисовать на доске временную линию моделей питания пациента и связанных с ними проблем. Это поможет упорядочить большой объем информации (особенно если у человека долгая история расстройств пищевого поведения и других проблем). Пациенты отмечают, что это полезное упражнение для установления связей между событиями и поведением. Изменения веса также нужно включить в линию времени.

### 4.1.13. Мотивация пациента и цели лечения

Нужно узнать у пациента его цели лечения, чтобы получить первоначальное впечатление о мотивации. Терапевт может неправильно оценить готовность к изменениям, по крайней мере, при нервной анорексии [Geller, Williams & Srikameswaran, 2001]. Нужно считать эту оценку началом непрерывного процесса работы по повышению мотивации. Важно также выявить любые препятствия для лечения (например, работа, расстояние, уход за детьми), так как низкий уровень мотивации часто связан с тем, что у пациента есть большое количество препятствий, которые будут мешать ему посещать лечебные сеансы. На этом этапе оценки следует учитывать сильные стороны личности и социальную поддержку.

### 4.1.14. Предпочтения в лечении

Для того чтобы максимально повысить вероятность вовлечения пациента, нужно его спросить о каких-либо особых потребностях или предпочтениях в отношении переменных, когда можно сделать реальный выбор (например, пол врача; время, когда пациент может посещать сеансы).

### 4.1.15. Дополнительная оценка мыслей, эмоций и поведения

Пациенту нужно заполнить самоотчеты о соответствующих мыслях (убеждения, в виде расстройств и ритуалов), коморбидных эмоциональных состояниях (например, тревожность, депрессия) и поведении (например, переедание, самоповреждение). Их используют для разработки полной формулировки случая (глава 8) и в качестве исходных показателей для оценки эффективности и результатов лечения. К ним относятся: Опросник определения расстройств пищевого поведения (the Eating Disorder Examination Questionnaire) [Fairburn & Beglin, 1994]; Шкала оценки депрессии Бека (the Beck Depression Inventory) [Beck & Steer, 1993a]; Шкала оценки тревожности Бека (the Beck Anxiety Inventory) [Beck & Steer, 1993b]; и Схемный опросник Янга (the Young Schema Questionnaire), сокращенный вариант [Young, 1998].

## 4.2. Поиск и устранение проблем на этапе оценки

---

Не всегда процесс оценки проходит четко по плану. Необходимо проявлять гибкость, при этом обеспечивая пациента необходимой информацией. Например, у некоторых пациентов очень низкая мотивация, поэтому, прежде чем приступать к самой оценке, важно посвятить ранние этапы оценки мотивационной работе. Далее изложены некоторые важные моменты.

### 4.2.1. Расширенная оценка

Иногда нужно использовать расширенную оценку (около 4–6 сеансов) для сбора дополнительной информации перед принятием решения о вариантах лечения. Например, если пациент с трудом описывает диету или другие виды поведения (например, переизбыток или постоянное кусочничество), в период наблюдения за питанием/поведением нужно изучать записи из пищевого дневника для уточнения моделей поведения.

### 4.2.2. Препятствующее терапии поведение

При оценке можно выявить модели поведения, препятствующие проведению терапии [Linehan, 1993]. Роль такого поведения в терапии подробно описана в главе 9. Тем не менее есть некоторые виды такого поведения, которые можно наблюдать даже на этом этапе, в том числе:

- грубость по отношению к административным сотрудникам;
- жалобы на предыдущий курс терапии/прежнего терапевта;
- внимание к грамматическим ошибкам в анкетах.

Такое поведение часто указывает на предстоящие проблемы с вовлеченностью и мотивацией. Их необходимо решать на раннем этапе процесса лечения.

### 4.2.3. Что делать, если пациент отказывается от взвешивания?

Есть два непреложных условия для терапевта, практикующего КПТ. Врач должен осознавать обоснование каждого из них в тех случаях, когда

пациент отказывается от взвешивания. Как и все необсуждаемые условия, они должны быть прозрачными и их нужно объяснить пациенту.

Во-первых, регулярное взвешивание необходимо, чтобы обеспечить физическую безопасность пациента. Нужно дать понять пациенту, что врач не сможет работать с ним, если он откажется от взвешивания. Это может быть решением пациента, но терапевту необходимо обеспечить его безопасность, если врач участвует в процессе лечения. Известно, что очень немногие пациенты соглашаются взвеситься, когда им объясняют эту причину таким образом. Некоторые пациенты просят отложить это до следующего раза. Но обычно они меняют свое решение, после того как врач объясняет, что в следующий раз тревожность будет такой же высокой. Откладывать взвешивание — это откладывать неизбежное действие. Пациент может продолжать отказываться от взвешивания, потому что убежден, что врач проигнорирует его отказ и продолжит оценку независимо от этого. Чтобы не поддерживать такие убеждения, нужно прервать сеанс на этом моменте и попросить пациента связаться с администратором, чтобы договориться о следующем сеансе, когда он будет готов взять на себя необходимые обязательства в отношении этого важного элемента терапии. Чаще всего пациент возвращается к оценке и позволяет провести взвешивание. В редких случаях, когда это не удается, нужно прекратить КПП. Нельзя проводить терапевтическую работу, если врач не уверен в безопасности пациента.

Во-вторых, важно подчеркнуть, что пациент должен знать свой вес. Это не обсуждается в процессе проведения КПП (независимо от того, есть ли у пациента недостаток веса или нет), поскольку после начала лечения пациенту необходимо знать о последствиях его действий (например, чтобы проверить его убеждение, что вес увеличится, если он будет нормально питаться). Можно обсудить варианты, при которых пациент не будет знать свой вес. (Например, в начале терапии, когда интенсивное физическое истощение снижает способность пациента к эмоциональной регуляции и соответственно препятствует терапевтической работе, прим. научного редактора.) Но это вряд ли поможет выздоровлению, поскольку максимум, чего можно достичь с таким отношением, — это стабильности состояния.

**ГЛАВА 5****Подготовка пациента к лечению**

Важная часть ранних этапов лечения — подготовка пациента к тому, что ему предстоит пройти. Без такой информации нельзя ожидать, что пациент сможет сделать осознанный выбор в отношении решений, которые он предпринимает. Еще до встречи с пациентом важно предоставить ему письменное пояснение того, как выглядит КПТ для лечения расстройств пищевого поведения (пример приведен ниже).

Лечение длится 6–12 месяцев и состоит из двух частей. Сперва согласованное количество еженедельных индивидуальных терапевтических сеансов (обычно 20–40) по 50 минут. Затем идет серия промежуточных последующих консультаций с врачом для обеспечения прогресса. На первой встрече можно полностью обсудить программу лечения и задать вопросы терапевту, совместно с врачом разработать план терапии. В нем будет указано, как часто пациенту нужно будет посещать сеансы, будут описаны цели лечения и навыки, которые пациент хотел бы приобрести. Для того, чтобы программа принесла максимальную пользу, пациенту необходимо регулярно посещать занятия и следовать плану лечения, в который входит: согласие на еженедельное взвешивание, использование структурированного плана питания и самоконтроль за потреблением пищи. КПТ основана на том, что мысли, убеждения и идеи влияют на то, что человек чувствует и как действует по отношению к другим и к себе в повседневной жизни. В центре внимания КПТ находится “здесь и сейчас”, а не прошлое. Поэтому первоначальное внимание в этом виде терапии уделено текущему мышлению (“убеждениям” пациента), его поведению и способам его общения. Эту информацию врач сможет получить с помощью дневника самоотчета, который должен заполнять пациент. В начале курса КПТ врач просит пациента заполнить несколько опросников. Это необходимо, чтобы помочь пациенту и врачу быстро выяснить, какие проблемы у пациента есть, а каких нет, и какова степень его расстройств. В рамках КПТ пациент совместно с врачом определяет план для каждого сеанса. В план



сеанса может входить: обзор предыдущих сеансов, обсуждение одной или двух текущих проблем, проверка домашнего задания и определение домашнего задания на следующую неделю. Важная часть КПТ — домашнее задание. Подобно тому, как ученик ожидает от учителя музыки рекомендаций по игре на инструменте в его отсутствие, терапевт ожидает от пациента, что он будет практиковать навыки, полученные на сеансе, вне терапии. Исследования показали, что пациенты, выполняющие домашние задания, быстрее выздоравливают и дольше сохраняют хорошее самочувствие. В качестве домашнего задания терапевт может задать вести пищевой дневник, записывать поведение, настроение и мысли, собирать новую информацию, менять способы общения с другими людьми. Конкретные задачи определяются совместно пациентом и врачом в начале лечения. Можно изменять эти цели по мере прохождения терапии. Наличие целей позволит пациенту впоследствии оценить, решаются ли его проблемы. Если пациент и врач посчитают это полезным, то в рамках этого подхода можно исследовать, как некоторые из ранних переживаний пациента способствовали формированию убеждений, которые поддерживают его текущие проблемы. При необходимости в рамках этого подхода можно также развить у пациента навыки понимания, управления и выражения эмоций, которые раньше он считал недопустимыми. Наконец, в рамках лечения врач будет регулярно запрашивать у пациента обратную связь, чтобы уточнить, какие стратегии были полезны, и определить, что пациенту подходит, а что — нет.

Авторы также предоставляют своим пациентам информацию о расстройствах пищевого поведения и своих ожиданиях от лечения с учетом современной передовой клинической практики (в частности, можно предложить руководство для пациентов от Национального института клинического совершенства [*National Institute for Clinical Excellence*, 2004]). Эта информация позволяет представить данный метод лечения в контексте (например, количество сеансов, рекомендуемое для лечения булимии и нервной анорексии).

КПТ предполагает выполнение плана как врачом, так и пациентом (например, соблюдение правил, посещение сеансов). Следует подчеркнуть важность целенаправленности и структуры для обеспечения прогресса в лечении. Однако нужно дать понять пациенту, что данная терапия — это совместный подход, направленный на то, чтобы он стал

собственным терапевтом и мог заниматься лечением 168 часов в неделю. Также важно подчеркнуть роль необсуждаемых элементов лечения (например, взвешивание, домашние задания) и важность таких задач, как запись сеансов и их последующее прослушивание.

В целом, необходимо обращать внимание пациентов на то, что главная цель терапии — развивать имеющиеся сильные стороны, а также обрести новые навыки. Пациенты должны видеть, что им предстоит еще многое сделать, но у них уже есть основные навыки. Нужно обсудить страхи пациента по поводу продолжительности лечения, по поводу изменений в образе жизни и ожиданиях, чтобы он смог справиться с этим периодом напряжения и перемен. Стоит противопоставлять краткосрочные недостатки перемен (с сопутствующим ощущением, что человек не контролирует ситуацию и ему становится хуже) долгосрочным преимуществам.



## Мотивация

### 6.1. Контекст для мотивации: понимание пациента и построение отношений

---

Пациенты с расстройствами пищевого поведения часто испытывают противоречия, когда пытаются изменить свое поведение. Это связано с тем, что в симптомах, которые они испытывают, есть как положительные, так и отрицательные аспекты [*Crisp, 1980; Serpell et al., 1999*]. Это может проявляться открыто — в явно выраженном амбивалентном отношении к изменениям, или скрыто — в виде ряда моделей поведения, которые препятствуют проведению терапии (глава 9), таких как отмена сеанса, опоздания, невыполнение домашних заданий. Таким образом, хотя и врач, и пациент будут мотивированы на достижение целей, может случиться, что они стремятся к разным целям. В результате у врача складывается впечатление, что людей с расстройствами пищевого поведения особенно трудно лечить. У пациентов может возникнуть ощущение, что их считают недееспособными, не слышат их, а лишь принуждают. Это особенно актуально для пациентов, которые чувствуют, что их вынуждают пойти на лечение внешние факторы (например, семья, партнеры, работа). В таком случае очевидно, что КПТ (и любая другая терапия) будет неэффективна без активного участия пациента в терапевтическом партнерстве.

#### 6.1.1. Осознание позиции пациента

Некоторые симптомы расстройств пищевого поведения являются эгосинтоническими, т.е. такие пациенты считают свое поведение приемлемым и соответствующим их представлениям о себе. На ранних стадиях снижения веса пациенты часто сообщают, что чувствуют гордость и прилив сил в связи с потерей веса. Они часто сообщают, что получают похвалу и восхищение от окружающих. Для того чтобы врач смог понять позицию пациента, необходимо рассмотреть возможные положительные поддерживающие факторы расстройств пищевого поведения. Они многочисленные и разнообразные, но могут включать:

- социальные факторы (например, внимание, которое вызывает ограничение в еде и соответствие культурным образцам стройности);
- психологические факторы (например, чувство удовлетворения и успеха, которое появляется благодаря голоданию и регулированию аффекта);
- физические факторы (например, выработка эндорфинов);
- функциональное избегание (например, отсутствие необходимости принимать сложные решения об отношениях, учебе и т.д.).

Кроме того, пациент, вероятно, имеет ряд негативных последствий в результате своего поведения, связанного с нарушением пищевого поведения (например, стыд, вызванный приступами переедания и рвотой). Это мешает получить поддержку для изменений. Пациент также может бояться перемен (например, как справиться с дистрессом без нерационального пищевого поведения; не будет ли скучной жизнь после выздоровления?). Все эти факторы будут влиять на мысли и чувства, связанные с лечением, и на вероятность того, что пациент примет участие в лечении.

Для того чтобы понять позицию пациента, особенно эго-эгосинтоническую природу стремления к худобе и самоконтролю, Келли Витусек (Kelly Vitousek) с коллегами [Vitousek et al., 1998] рекомендуют врачам выполнить приведенное ниже упражнение. Представьте, что вы столкнулись со следующим сценарием.

Я врач, специализирующийся на выявлении и профилактике нездоровых отношений между родителями и детьми. После тщательной оценки вашей семьи я убежден, что рождение вашей дочери было ужасной ошибкой. Вы можете чувствовать себя привязанным к ней в данный момент, но в долгосрочной перспективе — это просто не сработает. Какое бы удовольствие, как вам кажется, *вы* бы ни получали от этих отношений, сторонний и объективный наблюдатель может увидеть, что вы также многое теряете. Вы устали и измотаны, у вас не хватает сил на многие виды деятельности, которые раньше приносили вам удовольствие. Вы проводите меньше времени с друзьями, а иногда и на работе. Вы стали настолько поглощены этим ребенком, что не в состоянии реалистично оценить, как ее появление повлияло на вашу жизнь. Поэтому я решил забрать вашу дочь. Я понимаю, что вы сейчас злитесь

на меня и, возможно, не верите, что я имею право вмешиваться. Но со временем вы поймете, что я действовал в ваших интересах. Когда ваш ребенок уйдет, вы сможете вернуться к той жизни, которая была у вас до того, как вы стали родителем.

Доказано, что это упражнение вызовет сильные чувства у врача (как и должно быть), поможет передать позицию пациента и разочарование, которое может возникнуть из-за ощущения, что его мнение игнорируют или считают беспричинным. Поскольку с подобным опытом многие пациенты сталкиваются регулярно, врач должен стремиться не инвалидировать пациента, поскольку это может привести к снижению альянса и мотивации.

### 6.1.2. Позиция врача

Как и Джози Геллер с коллегами [*Geller, Williams & Srikameswaran, 2001*], авторы книги считают, что в эффективном лечении людей с расстройствами пищевого поведения есть два аспекта: позиция и техника. Без первого аспекта второй имеет лишь академическую ценность. Эта тема лежит в основе большей части лечения расстройств пищевого поведения, описанной в этом пособии, а также это основа того, как нужно мотивировать пациента. Поэтому, как было описано ранее (в главе 1), для лечения РПП нужна “программная формулировка миссии”. Такое определение задач (и сопутствующие ему явные цели) лежит в основе мотивационной работы. Принимая во внимание ключевые моменты из предыдущего раздела, для мотивации пациента терапевту полезно взять во внимание следующие конкретные предложения.

- **Содействовать самопринятию.** Сюда относится умение объяснить пациенту, что вы понимаете его позицию и причины, по которым ему пришлось использовать эти модели мышления и поведения (всесторонняя валидация [*Linehan et al., 2002*]) и то, что вы способны увидеть, как проблемы и терапия влияют на его настроение (точная эмпатия [*Vitousek et al., 1998*]). Важно работать с пациентом, чтобы он понял причину расстройств, а также принял необходимость изменений. Цель терапевта — уменьшить стыд и беспомощность, которые часто испытывают пациенты; обеспечить основу для понимания того, как сложилась ситуация, почему она не изменится в одночасье, и то, что изменения возможны.

- **Быть активным, а не пассивным.** Хотя то, что можно сделать в краткосрочной перспективе, зависит от стадии изменений пациента, врач должен сохранять активную позицию, помогая пациенту переосмыслить ситуацию и сделать осознанный выбор в дальнейших действиях. Пассивность терапевта несовместима с изменением поведения и экспериментированием, которые являются ключевыми в КПТ.
- **Сотрудничать.** Нужно открыто говорить о том, что только пациент в силах изменить свое поведение и, следовательно, только он может нести за это ответственность. Врач должен содействовать изменениям, являясь источником идей и знаний. Таким образом, необходимо стремиться создать среду, в которой врач и пациент знают, что они могут объединить свои знания, опыт и навыки для достижения значимого и эффективного результата.
- **Быть любопытным, искренним и желающим учиться у пациента.** Нужно использовать этот элемент позиции врача, чтобы валидировать успехи пациента и помочь ему прояснить мысли и чувства (позволить ему синтезировать информацию и делать выводы самостоятельно). Следует устранить дисбаланс сил, который неизбежно существует между терапевтом и пациентом, минимизировать недопонимание механизмов развития и поддержания болезни. Здесь будет полезен метод вопросов Сократа [Beck et al., 1979, 1993] (глава 16).

### 6.1.3. Вклад терапевта и пациента

Джози Геллер также отмечает третий фактор, который необходимо понять: несоответствие между степенью заинтересованности врача и пациента в лечении [Geller, 2005]. Например, если врач уделяет внимания лечению больше, чем пациент (например, врач считает, что увеличение веса полезно только в том случае, если пациент достигнет определенного веса, а пациент считает, что будет достаточно набрать меньше веса), то такой пациент, скорее всего, будет отвлечен от своей ограниченной мотивации к изменениям необходимостью противостоять давлению терапевта. В таких обстоятельствах врачу лучше снизить свои ожидания относительно того, чего пациент должен стремиться достичь в краткосрочной перспективе, чтобы можно было работать

с пациентом над повышением его ограниченной мотивации. Иногда может понадобиться приостановить “активное” лечение, чтобы устранить факторы, влияющие на уровень вклада пациента в лечение.

Например, когда пациент с булимией категорически заявляет, что хочет попробовать определенную диету (которая является нерациональной с объективной точки зрения), потому что убежден, что она остановит приступы переедания, то можно потратить значительную часть терапии на то, чтобы убедить его изменить свое мнение и заняться лечением, которое, по мнению врача, с большей вероятностью будет эффективным. Однако в таком случае пациент и врач движутся в разных направлениях в результате того, что врач не признает, что его вклад в лечение пациента больше, чем вклад самого пациента, поэтому мотивация пациента к изменениям падает. Если признать различия во вкладе в лечение, можно найти способы, которые помогут достичь долгосрочной цели и вовлечь пациента в КПТ. Например, предлагаемую диету можно рассматривать как поведенческий эксперимент (главы 6 и 7). Таким образом можно проверить убеждение пациента о рациональности диеты относительно альтернативного убеждения (например, такая диета вряд ли снизит частоту приступов). Хотя терапевт может увидеть возможности того, что КПТ *может* пойти быстрее, врач должен признать, что это не произойдет, если уровни вклада в лечение будут разные. Такое различие будет препятствовать сотрудничеству в рамках проведения КПТ.

#### **6.1.4. Стадии изменений**

При размышлении об уровне или этапе мотивации человека будет полезной модель “Стадии изменений” [DiClemente & Prochaska, 1998]. Многие, возможно, уже знакомы с этой моделью, но для тех, кто не знаком, ниже приводится ее краткое описание.

##### **6.1.4.1. До размышления (“не готов”)**

На этой стадии пациенты не готовы даже думать об изменениях в обозримом будущем (например, в ближайшие шесть месяцев), возможно, в результате того, что они не знают, что их поведение имеет негативные последствия. Люди с симптомами РПП часто воспринимают расстройства пищевого поведения как решение своих проблем,



а не как саму проблему. Пациенты на этой стадии вряд ли будут заинтересованы в том, чтобы читать, говорить или думать об изменении своего поведения. Их можно характеризовать как резистентные или немотивированные к изменениям.

#### **6.1.4.2. Размышление (“размышление об этом”)**

На этой стадии пациент готов воспринимать больше информации о возможных изменениях и больше интересуется темой в целом (например, думает о том, что в ближайшие шесть месяцев он может что-то изменить). Пациенты лучше понимают “плюсы” изменений, но также остро осознают и “минусы”. Хотя эта стадия может быть обнадеживающей для врача, пациенты могут надолго застрять на ней, оказавшись в ловушке амбивалентности, из-за балансирования между потерями и выгодами от изменений или страхом не справиться с изменениями.

#### **6.1.4.3. Решимость и подготовка (“подготовка к действиям”)**

На этой стадии пациент принял решение об изменениях и намерен предпринять действия в ближайшее время (например, в течение следующего месяца). Поэтому пациент разрабатывает план действий (например, составляет план регулярного питания; дистанцируется от других людей, имеющих проблемы с алкоголем или питанием; привлекает членов семьи для поддержки). Врачу и пациенту важно помнить, что хороший подготовительный период оптимизирует шансы на успех.

#### **6.1.4.4. Действие (“на старт, внимание, марш”)**

На этой стадии пациенты вносят конкретные, явные изменения в свой образ жизни. Однако важно помнить, что это не начало процесса изменений. Возможно, самая распространенная ошибка, которую могут совершить врач и пациент в процессе изменений, — это поспешная оценка результатов до того, как будут совершены изменения. *Если* пациент готов, на этой стадии он учится “управлять жизнью” ежедневно и решать возникающие проблемы, каждый раз придерживаясь нового плана.

#### **6.1.4.5. Поддержание перемен (“удерживаться”)**

На этой стадии пациенты работают над предотвращением рецидивов, и это, может быть, самая трудная часть лечения. Пациент испытывает

искушение сорваться, но в то же время обретает уверенность в том, что может продолжать меняться.

Применяя модель стадий изменений в рамках КПТ, важно помнить следующее.

- Хотя стадии — упорядоченные категории на континууме мотивации к изменению, переход между ними не является линейным и может осуществляться не только в одном направлении. Пациенты часто возвращаются к более ранним стадиям изменений. Для предотвращения рецидивов важно вовремя распознать ситуацию повышенного риска и отреагировать на нее соответствующим образом.
- Чтобы лечение было эффективным, оно должно соответствовать стадии изменения пациента. Например, попытка ввести регулярный режим питания для пациента, находящегося на стадии размышлений, будет неэффективной и вызовет тревожность и разочарование у всех участников процесса лечения. Терапия, основанная на понимании и одобрении текущего опыта пациента, с большей вероятностью приведет к успеху.
- Пациенты могут находиться на разных стадиях изменений для каждой из своих различных пищевых моделей поведения (например, они могут находиться на стадии действие в отношении изменения переедания, но на стадии размышлений в отношении ограничительного питания). Однако эти поведенческие модели обычно связаны (например, ограничение вызывает переедание, которое в свою очередь вызывает ограничение, — см. формулировку случая в главе 8). Поэтому, если пациент не мотивирован на изменение обоих видов поведения, он не сможет изменить ни один из них в долгосрочной перспективе.

### 6.1.5. Готовность и ресурсы: две составляющие перемен

Значительное и устойчивое изменение поведения зависит от двух различных, но взаимосвязанных компонентов: готовности (желания измениться) и ресурсов (наличия навыков и возможностей для изменения). Готовность к изменениям можно существенно повысить с помощью двух связанных между собой навыков [Geller, 2002a; Linehan,

1993]: всесторонней валидации и фильтрации. *Всесторонняя валидация* — не обвинять пациента в проблемах, а обсуждать симптомы пациента как вполне объяснимые (а не случайное или “плохое” поведение) как в контексте прошлого, так и в текущей ситуации. Это позволяет врачу принять все эти аспекты проблемы (не обвиняя пациента), подразумевая, что проблема неизбежно устранилась в будущем. По мере совершенствования навыков формулирования этот подход становится непрерывным, начиная с формулировки и далее. *Фильтрация* — это процесс многократного переспрашивания пациента о его тревогах и разочарованиях (например, в лечении). Врачу нужно признать тот факт, что это реальное беспокойство, и попросить пациента описать то, что его беспокоит. Этот процесс похож на технику “падающая стрела”.

Важно, чтобы и врач, и пациент осознавали, что желание (например, мотивация прекратить переедание) часто не поддерживается необходимыми ресурсами (например, способностью терпеть дистресс, который переедание обычно маскирует). Для достижения изменений необходимо и то и другое. А попытки изменить ситуацию без этих двух составляющих вызовут ощущение неудачи и безнадежности у всех участников процесса. Поэтому в терапии необходимо уделять внимание укреплению ресурсов пациента (или уверенности в этих ресурсах).

## **6.2. Оценка мотивации к переменам**

---

Мотивация к изменениям варьируется от пациента к пациенту, и есть некоторые доказательства того, что этот уровень коррелирует с клинической картиной. Например, пациенты с нервной булимией чаще находятся на стадии “действия” в начале лечения [Blake et al., 1997], в то время как пациенты с нервной анорексией менее готовы к изменениям. Также важно понять, мотивирован ли пациент на изменение режима и рациона питания, а не других симптомов. Например, большинство пациентов стремятся избавиться от озабоченности едой, депрессии, тревожности, позывов к перееданию и очищению, но с меньшим энтузиазмом относятся к изменению своего пищевого поведения. Даже с теми пациентами, которые сообщают о высоком уровне мотивации к изменению всех аспектов своего пищевого поведения, необходимо

провести определенную работу в этой области. Осуществлять такие перемены очень сложно. Всем, кто участвует в процессе лечения, в какой-то момент понадобится напоминание о том, почему они начали этот процесс.

### 6.2.1. Анкетирование и интервьюирование

До начала КПП необходимо всесторонне оценить уровень мотивации человека, поскольку без определения общих целей невозможно начать подходящее и эффективное лечение. Существует несколько полезных способов измерения мотивации у пациентов с расстройствами пищевого поведения [Cockell et al., 2003; Geller, 2002b; Geller & Drab, 1999; Rieger et al., 2002; Serpell et al., 1999]. В большинстве этих способов рассматриваются преимущества и недостатки изменений, принимается во внимание эгосинтоническая природа РПП, а также его недостатки. Считается, что способ Саймона Кокелля (Simon J. Cockell) и его коллег [Cockell et al., 2003] особенно ценен, поскольку он учитывает функциональное избегание (например, отсутствие необходимости решать проблемы развития или взаимоотношений), а также плюсы и минусы текущей модели поведения. Кроме того, для измерения уровня мотивации есть и другие методы [Keller & Kemp-White, 1997; Miller, 1995; Treasure & Bauer, 2003].

### 6.2.2. Составление списков “за” и “против”

Самый простой способ, чтобы провести индивидуальный анализ мотивации, — попросить пациента составить список плюсов и минусов его РПП. Обычно это можно продемонстрировать на доске. Однако доказано, что эта техника наиболее эффективна, когда пациент заполняет эти списки в качестве домашнего задания. Нужно также разделить плюсы и минусы на краткосрочные и долгосрочные. Таким образом (и обычно к своему удивлению) пациент может увидеть, что веские преимущества — в основном краткосрочные, а недостатки — долгосрочные, и они преобладают. Например, пациент с ограничительным расстройством может изначально составить следующий список.

Преимущества текущей модели поведения	Недостатки текущей модели поведения
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чувство контроля</li> <li>• Способность справиться с голодом</li> <li>• Отсутствие давления при принятии решения об университете</li> <li>• Избегаю интереса со стороны представителей противоположного пола</li> <li>• Другие восхищаются моим самообладанием</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усталость</li> <li>• Физическое недомогание</li> <li>• Семья заставляет меня есть</li> <li>• Приходится ложиться в больницу</li> </ul>

Но далее трансформировать список в следующее.

Преимущества	Недостатки
<p><b>Краткосрочные</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Чувство контроля</li> <li>• Способность справиться с голодом</li> <li>• Отсутствие давления при принятии решения об университете</li> <li>• Избегаю интереса со стороны представителей противоположного пола</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усталость</li> </ul>
<p><b>Долгосрочные</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Другие восхищаются моим самообладанием</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чувство, что моя жизнь вышла из-под контроля</li> <li>• Нет сил думать</li> <li>• Физическое недомогание</li> <li>• Семья заставляет меня есть</li> <li>• Приходится ложиться в больницу</li> <li>• Жизнь идет в никуда</li> <li>• Никто не заботится обо мне, все просто беспокоятся о том, что я ем</li> </ul>

Дисбаланс между краткосрочными и долгосрочными результатами — мощный инструмент, заставляющий пациента задуматься об эффективности его поведения в долгосрочной перспективе. Задача перемен может быть переформулирована в принятие краткосрочного риска (потеря преходящих “плюсов”) ради положительного долгосрочного результата (исключение более стойких “минусов”).

### 6.2.3. “Чудо-вопросы”

Авторы считают, что некоторые вопросы, используемые в ориентированной на решениях терапии [*de Shazer, 1988; Jacob, 2001*], полезны и при оценке случая в КПТ. В частности, “чудо-вопросы” можно использовать чтобы выяснить, что пациент хочет изменить и что для него означает “выздоровление”. Такие вопросы также могут положить начало процессу размышления о будущем. Это станет хорошим подспорьем для внедрения других стратегий повышения мотивации, которые обсуждаются далее.

**Таблица 6.1.** Ключевые “чудо-вопросы”

Вопрос	Основные цели и принципы
Что изменится, если вы проснетесь, а чудо уже произошло?	Выявить общие терапевтические цели
Что осталось неизменным?	Определить аспекты жизни, которые пациент хотел бы сохранить
Если на шкале 0 — это худшее, что может быть в жизни, а 10 — это чудо, то где вы находитесь на этой шкале?	Определить текущее состояние, повысить мотивацию, обеспечить реалистичный и поэтапный подход
Что будет мешать чуду?	Определить потенциальные камни преткновения для терапии (например, давление со стороны партнера, который заставляет оставаться худым)
Как расстройство пищевого поведения поможет вам достичь чуда?	Подчеркнуть влияние расстройства пищевого поведения и его несовместимость с “чудом” пациента
Каковы признаки того, что часть чудесных изменений уже произошла?	Повысить мотивацию, подчеркнуть ограничения и повысить самооценку у пациента
Как бы вы могли добиться этого?	

“Чудо-вопросы” нужны для того, чтобы пациент представил и подробно описал, какой была бы жизнь, если бы его проблемы были решены (не обязательно расстройство пищевого поведения, а все то, что воспринимается им как проблемы). Часто пациенты привыкают к жизни с проблемами, и важно создать представление о том, какой могла бы быть жизнь без этих трудностей. Это также поможет определить, имеют ли врач и пациент общее понимание терапевтических целей. Кроме того, это позволит пациенту продемонстрировать, что он не хочет менять или что он хочет сохранить в своей нынешней жизни. Полезно начать эту работу во время сеанса и попросить пациента записать и расширить ответы в качестве домашнего задания.

Следующий пример иллюстрирует применение метода “чудо-вопросов” для пациентки, у которой ограничительная модель питания оказывает существенное влияние на ее жизнь. Карен — 22-летняя женщина с диагнозом “нервная анорексия ограничительного типа”. На данный момент она заканчивает второй курс университета. У нее семилетняя история РПП, которая началась сразу после смерти ее матери.

### Пример из практики: применение метода “чудо-вопросов” для пациентки Карен

Вопрос	Основные цели и принципы
<b>Терапевт.</b> Представьте, что сегодня ночью, когда вы ляжете спать, произойдет чудо, которое будет означать, что все ваши текущие проблемы решены? Когда вы проснетесь, вы это заметите. Что даст вам понять, что чудо произошло? И что произойдет в течение дня?	<i>Представить возможности и потенциальные преимущества перемен</i>  <i>Поощрять пациента описывать весь день, включая множество когнитивных, поведенческих, физических и эффективных примеров</i>

Вопрос	Основные цели и принципы
<p><b>Карен.</b> Первое, что я бы заметила, это то, что я просыпаюсь в обычное время, а не посреди ночи, из-за боли в животе. Я была бы счастлива. С нетерпением жду дня, когда не буду бояться, что меня будут заставлять есть и что снова будут возникать споры о еде. На самом деле, я бы даже не думала о еде. Я бы вернулась в свой дом, который я снимала совместно с друзьями в университете, а не жила бы с отцом и мачехой. Я бы встала, приняла душ и оделась, просто надела бы первое попавшееся платье и не смотрелась бы в зеркало целую вечность.</p>	<p><i>Постараться создать как можно более реалистичную и конкретную картину, поскольку некоторым пациентам (особенно хроническим) будет крайне сложно представить себе жизнь без расстройства пищевого поведения. Подчеркнуть, насколько значим для других может быть пациент и его трудности</i></p>
<p><b>Терапевт.</b> Узнают ли другие важные для вас люди — друзья или родственники — о том, что произошло чудо? Что они заметят? Когда я спускаюсь по лестнице, вероятно, первое, что заметят мои соседи, это то, что я выгляжу хорошо и счастливо, я сажусь завтракать и не сбегаю. Мне не холодно.</p>	<p><i>Постараться создать как можно более реалистичную и конкретную картину, поскольку некоторым пациентам (особенно хроническим) будет крайне сложно представить себе жизнь без расстройства пищевого поведения. Подчеркнуть, насколько значим для других может быть пациент и его трудности</i></p>
<p><b>Карен.</b> Я была бы рада видеть своих друзей и общаться с ними, а моя голова не была бы так забита мыслями о еде и весе.</p>	



Вопрос	Основные цели и принципы
<b>Терапевт.</b> Что будет дальше? Как будет проходить дальше ваш день?	<i>Следить за тем, чтобы пациент не отвлекался от процесса</i>
<b>Карен.</b> Я бы отправилась на лекцию или в библиотеку. Возможно, я бы встретила с друзьями за обедом или, может быть, торопилась закончить эссе. Но я бы не была очень напряжена из-за работы, как раньше. Думаю, я бы просто жила своей жизнью и развлекалась, вместо того чтобы постоянно беспокоиться о цифрах на весах, считать калории и так далее.	<i>Поощрять пациента оценивать свой прогресс и усиливать мотивацию путем демонстрации того, что он уже частично достиг цели</i>
<b>Терапевт.</b> Хорошо, похоже, что у вас есть довольно четкое представление о том, какой будет жизнь, если произойдет чудо. Мне интересно, насколько, по вашему мнению, вы близки к чуду прямо сейчас? Где бы вы были на шкале от 0 до 10, если 10 соответствует чуду?	
<b>Карен.</b> Мне еще далеко до чуда. Я чувствую, что моя анорексия управляет моей жизнью, я все еще живу у отца и пока не могу вернуться в университет. Я бы сказала, что пока 2.	
<b>Терапевт.</b> Хорошо, есть ли признаки того, что чудо начинает происходить?	<i>Выявлять шаги к чуду и подчеркнуть ограничения</i>
<b>Карен.</b> Ну, я полагаю, что сейчас часть меня признает, что у меня есть проблема, и я пришла к вам, чтобы получить помощь.	

Вопрос	Основные цели и принципы
<b>Терапевт.</b> Это хорошее начало. Итак, в вашем чуде вы снова в университете, проводите время с друзьями и не озабочены своим питанием и весом. Можете ли вы сказать мне, как анорексия поможет вам достичь этого?	<i>Подчеркнуть влияние анорексии и ее несовместимость с другими целями</i>
<b>Карен.</b> Это не так, совсем не так. Моя анорексия — это то, что мешает мне жить той жизнью, которой я хочу.	
<b>Терапевт.</b> Итак, описав свое чудо — возвращение в университет, к друзьям, избавление от навязчивых мыслей о еде и весе, — как вы теперь относитесь к переменам?	<i>Подвести итоги и поощрять пациента к переходу от стадии подготовки к непосредственному действию</i>
<b>Карен.</b> Я хочу чуда. Я хочу выздороветь. Это будет очень тяжелая работа, и я не уверена, что смогу это сделать, но теперь я вижу, как может измениться моя жизнь.	
<b>Терапевт.</b> Итак, какие первые шаги вам нужно предпринять, чтобы перейти на этап 3 или 4 на пути к чуду?	<i>Установить достижимые цели</i>
<b>Карен.</b> Наверно, я должна продолжать приходить сюда. Думаю, я должна стараться следовать плану питания и вести пищевой дневник.	<i>Пациент переходит к этапу действий</i>
<b>Терапевт.</b> Это замечательно. В качестве домашнего задания, не могли бы вы описать свое чудо и некоторые начальные шаги, которые вам нужно сделать, чтобы достичь его, как вы только что сказали?	<i>Подкреплять содержание сеанса</i>
<b>Карен.</b> Хорошо.	

Как было показано выше, метод “чудо-вопросов” позволяет пациенту отвлечься от своих проблем и исследовать то, где он хотел бы оказаться. Метод помогает снизить беспокойство и дискомфорт от ограничений и подчеркивает положительные показатели, которые свидетельствуют о том, что чудо, возможно, уже началось. Это даст пациенту надежду на то, что он в полной мере сможет достичь своего чуда. Оценка пациента относительно того, на каком этапе пути к чуду он находится, позволит в будущем субъективно оценить прогресс. “Чудо-вопросы” особенно эффективны при работе с пациентами с хроническими расстройствами пищевого поведения, которые часто сосредоточены на настоящем и не могут представить себе будущее.

#### **6.2.4. Мотивация как переменная мишень**

Здесь необходимо добавить предостережение. Мотивация пациента может меняться, часто значительно, в течение всего курса лечения. Можно часто наблюдать такие изменения даже в рамках одного сеанса. В качестве примера можно привести пациента с нервной булимией, который в начале лечения сообщает о высоком уровне мотивации к переменам, но после обсуждения идеи введения в рацион ранее избегаемых продуктов становится резистентным. Джози Геллер и ее коллеги [Geller, 2002] продемонстрировали, что терапевты плохо оценивают мотивацию на ранних стадиях лечения, поэтому склонны переоценивать возможные результаты терапии. Таким образом, хотя и необходимо оценить мотивацию в начале лечения, тратить слишком много времени на попытки оценить ее как некую неизменную составляющую может быть непродуктивным. Будет полезно договориться о способе оценки, который имеет смысл для пациента, и сосредоточиться на тех событиях (во время и вне терапии), которые повышают или понижают мотивацию. Например, нужно просить пациента отслеживать уровень/влияние его “голоса РПП” (например, “я толстый”; “мне нужно похудеть”). Как и в случае со многими убеждениями и эмоциями в личном мире пациента, подход КПТ позволяет концептуализировать мотивацию к переменам как наблюдаемое, контролируемое явление и более доступное для обсуждения, что в конечном итоге снижает силу его негативного влияния.

### 6.3. Средства и стратегии для повышения мотивации

---

В этом разделе предоставлен обзор полезных методов, взятых из литературы по расстройствам пищевого поведения, из литературы других направлений и из собственного опыта авторов. Чтобы эффективно повышать мотивацию, важно затрагивать описанные ниже темы. Пациенту необходимо дать возможность:

- получить представление о своем потенциале для изменений, изучив личные ресурсы;
- рассмотреть преимущества и недостатки своего поведения как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе;
- проанализировать, где он находится сейчас, где он хочет быть в будущем и можно ли устранить расхождения с помощью его текущих стратегий (в частности, пищевого поведения).

При выборе подходящей мотивационной стратегии для пациента необходимо учитывать ряд вопросов, включая стадию перемен, общие жизненные обстоятельства, гибкость мышления (которая может быть нарушена, если пациент сильно истощен) и тяжесть заболевания. Для менее тяжелых пациентов (часто с нервной булимией), которые поддерживают дружеские отношения, работу и взаимоотношения, может быть вполне приемлемой более простая техника “Проблемы и цели”. В случаях с большей тяжестью или амбивалентностью, вероятно, потребуется более тщательное исследование (например, с помощью “чудо-вопросов”, письма “другу или врагу” или “прогнозирования” на пять лет в будущее (см. ниже)). Таким пациентам, вероятно, потребуется помощь врача, чтобы начать представлять себе жизнь без РПП, особенно если они болели в течение значительного периода времени. Преимущество этих последних подходов заключается в том, что они позволяют пациенту и врачу признать некоторые положительные стороны расстройства пищевого поведения и помогают успокоить пациента в том, что цель лечения не заключается в полном изменении пациента.

Изменения любого рода сложны, потому что необходимо терпеть незначительный дискомфорт в краткосрочной перспективе, чтобы получить долгосрочные преимущества. Преодолеть РПП особенно сложно, потому что одна из его функций — помочь пациенту не думать о многих вещах, на которых ему придется сосредоточиться во время сеансов, чтобы выздороветь. Поэтому важно, чтобы терапевт выделил

некоторое время для размышлений о том, какие изменения пациент хотел бы произвести и почему. Даже если пациент осознал и принял все происходящее в терапии, это необходимо сделать, потому что некоторые стадии лечения будут труднее, чем остальные. Если записывать все цели и причины, по которым пациент пытается их достичь, можно повысить мотивацию на этих стадиях.

Для достижения этой цели будут полезными следующие стратегии.

### 6.3.1. Письма другу или врагу

Эта техника [*Serpell & Treasure, 2002; Serpell et al., 1999*] подразумевает, что пациент напишет два письма: одно — своему расстройству пищевого поведения как другу, а другое — своему расстройству пищевого поведения как врагу. Написание таких писем может повысить мотивацию, так как позволит пациенту обратить внимание на отрицательные стороны своего расстройства пищевого поведения и даже разозлиться на него. Письма также способствуют рабочему альянсу, поскольку врач признает те аспекты расстройства пищевого поведения, которые выделит пациент. В табл. 6.2 приведены примеры таких писем.

Затем письма можно изучить более тщательно, определяя эмоции, которые могли возникнуть во время их написания. Часто в письмах прослеживаются такие темы, как физическое насилие, гиперопека и потери. Персонализация расстройств пищевого поведения таким образом может вызвать сильные эмоции, особенно гнев, который, как выяснилось, является чрезвычайно мощным мотивирующим фактором. Эти письма можно использовать при составлении списка за и против (см. ниже).

### 6.3.2. Планы на будущее

Пациенты с расстройствами пищевого поведения изо дня в день тратят много энергии на то, чтобы выживать. Требуется огромная физическая и эмоциональная выносливость, чтобы поддерживать ограничительный режим питания, а затем выдерживать повторяющиеся нерациональные модели пищевого поведения и очищение. Поэтому пациент, как правило, сосредоточен на настоящем и сегодняшнем дне, и ему гораздо легче определить краткосрочные преимущества его поведения, чем долгосрочные последствия (см. ниже). Но и долгосрочные последствия необходимо определить, если пациент хочет развить и сохранить мотивацию к переменам.

**Таблица 6.2.** Пример писем другу и врагу

---

Подумайте о том, как ваша анорексия/булимия влияет на вас. Напишите письмо анорексии как другу и письмо анорексии как врагу.

Дорогая моя подруга, анорексия!

Ты единственная, кто действительно понимает меня и позволяет мне чувствовать себя в безопасности. Когда умерла моя мама, ты была единственной, кто был рядом со мной. Ты помогла мне пережить это, когда все вокруг меня расклеилось. Когда мне пришлось начать обучение в новой школе, ты подружилась со мной, когда я чувствовала себя брошенной. Другие девочки больше не имели значения. Благодаря тебе я чувствовала себя хорошо. Я знала, что у меня больше силы воли и способностей, чем у других. Я начала получать уважение и комплименты от других. Ты помогаешь мне осознавать, что я должна делать. Ты делаешь жизнь спокойной и безопасной. Анорексия, ты помогаешь мне продолжать хорошо выгладеть. Даже когда у меня нет сил, ты побуждаешь меня продолжать. Я всегда могу рассчитывать на то, что ты будешь рядом.

Твоя,  
Карен

Дорогой мой враг, анорексия!

Ты притворяешься моим другом, но ты разрушила мою жизнь. Я потеряла друзей, парня, бросила учебу. Ты не даешь мне жить. Я отказалась от всего, что мне нравится. Ты со мной уже семь лет, и за это время я так много потеряла. Раньше я была счастливой, беззаботной и радовалась жизни. Ты оставила меня в одиночестве и изоляции. Мне пришлось бросить университет, потому что я больше не могла сосредоточиться на учебе, и врачи сказали, что я слишком больна, чтобы продолжать обучение. Ты просто террористка и обманщица. Ты говорила, что обеспечишь мою безопасность, но почему я оказалась в больнице? Из-за тебя у меня столько ссор с семьей. Ты постоянно критикуешь меня и говоришь, что я недостаточно хороша. Из-за тебя я физически страдаю, у меня давно не было месячных, и у меня выпадают волосы. Я всегда устаю и мерзну. Ты говоришь, что я хорошо выгляжу, но в моменты, когда я становлюсь сильнее, я понимаю, что это тоже ложь. Анорексия, ты мне не друг, ты — мой враг. Ты пробралась в мою жизнь, когда умерла моя мама и я была уязвимой, но я больше не хочу жить с тобой.

Карен

---

Чтобы помочь пациенту мыслить более широко, нужно попросить его подготовить “жизненный план”. Это поможет оценить его возможности к переменам для достижения своих целей, учитывая его текущие стратегии преодоления РПП. Для этого необходимо сделать следующее.

1. Попросить пациента подумать о том, какими он хочет видеть через год следующие сферы своей жизни: семья, близкие отношения, друзья, карьера, здоровье, личное развитие/досуг/хобби и самооценка.
2. Попросить пациента спрогнозировать, как будут обстоять дела в каждой из вышеперечисленных сфер его жизни, если он не сможет решить проблему расстройств пищевого поведения.
3. Попросить пациента повторить это упражнение, но через пять и десять лет.
4. Попросить пациента подытожить свои мысли и чувства по поводу выполнения этого упражнения.

Поскольку это задание сфокусировано на будущее, его выполнение может быть дискомфортным для некоторых пациентов. Поэтому, хотя лучше его задавать в качестве домашнего задания, в некоторых случаях целесообразно начать его выполнение во время сеанса. Это задание также можно выполнить после “чудо-вопросов”, чтобы подкрепить осознание пациента о чуде и продемонстрировать, как расстройства пищевого поведения явно влияют на это чудо.

### **6.3.3. Письмо самому себе в будущее**

Для разработки жизненных планов многим пациентам будет полезным следующее упражнение.

Нужно попросить пациента представить себя в будущем и проанализировать свою жизнь в ретроспективе. Это лучше всего сделать дважды:

- спрогнозировать, как улучшится жизнь без расстройства пищевого поведения, и подумать, какая нужна работа, чтобы преодолеть симптомы РПП;
- спрогнозировать будущее, если жизни так и останется прежней, с расстройствами пищевого поведения.

Ниже приведен образец письма, которое может послужить примером для пациента, которому трудно представить себе такие перемены.

Дорогая Карен!

Я пишу это письмо из будущего, чтобы ты знала, как я себя чувствую сейчас. Я закончила лечение от анорексии пять лет назад. Хотя были взлеты и падения, сейчас я чувствую себя намного лучше и сильнее. Как я всегда хотела, у меня есть своя собственная квартира — двухкомнатная, и я потратила много времени на ее оформление. Сейчас я вернулась в университет и заканчиваю археологический факультет — было приятно вернуться к учебе. У меня есть парень, он добрый и веселый и помогает мне, когда я чувствую себя подавленной. У меня также есть хорошая компания друзей, и мне нравится общаться — то, о чем я никогда не думала. Я постепенно учусь принимать себя в здоровом весе.

Как ты чувствуешь себя сейчас? Я помню, как анорексия была единственной вещью, которую я могла контролировать, которую никто не мог отнять. Похудение было единственным, что у меня получалось лучше, чем у всех остальных. Я думала, что нашла выход. Но потом становилось все труднее и труднее. Ты все еще пытаешься достичь своего идеального веса и никогда не бываешь счастлива, сколько бы ни сбросила? Я помню, как я всегда так уставала, мерзла, у меня болели суставы. Все беспокоилось обо мне, но я не могла понять, почему. Мне пришлось бросить университет.

Выздоровление требовало столько труда и времени. В некоторые дни мне хотелось сдаться. Но я напоминала себе, какой я хочу видеть свою жизнь. И благодаря поддержке окружающих мне удавалось не сдаваться. Постарайся не забывать делать маленькие шаги и принимать каждый день таким, какой он есть.

С любовью,  
Карен

В противоположность этому, Сара (24-летняя девушка с нервной булимией, подтип “очищение”) написала следующее письмо, представляя, что она не решила проблему расстройства пищевого поведения.

Дорогая Сара!



Я пишу тебе через пять лет из будущего. Жизнь довольно жалкая. Я по-прежнему страдаю от приступов рвоты, и все стало еще хуже. Я ужасно выгляжу, отчасти из-за рвоты, а отчасти потому, что чувствую себя так плохо, что не могу физически ничего делать. У меня мало энергии, и кажется, что я провожу все свое время, беспокоясь о еде и весе. Я не так часто вижу с друзьями, потому что стараюсь избегать ресторанов и мероприятий, связанных с едой. Джонатан ушел от меня около трех лет назад — он больше не мог выносить перепадов моего настроения и постоянных разговоров по поводу моего “идеального” веса.

Иногда я бываю счастлива и забываю о своей булимии, но это никогда не длится долго. Сейчас я начала выпивать по вечерам в одиночестве. Я знаю, что это плохо, но, по крайней мере, так я могу отдохнуть от мыслей о еде и весе. Сара, пожалуйста, сделай что-нибудь со своим расстройством пищевого поведения сейчас. Я бы очень хотела, чтобы ты это сделала.

Искренне твоя,  
Сара

### 6.3.4. Преимущества и недостатки перемен

В дополнение к описанным выше методам оценки плюсов и минусов при расстройствах пищевого поведения, этот метод — один из самых мощных инструментов, который помогает пациентам понять потенциальную ценность перемен. Пациент составляет список преимуществ и недостатков того, чтобы остаться прежним и измениться. Ниже приведен пример списка, составленного Сарой (пациенткой с булимией из предыдущего образца письма).

	Преимущества	Недостатки
<b>Остаться прежней</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снимает стресс</li> <li>• Помогает мне контролировать свой вес, если я достаточно осторожна</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ущерб для моего организма</li> <li>• Перепады настроения</li> </ul>

	Преимущества	Недостатки
<b>Меняться</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшение отношений с парнем</li> <li>• Нормальные мысли о еде</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Я не смогу справиться со своими чувствами</li> <li>• Мне придется справляться самостоятельно</li> </ul>

Затем Сару попросили разделить эти пункты на краткосрочные и долгосрочные.

	Преимущества	Недостатки
<b>Оставаться прежней</b>	<p>Кратко-срочные</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снимает стресс</li> <li>• Помогает контролировать мой вес сейчас (но это может не сработать в качестве долгосрочного метода контроля веса)</li> </ul> <p>Долго-срочные</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перепады настроения</li> <li>• Я не смогу справиться со своими чувствами</li> <li>• Вред для здоровья</li> <li>• Перепады настроения</li> </ul>
<b>Меняться</b>	<p>Кратко-срочные</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшение отношений с парнем</li> <li>• Нормальные мысли о еде</li> </ul> <p>Долго-срочные</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Смогу научиться более эффективным способам справляться с чувствами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В краткосрочной перспективе будет страшно меняться</li> </ul>

Пациенты обычно понимают, что большинство преимуществ сохранения расстройства пищевого поведения эффективны только в краткосрочной перспективе (например, немедленное подавление чувств, комфорт). В долгосрочной перспективе, если оставаться прежним, это не только не сработает, но также может привести к ухудшению самочувствия.

### 6.3.5. Проблемы и цели

Пациенты часто приходят к выводу, что они потеряли представление о том, что они хотели бы изменить в своей жизни и как этого можно достичь с помощью долгосрочных стратегий и планирования конкретных целей. Составление списка проблем и целей помогает пациенту рассмотреть и уточнить, какие аспекты своей жизни он хотел бы изменить [Cooper et al., 2000], и спланировать конкретные цели для изменений.

Например, снова изучим случай Сары.

Проблемы	Цели
Переедание — я ненавижу потерю контроля и необходимость все скрывать	Прекратить переедать и питаться нормально Понять, почему я продолжаю переедать
Рвота — у меня болит горло, и я постоянно чувствую себя измотанной	Уменьшить желание переедать Прекратить вызывать рвоту
Разделяю пищу на безопасную и небезопасную, ем только безопасные продукты, избегаю “нездоровой” пищи и пищи, которая мне раньше нравилась	Питаться нормально, сочетая полезные и не очень полезные продукты, не беспокоясь об этом Начать есть избегаемую ранее пищу, включая еду на вынос
Постоянно в течение дня проверяю объем своих бедер	Перестать следить за своим телом. Меньше беспокоиться о своей фигуре и весе
Оцениваю себя как успешную или неудачницу в зависимости от того, набрала я вес или потеряла	Обрести более реалистичную перспективу и оценивать достижения другими способами (например, отношения, карьера)
Хочу вернуть свою жизнь (хобби, семья, друзья)	Вновь присоединиться к своей команде по нетболу (для здоровой, социальной активности) Постараться улучшить отношения с семьей и друзьями

### **6.3.6. Создание и использование записей с кратким содержанием сеансов**

На протяжении всего процесса повышения мотивации терапевту необходимо просить пациента подытоживать свои мысли и чувства по поводу выполнения заданий и делать соответствующие выводы. Нужно записывать эти выводы (и обновлять по мере необходимости). Записи должны быть легкодоступными. Это позволит пациентам повторно проанализировать процесс и сделать осознанный выбор в том, как действовать дальше. Такие записи — также доступный инструмент повышения мотивации для последующих стадий терапии, когда пациент сталкивается с внутренними и внешними препятствиями, угрожающими подорвать процесс перемен.

## **6.4. Устранение проблем: общие проблемы при мотивационном анализе и при повышении мотивации**

---

Как уже упоминалось ранее, мотивация пациента к переменам будет меняться в процессе лечения, особенно при попытке отказаться от более эгосинтонических форм поведения.

Мотивацию нужно регулярно пересматривать. Для этого могут потребоваться сеансы “повышения” мотивации.

### **6.4.1. Устранение сомнений в мотивации**

Если пациент чувствует, что его мотивация ослабевает (например, сообщает, что “голос РПП” начинает оказывать более сильное влияние на мысли, чувства и поведение (см. ниже)), важно совместно проанализировать проделанную до сих пор работу по мотивации. Полезно также совместно проанализировать цели, поставленные в начале лечения, и отметить шаги, которые пациент уже предпринял. Некоторые пациенты ожидают, что они должны были достичь своих целей немедленно. Необходимо использовать личный опыт пациента для оказания помощи другим людям, чтобы узнать что-то новое. Можно привести такой пример.

Когда вы учите людей плавать, ожидаете ли вы, что они сразу же смогут это сделать? Как вы реагируете, если у них не получается сразу? Помогает ли им ваше раздражение быстрее научиться плавать?

Большинство пациентов понимают, что это нормально, когда трудно учиться чему-то новому, особенно когда это эмоционально сложно.

### 6.4.2. Плюсы и минусы перемен

Еще одна полезная техника заключается в расширении списка “за” и “против”, разработанной в начале процесса мотивации (см. выше). Следует использовать доску, чтобы нарисовать строки, обозначающие плюсы и минусы процесса перемен.

Однако теперь должно быть три колонки: “До/в начале лечения”, “Сейчас” и “В будущем”. Таблицу необходимо начать заполнять на сеансе и продолжить в качестве домашнего задания. Как образец можно использовать следующий пример: Кейт проходит курс лечения уже шесть месяцев. В начале лечения она страдала от эпизодов переедания и очищения, а ее индекс массы тела составлял 15,1. Во время лечения она потеряла работу из-за расстройства пищевого поведения. Ей удалось наладить правильный режим питания (2-3 раза в день). Ее вес увеличился до ИМТ 16,8. Тем не менее прием пищи для нее — это постоянная борьба. Она не уверена, что способна работать над дальнейшим увеличением веса.

	<b>Основная цель и принцип</b>
<b>Терапевт.</b> Кейт, сегодня мы говорили о том, что на данном этапе лечения вы чувствуете себя заторможенной. Если я правильно вас понял, вы сделали некоторые изменения, например, набрали вес и ввели регулярное питание, но вам трудно двигаться вперед. Иногда вы задумываетесь о том, не лучше ли вернуться к тому, что было раньше.	<i>Подведение итогов и повторное определение позиции пациента</i>
<b>Кейт.</b> Да, по крайней мере, раньше я чувствовала, что контролирую ситуацию.	
<b>Терапевт.</b> Мне интересно, действительно ли сейчас все стало хуже?	<i>Сопереживание пациенту</i>
<b>Кейт.</b> Да.	

	<b>Основная цель и принцип</b>
<b>Терапевт.</b> В настоящий момент вы застряли в очень неудобном положении, не зная, куда двигаться — вперед или назад. Можете ли вы вспомнить, как в начале лечения мы составляли список ваших “за” и “против” перемен?	<i>Связь текущей ситуации с прошлым</i>
<b>Кейт.</b> Хорошо.	
<b>Терапевт.</b> Я бы хотел сделать что-то подобное, только с учетом этапа лечения, на котором вы сейчас находитесь. Как вам такое?	<i>Проверка приемлемости пациентом</i>
<b>Кейт.</b> Хорошо.	

Врачу нужно нарисовать таблицу с двумя строками, обозначенными “за” и “против”, и тремя столбцами — “до”, “сейчас” и “после”. Пациенту необходимо, аналогично первоначальному заданию о “плюсах” и “минусах”, совместно с врачом заполнить таблицу (табл. 6.3). При выполнении этого задания полезно иметь в наличии первоначальное задание, чтобы легче определять, как могли измениться плюсы или минусы. Например, Кейт смогла выделить, что, хотя во время выполнения первоначального задания она думала, что контролирует свой прием пищи, она поняла со временем, что это не так.

Жирная линия в таблице используется для того, чтобы подчеркнуть, что оставаться в текущей позиции, вероятно, будет очень сложно, а пунктирные линии указывают на “изменчивость” позиции. Другими словами, попытка быть “немного анорексичной” не выдерживает критики, и можно либо двигаться вперед к позитивным переменам (что трудно, но потенциально полезно), либо вернуться к исходной анорексичной позиции (которая может показаться изначально более привлекательной, но в конечном итоге разочаровывает). Это поможет пациентам уйти от черно-белого мышления — “Я ничего не достиг” и “Я полностью излечился” — критического изменения в мышлении. Поскольку это означает, что пациент видит, что он получил пользу от своих трудов, но ему еще предстоит пройти путь, чтобы достичь точки, где он будет стабилен и счастлив. Это помогает пациентам увидеть преимущества необходимых перемен.

**Таблица 6.3.** Плюсы и минусы перемен для Кейт

	До	Сейчас	После
<b>Плюсы</b>	<p>Довольна своим весом</p> <p>Не беспокоюсь о проблемах</p> <p>Чувствую контроль</p>	<p>Осознаю свои проблемы</p> <p>Иногда состояние улучшается</p> <p>Перестала переедать</p> <p>Не использую слабительные</p> <p>Меньше устаю</p> <p>Не теряла сознания в последнее время</p>	<p>Избавилась от симптомов РПП,</p> <p>вернула прежнюю жизнь</p> <p>Нормально отношусь к еде</p> <p>Нашла любимую работу</p> <p>Могу контролировать происходящее и наслаждаться этим</p> <p>Не сосредоточиваю внимание на вопросах питания, фигуры, веса</p> <p>Моя физическая форма позволяет мне посещать танцевальные занятия</p>
<b>Минусы</b>	<p>Я была постоянно уставшая</p> <p>Рвота — это отвратительно</p> <p>Использовать слабительные средства — вредно и опасно</p> <p>Постоянно переживала, что поправлюсь</p> <p>Ссоры в семье</p> <p>Перестала общаться с друзьями</p> <p>Было сложно и опасно танцевать</p>	<p>Потеряла работу</p> <p>Не могу смотреть на себя в зеркало</p> <p>Члены семьи меня поддерживают, постоянно хвалят за достигнутые успехи и заставляют есть еще больше</p> <p>Возможен рецидив</p>	<p>Нужно еще набрать вес</p> <p>Нужно решить вопрос с поступлением в университет</p>

Используя метод вопросов Сократа, Кейт смогла составить список. Она поняла, что, хотя и *чувствует* себя застрявшей, она сделала значительные шаги. Она также смогла понять, что у нее есть склонность идеализировать прошлое, думая: “Если бы я только похудела, все мои проблемы исчезли бы”. Она отметила, что, когда количество минусов постепенно уменьшалось во время продвижения к будущему, список плюсов постепенно увеличивался. Оказалось, что колонка “сейчас” была наиболее сбалансированной, что отражало чувство Кейт об отсутствии прогресса и ее стремление двигаться вперед. Затем Кейт и врач изучили потенциальные недостатки и преимущества дальнейших перемен и прежнего состояния.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Мы обсуждали, что большинство ваших плюсов находятся в колонке “сейчас” и “после”, а большинство минусов — в колонке “сейчас” и “до”. Глядя на вашу графу “сейчас”, возникает вопрос, хотите ли вы сохранить эти характеристики в будущем, например, прекратить переедать и использовать слабительные средства?	<i>Обобщение и выделение новой информации</i>
<b>Кейт.</b>	Да.	
<b>Терапевт.</b>	Я собираюсь стереть эту линию (между “сейчас” и “после”) и утолщу линию здесь (между “сейчас” и “до”), чтобы показать эти изменения. Итак, вы начали этот процесс движения к будущему. (Сделать аналогичным образом со строкой “минусы”).	<i>Уточнение списка</i>
<b>Кейт.</b>	Когда это записано, легче вспомнить, почему я это делаю. Я не хочу оставаться там, где я есть, потому что это приближает меня к тому, чтобы снова заболеть, а я этого не хочу.	



	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Вы хотите сказать, что нельзя оставаться посередине, потому что в этом случае вы рискуете сдаться. Это самое опасное место, где можно оказаться в процессе лечения.	<i>Делаем вывод, что вы не можете быть “немного анорексичной”</i>
<b>Кейт.</b> Да, и хотя я чувствую себя немного лучше, чем раньше, но я знаю, что не могу оставаться здесь, потому что хочу жить дальше, найти другую работу и быть более независимой от своей семьи.	

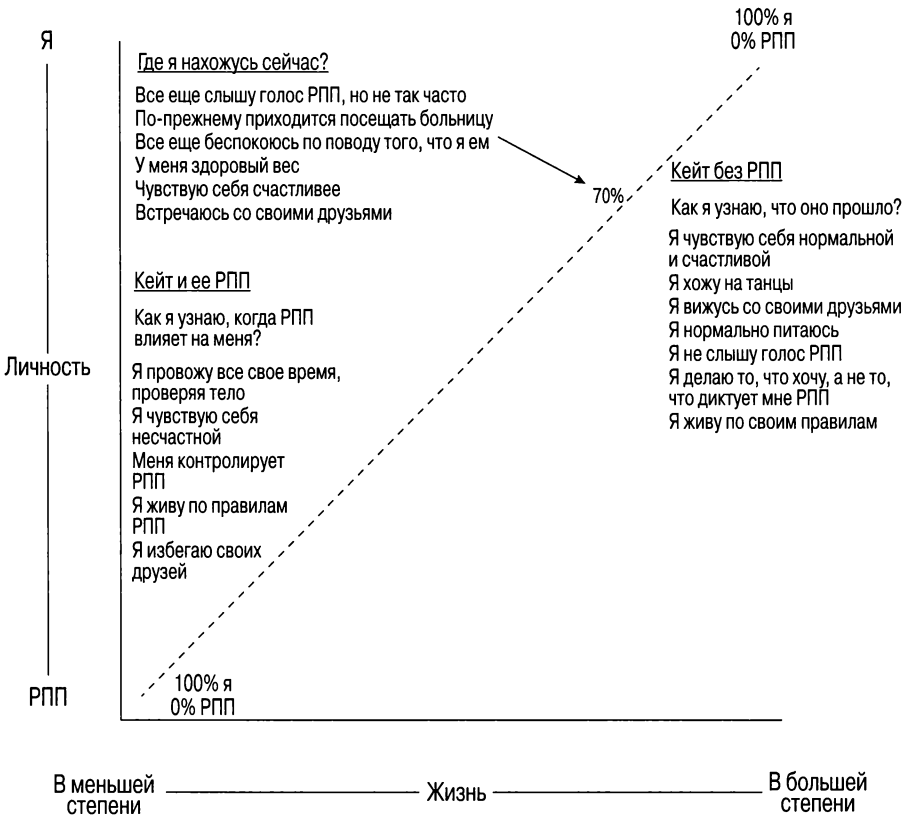
### 6.4.3. Отпускаем расстройства пищевого поведения

Ранее отмечалось, что многие пациенты воспринимают расстройство пищевого поведения как друга или как часть своей личности. Это может стать проблемой на более поздних стадиях терапии, поскольку пациенту трудно отказаться от этих отношений. Пациент может добиться клинически и личностно значимых перемен в ходе лечения (например, улучшить настроение, устроиться на работу, восстановить дружеские отношения, повысить самооценку, немного прибавить в весе, улучшить питание), но по-прежнему считать себя анорексиком или булимиком. В этом случае черно-белое мышление затруднит внесение существенных изменений в поведенческие и когнитивные симптомы.

Используя метод вопросов Сократа, попросите пациента рассказать о позитивных изменениях, которые он произвел. Затем можно спросить: “Учитывая все эти изменения, мне интересно, почему вы все еще продолжаете бороться с расстройством пищевого поведения? Зачем оно нужно вам сейчас?” Часто пациент отвечает, что не может представить себе жизнь без расстройства пищевого поведения (воспринимая его либо как друга, либо как неотъемлемую часть своей личности). Ниже приведен один из способов исследования этого убеждения, с помощью развития континуального мышления, которое заменит черно-белое мышление.

На доске нужно провести линию, левый конец которой обозначить как “Я с расстройством пищевого поведения”, а правый — “Я без расстройства пищевого поведения” (рис. 6.1). Затем пациент должен

рассказать или описать, откуда он знает, что у него есть расстройство пищевого поведения (что он чувствует, что делает и т.д.), и этот список добавляется к левому концу линии. Затем врач спрашивает, бывают ли моменты (неважно, насколько незначительные), когда пациент не замечает или не чувствует, что у него есть расстройства пищевого поведения (например, когда гуляет с друзьями и развлекается). Постепенно создается картина того, какой могла бы быть жизнь пациента без РПП. Это нужно добавлять в правую часть рисунка. Затем пациента просят распределить в процентах время, когда он испытывает или не испытывает симптомы расстройств пищевого поведения, и поставить отметку на линии, чтобы показать, где, по его мнению, он находится на этом континууме в настоящее время.



**Рис. 6.1.** Нужно ли мне мое расстройство пищевого поведения?

Чтобы приблизиться к концу линии, где нет расстройств пищевого поведения, пациента просят определить моменты, когда он все еще чувствует, что его РПП заметно. Так можно рассмотреть стратегии преодоления РПП (например, если он все еще иногда ощущает “голос анорексии”, ему, возможно, нужно мысленно бросить вызов авторитету этого голоса). Цель этого задания — побудить пациента осознать незначительную роль, которую играет его расстройство пищевого поведения, и подумать о том, может ли он на самом деле представить себя как личность без РПП.

#### **6.4.4 Если пациент не готов к изменениям**

Иногда случается, что пациент еще не готов изменить свое пищевое поведение или может внести только некоторые изменения, но этого недостаточно для преодоления симптомов РПП. Это может быть связано с практическими препятствиями для терапии (например, отношения, которые пациент еще не готов прервать, необходимость медицинского лечения) или с тем, что пациент находится на стадии подготовки к переменам. Для улучшения терапевтического эффекта важно, чтобы реакция врача на таких пациентов не была пренебрежительной или враждебной. Следует признать, что пациент зашел настолько далеко, насколько это возможно на данной стадии. В таком случае ему будет полезен подход, направленный на максимальное повышение качества жизни и безопасное существование с РПП. Важно делать это в контексте признания того, что пациенту, возможно, придется жить больший промежуток времени с последствиями своего поведения, прежде чем он сможет перейти от краткосрочной к долгосрочной перспективе. Это необходимо для развития готовности к изменениям. При обсуждении этого вопроса с пациентами будет полезной приведенная ниже аналогия.

#### **Колючий джемпер**

Ваше расстройство пищевого поведения похоже на джемпер. Когда вы впервые надеваете его, он хорошо согревает вас. Однако это не самый лучший джемпер, и поэтому через некоторое время он начинает колоться и раздражать. Иногда вам хочется снять его, но вы знаете, что в этом случае вам будет холодно, поэтому вы терпите зуд. Со временем, однако, терпеть зуд становится все труднее и труднее. Он становится все более дискомфортным, и, хотя

джермпер по-прежнему согревает вас, вы начинаете задумываться о лучших способах согреться.

Если вы решили, что пришло время снять джермпер, важно сначала изучить другие способы согреться (*стадия планирования в модели "Стадии изменений"*). Однако если вы решите пойти по этому пути, в какой-то момент вам придется снять колючий джермпер и некоторое время побыть в холоде, пока вы будете искать другие способы согреться. В краткосрочной перспективе это неудобно, но в долгосрочной перспективе это позволит вам сохранять тепло без раздражения и зуда.

Если в настоящее время вы не чувствуете в себе сил изменить свое пищевое поведение, это может быть связано с тем, что ваш джермпер еще не настолько колет, чтобы вам хотелось рисковать из-за этого почувствовать холод. В этом случае вам, возможно, придется продолжать носить джермпер еще некоторое время. В то же время, возможно, полезно поискать другие способы согреться, которые можно попробовать использовать, не снимая колючего джермпера.



## **Справочник по важным вопросам диетологии и питания**

Все терапевты, которые работают с расстройствами пищевого поведения, должны иметь базовые знания о еде и диетических потребностях, поскольку измененное потребление пищи — основной симптомом всех этих расстройств, а выработка правильного режима питания — ключевая поведенческая цель лечения. Хотя многие пациенты утверждают, что хорошо разбираются в вопросах питания, в большинстве случаев это не так. А убеждения, которые у них есть, скорее сформированы через “призму расстройств пищевого поведения” (т.е. основываются на расстройствах пищевого поведения, а не на принципах здорового питания). В большинстве случаев пациентам не нужно обращаться к специалисту-диетологу, чтобы получить основные рекомендации по рациону питания, необходимые для восстановления. Однако есть некоторые исключения, которые будут рассмотрены далее. Врачам, работающим с расстройствами пищевого поведения, необходимо сотрудничать с диетологом, чтобы иметь возможность обсуждать с ним случаи и вопросы о питании, а также направлять к нему пациентов в случае необходимости.

### **7.1. Чем служит пища при расстройствах пищевого поведения**

---

Развитие симптомов РПП — это переход от использования пищи в основном по позитивным причинам (например, для удовольствия, поддержания физического здоровья) к ее использованию в большей степени для подавления негативных переживаний (например, для преодоления эмоциональных проблем). Это можно представить в виде континуума голода, где физический голод и эмоциональный голод являются двумя крайностями. В современном обществе даже те, кто не страдает расстройствами пищевого поведения, едят по эмоциональным причинам и по инерции (например, едят от скуки или идут в кино

и едят попкорн, потому что это обычное дело), а также из-за настоящего физического голода. Однако для большинства людей чаще всего основным побуждением к приему пищи является физический голод. Для сравнения, мотивация есть или не есть у людей с расстройствами пищевого поведения, как правило, больше склоняется к эмоциональному голоду. Поэтому цель лечения симптомов РПП заключается в том, чтобы в процессе лечения мотивация в большей степени приблизилась к физическому концу континуума (возможно, даже больше к физическому голоду, чем у большинства людей) из-за влияния расстройства пищевого поведения на способность пациента физически регулировать потребление пищи, как описано ниже.

При расстройствах пищевого поведения пациент игнорирует или избегает физическое желание поесть до такой степени, что ему трудно определить, что такое настоящий голод. Например, в условиях низкого веса происходит задержка опорожнения желудка, то есть пища гораздо дольше проходит из желудка в тонкий кишечник (около четырех часов, а не двух, как у людей с нормальным весом), где происходит всасывание питательных веществ. Это приводит к тому, что пациенты чувствуют неприятное чувство переполнения и тяжести даже при очень малом количестве съеденной пищи — часть нормальной реакции на полуголодное существование. Положение значительно улучшается после нескольких недель регулярного питания. Аналогичным образом, есть доказательства того, что в период нахождения на низком уровне веса временно меняется нормальное физиологическое распознавание голода и сытости даже после возвращения к нормальному весу (например, тенденция к перееданию после нервной анорексии). Кроме того, эмоциональные состояния оказывают влияние на голод (например, чувство тревожности приводит к подавлению голода в результате реакции “бей или беги” или усилению “эмоционального” голода в ответ на негативные чувства). В сочетании с физическими изменениями чувства голода такие нарушения означают, что пациенты действительно с трудом понимают, когда и сколько им нужно есть, даже если они хорошо мотивированы на правильное питание.

Поэтому сложно ожидать, что пациенты просто вернуться к нормальному питанию без рекомендаций и советов. Цель данной главы — предоставить терапевтам, не имеющим специализированного образования в области питания и нутрициологии, базовые знания и навыки, чтобы

они могли помогать пациентам улучшать их процесс потребления пищи и отношения с ней.

## 7.2. Гид по питанию для начинающих: что нужно знать врачам и пациентам

---

Цель данного раздела — дать очень базовый обзор принципов питания. Он не заменит индивидуальные рекомендации, которые врач-диетолог может дать пациенту. Но предоставит некоторую базовую информацию о понятиях и применении принципов диетологии.

Важно помнить, что все продукты питания представляют собой смесь питательных веществ (например, хлеб — это в основном углеводы, но содержит белок, клетчатку, минералы и очень небольшое количество жира). Поэтому продукты нельзя рассматривать как “хорошие” или “плохие”. Хотя избежать распространенных заблуждений непросто, врачу все же важно избегать деления продуктов питания таким образом.

Существует семь основных питательных веществ, которые по-разному сочетаются в различных продуктах питания.

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Белки</li> <li>• Углеводы</li> <li>• Жиры</li> <li>• Минералы</li> <li>• Витамины</li> <li>• Пищевые волокна (клетчатка)</li> <li>• Вода (не является питательным веществом, но необходима для жизни)</li> </ul>	}	Вещества, обеспечивающие энергию (более подробную информацию о них см. в психообразовательных материалах)
---	---	---

---

Многие пациенты имеют неверные представления и/или получили неправильную информацию об основных питательных веществах, особенно об энергоемких (углеводы, жиры и белки, а также алкоголь, о котором речь пойдет ниже). Важно провести соответствующее психообразование, чтобы помочь пациенту изменить эти неверные представления. Однако, поскольку все продукты питания состоят из смеси питательных веществ, с практической точки зрения с пациентами полезнее обсуждать группы продуктов, как будет описано далее.



Продукты, имеющие сходную смесь питательных веществ, объединяются в одну из пяти продуктовых групп, которые используют как основу в современных рекомендациях по здоровому питанию. Существуют различные варианты представления “здорового” рациона питания, и в Великобритании используется вариант “Рациона правильного питания”, представленный на рис. 7.1 с диаграммной версией (воспроизведено с разрешения Управления по образованию в области здравоохранения Великобритании [*Health Education Authority, 1994*]):

- хлеб, крупы и картофель;
- мясо, морепродукты и аналоги;
- молоко и молочные продукты (а также некоторые соевые продукты);
- фрукты и овощи;
- продукты, содержащие жир; продукты, содержащие сахар.

Группа “Продукты, содержащие жир, и продукты, содержащие сахар” нужно разделить на два дополнительных раздела.

*Незаменимые жиры.* В них содержатся незаменимые жирные кислоты и витамины (например, витамины D и E), которые необходимы для здоровья (более подробную информацию см. в психообразовательном материале) и должны употребляться ежедневно.

*Лакомства* или “еда для удовольствия” (например, шоколад, торты, кремовые десерты). Они не содержат питательных веществ, которые не могут обеспечить другие группы продуктов. Но могут быть частью здорового питания, если употребляются умеренно и в контексте правильного питания, обеспечивающего все остальные питательные вещества. Для полного выздоровления пациенты должны быть способны употреблять эти продукты в нормальных количествах в рамках здорового рациона питания. Однако перед этим важно рассмотреть другие аспекты питания, чтобы рацион пациента улучшился в целом и он стал более уверенным в том, как его организм использует пищу.

В табл. 7.1 приведены примеры продуктов питания и пищевых групп, к которым они относятся. Конечно, главная задача состоит в том, чтобы использовать эти знания и превратить их в осознанные планы питания, которые пациент сможет использовать. Именно об этом пойдет речь в книге далее.



**Рис. 7.1.** План здорового питания. Обратите внимание, что, хотя на этом плане показано правильное соотношение групп продуктов, необходимых в рационе, важно понимать, что каждый прием пищи не обязательно должен выглядеть именно так

### 7.3. Из чего должен состоять правильный план приема пищи?

Последующие разделы содержат информацию относительно специфических аспектов рациона питания пациентов с расстройствами пищевого поведения. Рекомендации по питанию, которые дает врач пациентам, должны быть более обширные и обоснованные, в отличие от тех, которые получает обычный человек без РПП. Внимание людей в основном должно быть сосредоточено на повышенном риске возникновения проблем со здоровьем (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, некоторые формы рака и т.д.) в результате употребления большого количества продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и низким содержанием клетчатки при низком уровне физической активности. Такие призывы к уменьшению количества жиров, увеличению потребления фруктов и овощей и повышению уровня активности могут быть неправильно истолкованы или доведены до крайности пациентами с расстройствами пищевого поведения.



	Хлеб, крупы и картофель	Мясо, морепродукты и аналоги	Молоко и молочные продукты	Фрукты и овощи	Продукты, содержащие полезные жиры	Продукты, содержащие жир/продукты, содержащие сахар
<b>Какие питательные вещества содержат продукты этой группы?</b>	Углеводы (крахмал) Клетчатка Немного кальция и железа Витамины группы В	Белки Железо Витамины группы В, особенно В12 Цинк Магний	Кальций Белки Витамин В12 Витамины А и D	Витамин С Каротин (разновидность витамина А) Фолиевая кислота Клетчатка Углеводы	Жиры Витамины D и E Полезные жирные кислоты	Состоят преимущественно из сахара и жиров, но содержат и другие питательные вещества
<b>Сколько следует употреблять?</b>	Каждые 3-4 часа большая порция при каждом приеме пищи и в перекусах	Некоторым достаточно 2 порций, а некоторым — 3.	Три порции в день	Пять порций в день	Небольшими порциями (каждая по 2-3 чайные ложки) желательны при каждом приеме пищи, особенно на завтрак и обед	1-3 порции в день

Терапевт должен организовать рацион питания пациента с РПП так, чтобы он потреблял соответствующую пищу в нормальном/адекватном количестве (т.е. крахмалистые углеводы, белки, жиры, молочные продукты, наличие в рационе нормального количества таких “лакомств”, как торт). Врач также должен контролировать, чтобы пациент не заменял другие жизненно важные группы продуктов фруктами и овощами и чтобы уровень его активности не был чрезмерным.

Стандартный план приема, который используют врачи, показан на рис. 7.2. Его следует скопировать, чтобы пациенты могли работать с ним (заменяя бренды продуктов по мере необходимости в разных странах). Он базируется на трансдиагностическом подходе. В основе такого плана приема пищи лежит принцип, которому должен следовать пациент. Важно, чтобы он перешел к такому питанию, при котором риск потери контроля над приемом пищи минимальный, благодаря регулярному питанию в течение дня, основанному на широком разнообразии продуктов. Таким образом, принципы составления такой особой диеты в основном одинаковы как для пациентов с нервной анорексией, так и с нервной булимией или приступообразным перееданием.

Далее авторы сначала предоставят описание плана приема пищи (см. рис. 7.2), затем подробную информацию о его различных составляющих (основных приемах пищи и перекусах).

### **7.3.1. Приемы пищи**

Как было сказано выше, три основных приема пищи — неотъемлемая часть любого плана питания. Врачу необходимо потратить время, чтобы помочь пациенту разработать подходящий и соответствующий план приема пищи. В табл. 7.2 показана основная структура каждого приема пищи. Более подробная информация о каждой группе продуктов приведена ниже.

Необходимо, чтобы каждый основной прием пищи (ланч и обед) состоял из двух блюд (например, основное блюдо и десерт). Завтрак в идеале также должен состоять из двух блюд, например, тостов и хлопьев, но это не принципиально.

### Базовый план приема пищи

Этот план — базовое руководство по рациону питания на один день. Но его можно использовать как план для приема пищи и более длительный период. Важно, чтобы вы ели все углеводные продукты, *выделенные курсивом*. Цельнозерновые продукты и продукты с высоким содержанием клетчатки лучше утоляют голод.

Разница в количестве связана с разными энергетическими потребностями людей. Со временем вы сможете лучше определять необходимое вам количество. Но для начала рекомендуется точно следовать плану. Звездочки показывают, что этот продукт можно заменить другими продуктами со схожей пищевой ценностью (подходящие замены см. в следующей таблице). Достаточное количество жидкости, которое необходимо выпить за один день — 1,5–2 литра (8–10 стаканов).

<b>Ежедневно</b>	200–300 мл (1/3 — 1/2 пинты) молока в чай и кофе
<b>Завтрак</b>	Фруктовый сок или фрукт <i>6 столовых ложек цельнозернового продукта (30–50 г)*</i> с молоком или йогуртом <i>1-2 больших ломтика хлеба**</i> с маслом/маргарином и джемом или чем-то подобным
<b>Первый перекус</b>	1 порция свежих фруктов или 2 несдобных печенья, или что-то похожее
<b>Обед</b>	<i>2–4 больших ломтика хлеба**</i> Мясо/рыба/сыры/бобовые/фасоль/орехи/семечки/яйца Овощи или салат <b>Десерт</b> — порция йогурта (не обезжиренного) и порция фруктов
<b>Второй перекус</b>	1 порция свежих фруктов или 2 несдобных печенья/цельнозерновой батончик/булочка/пирожное
<b>Ужин</b>	Мясо/рыба/сыры/бобовые/фасоль/орехи/семечки/яйца <i>2–4 больших ломтика хлеба**</i> Овощи или салат <b>Десерт***</b>
<b>Третий перекус</b>	<i>1-2 ломтика хлеба/сухарика/кекса</i> с маслом/маргарином или 2 несдобных печенья плюс молочный напиток

Рис. 7.2. Базовый план приема пищи

### Замены

Обеденные и вечерние блюда можно менять местами, как и сами продукты хотя формат блюд должен оставаться таким, как указано в таблице. В приведенном ниже списке представлены альтернативы продуктам, отмеченным звездочками. Вы можете заменять их соответствующим количеством по своему усмотрению. Стремитесь к разнообразию продуктов в вашем плане питания, чтобы достичь сбалансированного рациона.

Цельнозерновой продукт*	<p>6 столовых ложек цельнозернового продукта</p> <p>30 г (1 унция) более легких хлопьев, например, Rice Krispies/Special K</p> <p>50 г (2 унции) более калорийных хлопьев, например, мюсли, хлопья с отрубями и т.д.</p> <p>2 батончика Weetabix/дробленая пшеница</p>
2–4 больших ломтика хлеба*	<p>3 небольших ломтика хлеба</p> <p>1 большая или 2 маленькие булочки, или 1 рогалик</p> <p>50–75 г (2–3 унции) риса, макарон, кускуса (вес сухого продукта)</p> <p>4–5 картофелин размером с яйцо или 3 небольших жареных картофеля, или 18 небольших чипсов</p> <p>200–250 г картофеля в мундире</p> <p>2 горки или 3 столовые ложки картофельного пюре</p> <p>120 г (4 унции) пиццы</p>
Десерт (варианты)***	<p>Небольшой кусочек торта</p> <p>Маленькая баночка рисового пудинга или десерт в упаковке (не диетические виды)</p> <p>50 г шоколадной плитки</p> <p>2 шарика мороженого</p>

**Рис. 7.2.** Базовый план приема пищи (окончание)

**Таблица 7.2.** Схематический состав отдельных приемов пищи

<b>Завтрак</b>	<b>Ланч и ужин</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Крахмалистые углеводы</li> <li>• Кальциевая пища</li> <li>• Фрукты или овощи</li> <li>• Белки (по желанию)</li> <li>• Жиры (по желанию)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Крахмалистые углеводы</li> <li>• Белки</li> <li>• Жиры</li> <li>• Фрукты или овощи</li> </ul> <p><i>Десерт</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кальциевая пища</li> <li>• Десерт/“лакомства”</li> </ul>

### 7.3.2. Перекусы

Хотя большинство пациентов согласны с тем, что им необходимо трехразовое питание, многим трудно смириться с тем, что перекусы составляют важную часть их рациона. Это может быть вызвано многими причинами. Например, они могли вырасти в семье, где не разрешали делать перекусы, или они могут ассоциировать перекусы с потерей контроля над собой, и как результат — перееданием или набором веса. Стоит потратить время и узнать отношение пациента к перекусам. Если у него есть сомнения по этому поводу, их нужно обсудить. Это заблуждение, что перекусы не обязательны, так как большинству людей необходимо от одного до трех запланированных перекусов в день. Исключение составляют люди очень хрупкого телосложения, которые находятся в нижней части нормального диапазона веса и роста (например, юные девушки и женщины азиатского или китайского происхождения). Однако важно не следовать этому “заблуждению” слишком жестко, поскольку даже этой группе людей может потребоваться более частое питание, чем три раза в день.

Тип необходимого перекуса будет зависеть от того, когда выпадает промежуток между приемами пищи, насколько активным был человек после последнего приема пищи и от его фактической массы тела. Например, интенсивные занятия спортом, скорее всего, увеличат потребность человека в еде. А человеку с весом 100 кг и более потребуется больше еды в течение дня, чем человеку с весом 50 кг. Ниже приведены два основных принципа, по которым следует составлять план питания.



- Если промежуток между приемами пищи превышает 3-4 часа, уровень сахара в крови начинает снижаться, что усиливает чувство голода и повышает вероятность переедания. Поэтому необходимо перекусить углеводами или белком (например, несдобное печенье, овсяные лепешки, батончик из мюсли — это углеводные перекусы; белковые перекусы: йогурт или горсть орехов).
- Если перерыв между приемами пищи составляет менее 3-4 часов, то больше подойдут фрукты или горячий напиток.

Однако врачу важно ориентироваться на то, насколько голоден пациент, а также на собственные знания о том, насколько можно быть голодным при большом перерыве между приемами пищи или при занятиях физическими упражнениями. Лучше поощрять большее, а не меньшее количество перекусов, так как риск переедания гораздо выше, если потребление пищи ниже нормы и не распределено должным образом. В то же время риск увеличения веса от одного или двух подходящих перекусов в день — незначителен (более подробное объяснение в главе 13).

Важно не заблуждаться в том, что пациент может обойтись без перекуса в конце дня. Это заблуждение, что пища, съеденная поздно вечером, превращается в жир. А соответствующий перекус поможет пациенту лучше спать (никто не спит хорошо, если он голоден). Многие люди едят вечером относительно рано (около 6 часов вечера), а затем ложатся спать не раньше 11 вечера или полуночи. Поэтому, скорее всего, к этому времени они уже проголодаются. Также стоит поощрять перекусы, если пациент употребляет алкоголь вечером, особенно если ужин был съеден на несколько часов раньше (если вообще был). Это связано с тем, что алкоголь снижает уровень сахара в крови, что усиливает чувство голода либо в момент употребления, либо на следующий день. Есть еще один момент, который следует отметить в отношении алкоголя. Он заключается в том, что алкоголь снижает контроль над импульсами. Таким образом, если пациент употребляет много алкоголя, это создает предпосылки для последующего переедания. Многие люди, выздоравливающие от расстройств пищевого поведения, приходят к выводу, что им необходимо некоторое время избегать алкоголя для достижения желаемого результата. Употребление алкоголя более подробно рассматривается дальше (раздел 7.6.6 этой главы).

### 7.3.3. Продукты, богатые кальцием

Всем взрослым для достижения суточной потребности в этом минерале (700 мг) необходимо есть три порции продуктов, богатых кальцием, в день. Эта потребность возрастает, если пациент имеет низкий вес (ИМТ < 18,5) или если это женщина, у которой долгое время не было менструации. Некоторым пациентам по этим причинам можно назначить кальциевые добавки. Хотя не существует веских доказательств эффективности таких добавок. Однако рацион таких пациенток все равно должен содержать продукты, богатые кальцием, поскольку такой рацион обеспечивает и другие питательные вещества (и эти пациенты могут иногда забывать принимать добавки). Дети и подростки также нуждаются в кальции больше, чем взрослые. Юношам в возрасте от 11 до 18 лет требуется эквивалент 4 порций богатых кальцием продуктов в день, а девушкам этого возраста — 3-4 порции. Грудное вскармливание также приводит к увеличению потребности в кальции (еще 550 мг в день или еще 2 порции богатой кальцием пищи). Одна порция богатой кальцием пищи (обеспечивающая 200–250 мг кальция) выглядит следующим образом:

- 200 мл (1/3 пинты) молока (жирного, полужирного или обезжиренного);
- одна средняя порция йогурта (125–150 г);
- 40–50 г сыра;
- средняя порция сыра или белого соуса, приготовленного на молоке (около 90 г);
- средняя порция тофу (бобовый творог).

Другие продукты также содержат кальций, но именно молочные продукты являются лучшим источником, так как они содержат кальций в форме, которая лучше всего усваивается. Если пациент избегает употребления молочных продуктов по какой-либо причине (например, если он веган, или потому что ему поставлен медицинский диагноз непереносимости молочных продуктов, или он сам поставил себе такой диагноз), важно, чтобы диетолог оценил рацион и убедился, что пациент удовлетворяет свои потребности в кальции. Это особенно актуально, если у пациента низкий вес или аменорея в течение некоторого

периода времени. Такое ограничение в употреблении необходимо подробно обсудить на соответствующей стадии терапии, так как, возможно, что это является симптомом расстройств пищевого поведения.

### **7.3.4. Фрукты и овощи**

Большинство людей знают, что в справочниках по здоровому питанию рекомендуют употреблять 5 порций фруктов и овощей ежедневно. Однако многие люди с расстройствами пищевого поведения считают фрукты и овощи “безопасными” и очень полезными. Из-за такого убеждения в итоге они могут съесть гораздо больше этого количества, обычно в ущерб другим важным группам продуктов. Это может значительно усиливать чувство сытости, особенно у людей с низким весом, у которых замедлено опорожнение желудка из-за голодания. Употребление большого количества фруктов и овощей может способствовать вздутию желудочно-кишечного тракта, диарее у одних и запорам у других. Чрезмерное потребление фруктов также может увеличить риск возникновения стоматологических проблем из-за высокого содержания кислот и относительно большого количества сахара в большинстве фруктов. Поэтому важно подчеркнуть, что, пока остальная часть рациона не станет более сбалансированной, рекомендуется употреблять не более 5 порций в день — это максимум, который следует съесть.

Фруктовый сок — альтернатива свежим фруктам (как и сушеные или консервированные фрукты). Не следует чрезмерно употреблять его из-за содержания сахара и кислот. Люди с расстройствами пищевого поведения подвержены повышенному риску возникновения стоматологических проблем, особенно если вызывают рвоту или у них низкий вес или и то и другое. Кислота и сахар во фруктовом соке могут способствовать возникновению проблем с зубами, несмотря на то, что это фруктоза. Лучше всего употреблять фруктовый сок во время еды, потому что после еды выделяется больше слюны, которая помогает нейтрализовать кислоту. Из-за содержания сахара (около 9 г на 100 мл, по сравнению с колой, которая содержит около 11 г на 100 мл) и низкого содержания пищевых волокон фруктовый сок можно употреблять вместо порции фруктов только один раз в течение дня. Таким образом, нужно достичь употребления 5 порций фруктов, включительно с порцией сока вместо фруктов.

### 7.3.5. Традиционные десерты/“еда для удовольствия”

Хотя приоритетная задача — улучшение потребления пациентом питательных продуктов, врач должен научить пациента включать в рацион “лакомства” — это важный шаг на пути к выздоровлению. В эту группу входят традиционные пудинги (например, бисквиты и заварные кремы), снеки (например, шоколадные батончики или чипсы) и “уличная” еда (например, гамбургеры и картофель фри). В прошлом такие продукты ассоциировались с праздниками (например, торт на день рождения), но сегодня они — привычная составляющая рациона. Люди обычно потребляют от одной до трех порций этих продуктов в день — это вполне соответствует рекомендациям по здоровому питанию.

Такие продукты важны при лечении расстройств пищевого поведения по трем причинам. Во-первых, наличие таких продуктов в плане питания поможет предотвратить приступ переедания или чрезмерное потребление, поскольку регулярное употребление нормального количества этих продуктов означает, что пациент с меньшей вероятностью захочет их в другое время. Во-вторых, употребление таких продуктов — часть нормального социального питания в современном обществе. Поэтому необходимо обсудить этот вопрос, чтобы пациенты могли социально интегрироваться в своем окружении. Наконец, для пациентов, которым необходимо набрать вес, эти продукты станут источником дополнительных калорий в приемлемой форме. Обычно для набора веса людям требуется гораздо больше калорий, чем они думают. Некоторым из них необходимо употреблять необычно большое количество продуктов. В таких случаях можно использовать напитки с пищевыми добавками — это высокоэнергетические, питательные напитки, которые можно использовать для дополнения рациона людей со сниженным аппетитом. Более подробная информация об этом будет предоставлена ниже.

### 7.3.6. Употребление жидкости

Количество жидкости, которую выпивает клиент (безалкогольных напитков), — еще один фактор, который необходимо учитывать. Многие пациенты не пьют в пределах рекомендуемого диапазона [Hart et al., 2005] по ряду причин: из-за неспособности распознать жажду (аналогично трудностям пациента в распознавании голода и сытости

из-за физических и психологических последствий расстройств пищевого поведения) или как способ управления своим телом (иногда подсознательно — например, подавление голода, иногда сознательно — например, контроль веса).

Как правило, человеку необходимо выпивать 1,5–2 литра жидкости в день. Но этот показатель может сильно варьироваться в зависимости от внешней температуры, влажности, высоты над уровнем моря, веса и площади поверхности тела, а также уровня активности. Как правило, нужно рассчитывать количество необходимой человеку жидкости по формуле: 30–35 мл на кг веса. Так можно получить приблизительное представление о том, сколько человеку нужно пить (если только потребности не повышаются, например, в очень жаркую погоду). Так, человеку весом 50 кг необходимо выпивать 1 500–1 750 мл в день, тогда как человеку весом 100 кг потребуется 3–3,5 литра в день. Потребление количества жидкости, значительно превышающего это значение, может свидетельствовать, что такое питье — нерациональное поведение, связанное с нарушением пищевого поведения (например, питье для снижения чувства голода или для контроля веса). С другой стороны, некоторые пациенты пьют очень мало и, вероятно, страдают от хронического обезвоживания. В табл. 7.3 приведен обзор различных проблем, возникающих при избыточной и недостаточной гидратации.

Многие люди имеют неверные представления о жидкостях (например, только вода считается жидкостью, а кофеиносодержащие напитки обезвоживают организм). Однако эти убеждения нужно опровергнуть как для врача, так и для пациента. Например, жидкости содержатся во всех напитках (включая чай и кофе), а также присутствуют во всех продуктах питания. Аналогично, вопреки распространенному мнению, кофеин не обезвоживает организм, если употреблять его в умеренных количествах [Maughan & Griffin, 2003]. Важно, чтобы пациенты употребляли различные напитки, а не только один вид жидкости.

Подходящие напитки: вода, морсы и компоты с низким содержанием сахара, травяные чаи, обычный черный чай, кофе, напитки с низким содержанием сахара и фруктовые соки. Не нужно избегать употребления кофеина, главное — не пить большое количество кофеиносодержащих напитков (т.е. обычный кофе, чай, кола с низким содержанием сахара, “энергетические” напитки). Посоветуйте пациентам свести к минимуму потребление очень крепких напитков (например, эспрессо).

Единственное исключение, которое можно применить для жидкостей — запрет на употребление алкоголя. Важно исключить из рациона алкогольные напитки, поскольку алкоголь может привести к обезвоживанию.

**Таблица 7.3.** Дисбаланс употребления жидкостей

Последствия обезвоживания	Последствия гипергидратации
<p><i>Умеренное обезвоживание</i> может привести к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижению концентрации внимания</li> <li>• повышению усталости</li> <li>• снижению способности принимать решения</li> <li>• снижению скорости реакций</li> <li>• головным болям и тошноте</li> <li>• запорам</li> <li>• повышению риска образования камней в почках (если уже есть предрасположенность)</li> </ul> <p><i>Сильное обезвоживание</i> может привести ко всему вышеперечисленному, а также к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сердечной и почечной недостаточности</li> </ul>	<p>Может вызвать очень низкий уровень натрия в крови, что приведет к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• спутанности сознания и нарушению кровообращения</li> <li>• судорогам, коме и, возможно, смерти в крайних случаях</li> </ul>

Ниже предоставлен список с приблизительным количеством жидкости, содержащейся в различных емкостях. Это поможет облегчить расчет суточного потребления жидкости.

Чайная чашка/пластиковый стакан	150–170 мл	Средний стакан	150 мл
Средняя кружка	200–250 мл	Высокий стакан	300 мл
Большая кружка	300 мл	Упаковка сока	200–250 мл
Небольшая жестяная банка	250 мл	Стандартная жестяная банка	330 мл

## 7.4. Планирование приемов пищи вместо подсчета калорий

---

При обсуждении вопросов питания с пациентами очень важно избегать использования калорий для определения и обозначения того, что им нужно есть, даже если это единственный способ, с помощью которого пациент может думать о еде и управлять ею. Подсчет калорий характерен для расстройств пищевого поведения и диет, тогда как планирование приемов пищи — гораздо более здоровый способ управления потреблением пищи. Существует множество причин, по которым использовать калории для определения питательности пищи нецелесообразно. Марша Херрин (Marcia Herrin) отмечает следующие причины [Herrin, 2003, p. 78].

- Подсчет калорий отнимает много времени, и его трудно выполнить с точностью.
- Невозможно точно определить потребности в калориях конкретных людей.
- Подсчет калорий может превратиться в навязчивое поведение.
- Если пациент придерживается сбалансированного плана питания (как описано выше), который удовлетворяет его голод без чувства переполнения, и если его вес стабилен и соответствует ожидаемому, то можно предположить, что потребление калорий адекватное.
- Подсчет калорий не позволяет организму заново научиться регулировать потребление пищи посредством оценки и реагирования пациента на голод и сытость.

Есть и другие причины против использования подсчета калорий, но еще один важный момент заключается в том, что подсчет калорий учитывает только энергию, а не другие пищевые потребности, такие как углеводы, белки, жиры, витамины и минералы.

Однако обсуждать калории уместно при определении того, насколько больше пациенту нужно есть, чтобы набрать вес или перестать худеть (раздел 7.5.1), при условии, что пациент может это правильно понять, а врач правильно объяснить (например, «В среднем ваш вес снижается примерно на 0,2 кг в неделю. Это означает, что нам нужно добавить

около 200 ккал<sup>1</sup> в день к тому рациону, который вы сейчас съедаете. Например, нужно добавить злаковый батончик и кусочек фрукта, чтобы остановить дальнейшее снижение веса”). Как рассчитать количество энергии, необходимое для остановки потери веса, описано ниже.

Вместо того чтобы использовать калории, врачу рекомендуется использовать стандартный план приема пищи, чтобы выявить пробелы в рационе питания пациента (например, “Я вижу, что вчера вечером вы ели только курицу с овощами, в то время как вам нужен был крахмалистый углевод, например, картофель в мундире. Похоже, такое случается довольно часто, поэтому нам нужно обсудить это”). В этом плане приема пищи приведены некоторые размеры порций. Но ко многим пациентам требуется особый подход (часто это пациенты с низким весом). Некоторые пациенты (часто импульсивные) могут съесть больше, чем нужно (например, придерживаться верхних размеров порций, когда им нужны нижние), им также будут полезны более конкретные рекомендации. Поэтому в книге представлена информация о нормальных размерах порций (приложение 2), которую может использовать врач совместно с пациентами. Есть примеры продуктов из разных групп с их энергетической ценностью (табл. 7.4). Но если пациент потребляет разнообразные продукты из каждой группы, то их количество будет средним. Эта информация — справочник для врача, хотя среднее содержание энергетической ценности может использовать и пациент в качестве инструкции. Это поможет ему определить, сколько конкретного продукта необходимо съесть, при условии, что пациент не будет заикливаться на том, чтобы получить именно “правильное” количество энергетической ценности.

Стоит повторить пациентам, что ключ к составлению здорового рациона питания — это выбор разнообразных продуктов. Если человек всегда потребляет пищу с показателями нижней части диапазона энергетической ценности, то ему придется съесть больше пищи (например, дополнительно перекусывать), чтобы поддерживать свой вес.

---

<sup>1</sup>ккал — количество энергии, высвобождаемой из пищи, обозначается как килокалории (ккал) или килоджоули (кДж). Последнее — более точное, с научной точки зрения, определение способа выражения содержания энергии. Однако большинство людей больше знакомы с термином “калория”. Одна килокалория равна 1000 калориям, или 4,18 кДж. В этой книге содержание энергии в продуктах будет выражаться в килокалориях, сокращенно “ккал”. — *Примеч. авт.*



И наоборот, если постоянно потреблять продукты с высокой энергетической ценностью, то вес, скорее всего, будет больше, чем необходимо.

## 7.5. Помощь пациентам в улучшении питания: с чего начать

В теории все это кажется довольно простым. Но то, что врач видит в пищевом дневнике пациента, скорее всего, будет далеко от того, что рекомендовано, особенно в начале терапии, хотя не существует “золотых стандартов” в отношении того, на что следует обратить внимание в первую очередь. Ниже приведены некоторые идеи о том, в каком порядке следует решать проблемы. Не стоит надеяться, что пациент сразу же начнет следовать плану питания, потому что, даже если он это сделает, ему понадобится много поддержки, чтобы продолжать придерживаться его. Как правило, изменения, которые происходят под надлежащим контролем, скорее всего, будут постоянными, в то время как внезапные изменения трудно поддерживать в течение длительного времени.

**Таблица 7.4.** Калорийность продуктов из разных групп (размеры порций соответствуют табл. 7.2)

	Средняя калорийность (ккал)	Диапазон калорийности продуктов группы (ккал)
Цельнозерновой продукт	140	110–220
Порция крахмалистых углеводов	170	120–260 (Более высокая калорийность у большей порции, например, 75 г риса)
Белок	180	75 (75 г тунца) — 240 (2 сосиски)
Жиры	90	70–100
Овощи/салат (кроме картофеля)	25	15–95
Фрукты	60	25–90
Легкий десерт/закуска	160	100–230
Традиционный десерт	300	250–400

Также важно отметить, что происходит с весом пациента с изменением рациона питания. Если вес рестриктивного пациента стабилен из-за приступов переедания/чрезмерного потребления пищи, когда он не ограничивает себя (или потому, что он ест больше, чем сообщает), то нет необходимости в изменении рациона питания (с точки зрения управления физическим риском). Однако если вес пациента постоянно снижается (особенно если он снижается быстрее, чем на 0,5 кг в неделю), то необходимо срочно обратить внимание на его питание и улучшить структуру рациона.

### **7.5.1. Планирование изменений в рационе питания**

Очевидно, что сначала важно узнать у пациента что, по его мнению, он может изменить. На этом этапе очень полезна мотивационная работа, чтобы у пациента были причины изменить некоторые аспекты своего рациона для достижения конкретных результатов (например, улучшить концентрацию внимания в определенное время дня, чувствовать контроль, улучшить состояние кожи, минимизировать риски для здоровья костей). Это, как правило, работает лучше, чем авторитарный подход (например, не нужно говорить: “Вам нужно набрать вес, и вот что вам нужно есть, чтобы этого добиться...”). Некоторым пациентам вначале нужно давать больше советов, но со временем важно помочь пациенту взять на себя больше инициативы в планировании и изменении рациона питания.

Ниже перечислены полезные изменения в различных областях питания, которые будут эффективными. Однако не стоит использовать их в точно такой же последовательности, как в списке, поскольку то, с чего нужно начать изменения, зависит от представлений пациента, хронических заболеваний, уровня переоценки идей и целей.

#### **7.5.1.1. Время приема пищи**

- Сократите количество длительных промежутков между запланированными приемами пищи. Оптимальный промежуток между перекусами и приемами пищи составляет 3-4 часа. Вначале основное внимание нужно уделить содержанию пищи, так как цель состоит в том, чтобы привыкнуть к регулярному приему запланированной пищи.

- Убедитесь, что завтрак съеден через час (не более) после подъема, чтобы восполнить энергию после длительного ночного голодания.
- Ланч лучше всего употреблять в промежутке между 12 и 14 часами дня, если только пациент не работает посменно и у него не изменен режим сна.
- Ужин лучше всего употреблять в 18:00, но это можно менять по усмотрению. Очевидно, что ужинать поздно вечером — плохо, если пациент вскоре после этого ложится спать, поскольку это может вызывать неприятные ощущения в желудке или другие кратковременные симптомы (а не потому, что пища откладывается в виде жира — распространенный миф о еде).

### 7.5.1.2. Содержание рациона питания

Исследования в области контроля аппетита показали, что рацион питания, хорошо сбалансированный по углеводам, белкам и жирам и обеспечивающий достаточное количество энергии, приносит наибольшее удовлетворение и, соответственно, защищает от потери контроля во время приема пищи (например, переедания или неконтролируемого поглощения пищи в течение дня из-за физического голода). Это также означает, что при возникновении эмоционально напряженной ситуации, которая обычно приводит к перееданию, человек, съевший достаточно пищи для удовлетворения своих физических потребностей, скорее всего, сможет отреагировать рационально. А при физическом голоде риск потери контроля во время приема пищи по эмоциональным причинам повышается.

- Обеспечьте регулярное потребление крахмалистых углеводов. В основном приеме пищи так же, как и в перекусе, должны преобладать углеводы, если прием пищи был 3-4 (или более) часов назад.
- Включите белковые продукты в прием пищи в обед и ужин.
- К углеводам и белкам в прием пищи следует добавить немного жиров. Это связано с тем, что не все белковые и углеводные продукты содержат жиры (например, чечевица, печеные бобы). А те, которые не содержат, не обеспечивают правильный общий баланс типов жиров (т.е. насыщенных, полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров; например, основной жир в сыре — насыщенный, поэтому

использование маргарина из подсолнечного или оливкового масла улучшает баланс насыщенных и ненасыщенных жиров).

- Убедитесь, что размеры порций углеводов, белков и жиров адекватные. Сравните их со средними размерами порций, приведенными в приложении 2.
- Овощи или салаты также необходимы для здоровья, но они оказывают более слабое влияние на контроль аппетита. Информация о размерах порций для них также приведена в приложении 2.
- Основные приемы пищи должны состоять из двух блюд. Обед и ужин должны включать десерт, поскольку это повышает способность пациента контролировать потребление потенциально нежелательных продуктов (например, традиционного десерта), так как он будет менее голоден из-за потребления основного блюда. Кроме того, для большинства людей употребление чего-то сладкого в конце трапезы означает окончание приема пищи.
- Завтрак также в идеале должен состоять из цельнозерновых продуктов и хлеба, чтобы достаточно пополнить запасы углеводов (гликогена) после ночного голодания. Однако если человек предпочитает более регулярные, небольшие перекусы, а не большие порции, то эти рекомендации не столь жесткие.

## **7.6. Лечение пациентов с недостаточным или избыточным весом**

---

В отношении обеих групп пациентов необходимо учитывать аспекты, связанные с весом.

### **7.6.1. Контроль набора веса у пациентов с недостаточной массой тела**

Пациенты, которым необходимо набрать вес, чтобы преодолеть расстройство пищевого поведения, нуждаются в значительной поддержке. Она необходима им, чтобы справиться как с изменениями в рационе питания, так и с эмоциями, которые вызовет у них набор веса и менее ограничительное питание.

Национальный институт клинического усовершенствования [*National Institute for Clinical Excellence*, 2004] рекомендует еженедельное увеличение веса на 0,5 кг в амбулаторных условиях. По клиническому опыту авторов книги установлено, что многим пациентам с анорексией бывает очень трудно добиться такого темпа прибавки веса. Для них норма — прибавка в 0,2–0,4 кг. Если пациент считает, что это максимум, которого он может достичь, то важно принять это. Если подталкивать пациента быстрее, чем он считает возможным, это может привести к тому, что пациент начнет переедать или бросит лечение. Пока вес увеличивается и пациент хорошо вовлечен в процесс лечения, любое увеличение веса является положительным. Это мнение поддерживают и в Королевском колледже психиатров Великобритании [*UK Royal College of Psychiatrists*, 2005] в рекомендациях по питанию при нервной анорексии. Однако следует признать, что пациент может не достичь здорового веса на этой стадии лечения, если набор веса идет медленными темпами. Этот вопрос обсуждается далее в разделе о восстановлении (глава 28).

В Королевском колледже психиатров также рекомендуют регулярно контролировать уровень мочевины и электролитов, если прибавка веса составляет 0,3 кг в неделю и более. Также нужно назначать таким пациентам комплексную витаминно-минеральную добавку (см. ниже).

### **7.6.1.1. Сколько дополнительно нужно съесть пациенту, чтобы набрать вес?**

Некоторые пациенты (и врачи) могут полагать, что набрать вес легко (“Мне достаточно посмотреть на булочку с кремом, и я набираю килограммы”). Но на самом деле для набора веса необходимо постоянно употреблять большое количество пищи в течение недель и месяцев (а не только дней). В среднем, чтобы набрать 0,5 кг в неделю, необходимо ежедневно съедать 500 ккал (размер среднего основного блюда) сверх того количества, которое необходимо для поддержания веса (около 2 000 ккал в день для женщин и 2 500 ккал в день для мужчин). Таким образом, если человеку с анорексией для поддержания веса требуется 1 700 ккал, то для набора 0,5 кг в неделю ему необходимо увеличить потребление примерно до 2 200 ккал в день.

Данные о количестве, необходимом для набора веса, в разных источниках отличаются, часто из-за различных переменных. Пациенту можно

объяснить, что для набора 1 кг мышц требуется около 5 000 ккал, в то время как для набора 1 кг жира требуется около 9 000 ккал. Обычно соотношение жировой и мышечной массы тела составляет 50:50. Следовательно, для общего увеличения веса на 1 кг необходимо потреблять около 7 000 ккал сверх нормы. Если цель — набрать 0,5 кг за неделю, то это соответствует половине энергии, необходимой для набора 1 кг — 3 500 ккал, что в расчете на неделю составляет 500 дополнительных ккал в день [*Salisbury et al.*, 1995].

Вначале, в течение первых 10–14 дней, может наблюдаться более быстрый набор веса из-за:

- задержки жидкости, связанной с увеличением потребления пищи (увеличение потребления углеводов, белков и продуктов, солёнее тех, которые ранее употреблялись, приведет к некоторой временной задержке воды);
- прекращения обезвоживающего поведения, такого как рвота или злоупотребление слабительными средствами.

Пациентам потребуется значительная поддержка, чтобы продолжать рационально питаться в условиях таких краткосрочных изменений веса. Возможно, эта информация о краткосрочных и долгосрочных изменениях веса будет им полезна.

### **7.6.1.2. Изменения скорости метаболизма/ энергетических потребностей при наборе веса**

После того как пациенту удалось начать набор веса за счет увеличения рациона питания, важно сообщить ему, что на определенном этапе для продолжения набора веса ему потребуется еще больше увеличить потребление пищи. Для этого есть несколько причин. Во-первых, при низком весе скорость метаболизма будет снижена — это последствие голодания. Когда потребление пищи улучшится, скорость метаболизма также улучшится, увеличивая количество необходимых калорий (пациент это заметит, когда перестанет постоянно чувствовать холод или у него перестанут синеть пальцы рук или ног, или когда он в целом станет менее раздражительным). Во-вторых, уровень активности может быть низким из-за усталости и утомляемости. Как только пациент почувствует себя лучше физически, он, скорее всего, повысит уровень активности (часто это целесообразно,

но иногда и нецелесообразно), в результате чего будет сжигаться больше энергии. В-третьих, набранный вес будет представлять смесь мышечной и жировой ткани.

Для функционирования этих образовавшихся мышц потребуются энергия (как и для жира, но в меньшей степени). Наконец, с увеличением веса потребуется больше энергии для передвижения человека. Кроме того, если человек имеет лишь незначительный недостаток веса (например, ИМТ = 18-19), вес может увеличиться за счет жировой ткани, а не мышц, для создания которых требуется больше энергии, как описано выше. Процесс формирования (анаболизма) тканей тела может сам по себе увеличить скорость метаболизма. Но это чаще всего наблюдается у пациентов, набирающих 1 кг и более в неделю (обычно это пациенты, проходящие стационарное лечение). В этих случаях необходимо постепенно снижать потребление пищи в течение 10–14 дней, чтобы замедлить скорость метаболизма (и набор веса) до нормального уровня и добиться стабильности веса. Мартина де Зваан (Martina de Zwaan) с коллегами [De Zwaan et al., 2002] предоставили полезный обзор по этой теме.

### **7.6.1.3. Как управлять набором веса у пациентов с низким весом. Практические советы**

При лечении пациентов, набирающих вес, важно сравнить их текущий рацион с планом/форматом нормального рациона питания. Выявленные пробелы необходимо устранить, чтобы довести потребление пищи до нормального уровня. Если вес на начало лечения очень низкий (например, ИМТ = 15 или около того), или среди употребляемых продуктов питания только низкокалорийные (например, творог с низким содержанием жира, никаких “лакомств”, таких как шоколад), нужно изменить подобные привычки, чтобы достичь нужного результата. Однако по мере увеличения веса, или если пациент имеет более высокий исходный вес, потребности в пище могут превысить то, что считается здоровым рационом питания.

Есть несколько вариантов развития событий. Один из вариантов — включать высококалорийные напитки в рацион как дополнение к уже съеденному. Другой вариант — увеличить потребление высококалорийных продуктов, таких как шоколад, традиционные десерты, выпечка, сладкие напитки (последние необходимо употреблять во время

еды, а не отдельно, чтобы минимизировать их воздействие на зубы). У каждого варианта есть свои плюсы и минусы. Например, у некоторых людей напитки с добавками ассоциируются с болезнью, поэтому они хотят избежать употребления добавок. В то время как другим может понравиться тот факт, что эти напитки назначены врачом, как лекарства, которые нужно принимать в течение определенного времени, а затем прекратить. Некоторые пациенты чувствуют себя очень плохо, употребляя много сладких и жирных продуктов. У каждого человека будут разные мнения о комфортном рационе питания. Кроме того, на выбор могут повлиять и другие факторы. Например, готов ли лечащий врач пациента выписать ему пищевые добавки. Важно понимать, что как бы пациент ни решил бороться с проблемным весом, он должен чувствовать себя хозяином положения (переесть, чтобы набрать вес, — далеко не идеальный вариант). Пациенту поможет напоминание о том, что рацион для набора веса рассчитан только на краткосрочный период. А после того, как он достигнет нормального веса, потребление пищи можно сократить до нормального уровня.

### 7.6.2. Пациенты с избыточным весом или ожирением

Поскольку количество людей с избыточным весом (ИМТ = 25–29,9) или ожирением (ИМТ > 30) растет, следует ожидать, что также увеличится число людей с избыточным весом или ожирением, которые будут обращаться для лечения расстройств пищевого поведения. Кроме того, потеря веса, которая наблюдается при многих расстройствах пищевого поведения, часто увеличивает риск того, что впоследствии вес превысит уровень, считающийся здоровым (ИМТ = 20–24,9). Многие мужчины, участвовавшие в Миннесотском эксперименте по голоданию [Keys et al., 1950], пытались контролировать свой вес в течение нескольких лет после эксперимента. Это создает трудности для терапевта, поскольку специалисты здравоохранения выступают за соответствующее снижение веса при ожирении. В то время многие люди с избыточным весом или ожирением, страдающие расстройствами пищевого поведения, прошли через многочисленные циклы снижения и восстановления веса. В результате этого вес постоянно увеличивается, а также ухудшается моральное состояние и самооценка из-за постоянных неудач в снижении веса.



В Национальном институте клинического усовершенствования [*National Institute for Clinical Excellence*, 2004] пришли к выводу и предоставили очень убедительные доказательства того, что лечение расстройств пищевого поведения не влияет на вес у людей с избыточным весом/ожирением. Они рекомендуют решать проблему веса во время или после лечения расстройств пищевого поведения. Рекомендовано, чтобы пациент стремился к стабильности веса путем здорового контроля потребления пищи (и, очевидно, отказа от переедания) во время лечения, поскольку продолжение переедания тесно связано с дальнейшим увеличением веса [*Agras et al.*, 1997]. Тем не менее пациенты с более структурированной моделью питания, для которых переедание — отдельная проблема, могут обнаружить, что лечение действительно приводит к умеренной потере веса. Когда симптомы расстройств пищевого поведения станут менее актуальной проблемой, а потребление пищи будет более стабильным, можно будет сосредоточиться на снижении веса. Поскольку ожирение — хроническая проблема со здоровьем, после завершения лечения расстройства пищевого поведения над ней должен работать специалист (например, семейный врач) или специализированные службы (например, группы по борьбе с ожирением).

В табл. 7.5 приведены факторы, которые влияют на успешное поддержание и восстановление веса [*Elfag & Rossner*, 2005]. Многие из этих факторов имеют большое значение для целей КПТ в лечении расстройств пищевого поведения. Поэтому успешное лечение симптомов РПП дает пациенту большие возможности для успешного снижения веса в будущем.

Проблема снижения веса у людей с избыточным весом/ожирением — сложна как для пациентов, которых она непосредственно касается, так и для врачей. Стремление к снижению веса настолько сильное (со стороны медицинских работников и средств массовой информации), что может показаться, что цель лечения — не стабилизация веса, а его снижение. Однако врачам нужно сделать шаг назад и рассматривать устранение симптомов расстройств пищевого поведения как первый шаг в длительном процессе контроля веса. Стоит также проанализировать изменения веса на протяжении всей жизни, поскольку многие из пациентов никогда не имели периода стабильного веса (даже высокого) в течение всей своей жизни.

**Таблица 7.5.** Факторы, которые влияют на успешное поддержание и восстановление веса

	<b>Поддержание веса</b>	<b>Восстановление веса</b>
<b>Физические факторы</b>	Физически активный образ жизни	Циклические изменения веса
	Достижение цели по снижению веса	Не сбалансированный рацион питания
	Большой показатель первоначальной потери веса	Отсутствие режима питания
	Регулярный режим питания	Сидячий образ жизни
	Обязательное употребление завтрака	Боязнь препятствий на пути к снижению веса
	Меньше жирной, больше здоровой пищи в рационе	
	Сокращение количества перекусов	
	Самоконтроль (пищевые дневники)	
<b>Психологические факторы</b>	Гибкий контроль режима питания	
	Способность справляться с проблемами	Переедание в ответ на негативные эмоции и стресс
	Способность контролировать эмоции	Более пассивные реакции на проблемы
	Уверенность в себе	Отсутствие навыков для преодоления проблем
	Независимость	Отсутствие уверенности в себе
	“Здоровый нарциссизм”	
	Мотивация к снижению веса — больше уверенности в себе	Психопатология
	Способность поддерживать близкие отношения	Дихотомическое (черно-белое) мышление

	Поддержание веса	Восстановление веса
Другие факторы	Стабильность в жизни	<p>Ожирение как медицинский фактор</p> <p>Психосоциальные факторы стресса</p> <p>Отсутствие социальной поддержки</p> <p>Длительные периоды голодания</p> <p>Мотивация для снижения веса обусловлена медицинскими причинами или исходит от других людей</p>

### 7.6.3. Вегетарианство и веганство

Многие пациенты с расстройствами пищевого поведения — вегетарианцы. Хотя многие из них не являются строгими вегетарианцами, поскольку могут употреблять в пищу мясо или птицу. Одна из задач терапии — выяснить, является ли вегетарианство частью расстройства пищевого поведения, или оно предшествовало РПП. Если это так, то терапия должна быть направлена на то, чтобы стремиться к восстановлению в рационе питания исключенных продуктов к концу терапии. Однако также очень важно уважать убеждения человека. И если он хочет оставаться вегетарианцем, то важно обеспечить адекватное питание. Этого можно достичь, употребляя достаточное количество белков растительного происхождения в каждый основной прием пищи (например, яйца, орехи, семечки, бобовые и фасоль, тофу и текстурированный растительный белок). Именно эти продукты обеспечат железо (для профилактики анемии), которое обычно поступает с мясом и морепродуктами. Если пациент имеет низкий вес и стремится к набору веса, но он вегетарианец, ему необходимо принимать поливитамины и минеральные добавки, чтобы обеспечить адекватное потребление минералов.

Важно наблюдать за пациентами, которые употребляют молочные продукты в качестве источника белка в каждый прием пищи, избегая

других источников белка. Хотя молочные продукты в целом содержат достаточное количество белка, но в них довольно мало железа и может быть очень много жира (например, большинство сыров). Если употреблять молочные продукты, исключая другие богатые белком продукты, существует вероятность, что в рационе не будет достаточного количества железа. Это приведет к железодефицитной анемии. При этом может сильно увеличиться вес из-за дополнительного жира и энергии, потребляемых при таком выборе продуктов.

Веганские диеты — более строгие, чем вегетарианские. Они имеют более низкую энергоёмкость. Это означает, что для потребления нормального количества питательных веществ необходимо съесть большее количество пищи. Это может усложнить набор веса у анорексиков-веганов с низким весом и, возможно, сделать набор веса опасным (например, возникает повышенный риск острой дилатации (расширения) желудка). Кроме того, такая диета может привести к нарушению всасывания минералов, таких как железо, цинк и кальций (из-за высокого содержания фитатов (отрубей) в растениях). Важно объяснить пациенту-вегану (на стадии набора веса), что его веганство повышает риск и может привести к госпитализации. Тогда у него не будет другого выбора, кроме как перейти на менее строгую диету. В любом случае, таких пациентов нужно направлять к диетологу, чтобы убедиться, что они потребляют адекватную по питательным свойствам пищу и свести к минимуму риски, присущие лечению этой группы пациентов.

#### **7.6.4. Витаминные и минеральные добавки**

Описанный ранее план питания обеспечивает достаточное количество витаминов и минералов для большинства людей. В таком случае нет необходимости в добавках. Однако большинству пациентов потребуется некоторое время, чтобы начать придерживаться плана, постепенно улучшая качество своего питания. Иногда есть потенциальная необходимость в таких добавках. Пациенты с низким весом или стремящиеся к увеличению веса также нуждаются в поливитаминных и минеральных добавках, поскольку стандартная диета, скорее всего, не содержит достаточного для таких целей количества основных микронутриентов. Ведь при увеличении веса увеличивается и потребность в микроэлементах. Тем не менее важно учитывать, что пациенты могут игнорировать необходимость улучшения своего рациона питания из-за

приема добавок. В этом случае им следует напомнить, что даже самая полноценная добавка не обеспечит всех питательных веществ, которые может обеспечивать сбалансированная диета (например, в добавках отсутствуют многие антиоксиданты, содержащиеся во фруктах и овощах). К тому же, пищевые добавки более дорогостоящие, чем продукты, которые они заменяют.

Если терапевт решил, что пациенту необходима добавка, или пациент сам хочет ее принимать, можно посоветовать ему принимать мультивитаминные и минеральные добавки, которые содержат большинство необходимых веществ, а не принимать одну монодобавку, например, цинк. Это связано с тем, что при поддержании диеты, как правило, есть недостаток разных питательных веществ. К тому же прием отдельных питательных веществ может повлиять на усвоение других питательных веществ (например, высокое потребление цинка мешает усвоению железа и меди).

Наконец, важно помнить, что мультивитаминные и минеральные добавки, как правило, содержат мало кальция, поскольку кальций очень громоздкий и делает добавку слишком большой для приема. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы пациент потреблял достаточное количество кальция в своем рационе (см. выше).

### **7.6.5. Активность**

Уровень физической активности — это еще один аспект, который необходимо оценить у всех пациентов с расстройствами пищевого поведения. Многие пациенты гиперактивные, возможно, посещают стандартные занятия спортом несколько раз в неделю, а также чрезмерно занимаются самостоятельно (например, гуляют по несколько часов в день или ночью) и/или сжигают большое количество энергии в процессе повседневной деятельности (например, уборка). Важно обсудить причины такого поведения (например, сжигание калорий, управление эмоциями, обсессивно-компульсивное расстройство) и изучить их в процессе проведения терапии. Такая активность составляет лишь 15–30% от общего расхода энергии, а остальное приходится на нормальные процессы жизнедеятельности, например, кровообращение, дыхание, восстановление, пищеварение (дополнительную информацию см. в листе психообразования по скорости метаболизма). Некоторые пациенты наоборот могут быть пассивными. Это также влияет на здоровье и вес.

### 7.6.5.1. Уровень здоровой физической активности

Министерство здравоохранения Великобритании рекомендует “заниматься по крайней мере 30 минут в день физической активностью умеренной интенсивности пять или более дней в неделю. Это снижает риск преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и возникновения некоторых видов рака; также значительно снижает риск развития диабета 2 типа и может улучшить психологическое состояние” [Department of Health, 2004]. Это особенно важно учитывать при профилактике заболеваний, связанных с ожирением. Но такие рекомендации также можно применить к большинству пациентов с расстройствами пищевого поведения, за исключением пациентов с крайним истощением, для которых физическая активность сопряжена с высоким риском.

Рекомендации, приведенные Министерством здравоохранения, — минимальные. В них сказано, что для профилактики ожирения в день необходимо 45–60 минут физической активности умеренной интенсивности в день. А детям и молодым людям необходимо в общей сложности не менее 60 минут активности умеренной интенсивности (включая ту, которая улучшает здоровье костей) каждый день. Однако эти рекомендации предполагают физическую безопасность, а также то, что улучшение здоровья, прежде всего, является мотивацией для такой активности, как описано ниже.

### 7.6.5.2. Компульсивная и чрезмерная активность

Определить, насколько чрезмерный уровень активности, о котором сообщают пациенты, непросто, поскольку многое зависит от контекста активности. Однако более важно сосредоточиться на мотивации активности, поскольку у людей с расстройствами пищевого поведения мотивация чаще всего носит компульсивный характер [Adkins & Keel, 2005]. Оценить компульсивный характер активности можно с помощью наблюдения за поведением или вопросов о том, будет ли человек активен (или будет ли продолжать активность) после травмы; испытывает ли он острый дискомфорт, если не может быть активным на обычном уровне. Памятка для пациентов о компульсивной активности есть в разделе психообразования.

## **7.6.6. Употребление алкоголя**

Как уже было отмечено ранее, алкоголь может оказывать пагубное влияние на контроль режима питания. Он снижает уровень сахара в крови, тем самым усиливая чувство голода. При этом также снижает импульсивный контроль, т.е. людям становится труднее сопротивляться импульсам. Поэтому усиление голода в сочетании со снижением способности сказать “нет” может способствовать перееданию как во время употребления алкоголя, так и на следующий день, когда уровень сахара в крови может быть очень низким (особенно в сочетании с уменьшением количества потребляемой пищи).

Важно также отметить, что алкогольные напитки содержат много энергии, которая не содержит практически никаких других питательных веществ. Это действительно “пустые калории”. Доказано, что многие пациенты не знают, что алкоголь вообще содержит калории, и то, сколько калорий содержат алкогольные напитки. По калорийности алкоголь уступает только жиру (жир содержит 9 ккал на грамм, алкоголь — 7 ккал на грамм, белок — 4 ккал на грамм, а углеводы — 3,75 ккал на грамм). Поэтому даже такие крепкие напитки, как водка, содержат 52 ккал на 25 мл (1 порцию) или 73 ккал на порцию 35 мл. Это не окажет большого влияния на количество потребляемых калорий, если употреблять их в небольших количествах. Но при чрезмерном употреблении окажет более существенное влияние. Кроме того, большинство алкогольных напитков содержат другие источники энергии, обычно сахар (газированные алкогольные напитки, ликеры, коктейли), а иногда и жир (сливочные ликеры, коктейли со сливками). Миксы также могут содержать дополнительный сахар, хотя большинство людей обычно выбирают диетические варианты, которые не содержат калорий.

### **7.6.6.1. Консультирование пациентов по вопросам надлежащего употребления алкоголя**

Многие пациенты с расстройством пищевого поведения также имеют проблемы с алкоголем. Некоторым из них может потребоваться помощь соответствующих служб помощи алкозависимым до начала лечения их основного расстройства пищевого поведения. Хотя многие пациенты не нуждаются в такой специализированной помощи, но им все равно нужен совет по адекватному употреблению алкоголя. В таком случае будут полезными предоставленные ниже советы.

- Пейте в соответствии с рекомендациями правительства Великобритании не более 14 единиц в неделю для женщин и 21 единицы в неделю для мужчин. В табл. 7.6 подробно описано содержание различных алкогольных напитков.

**Таблица 7.6.** Среднее содержание алкоголя и калорий в стандартных напитках

Вид напитка	Порция (метрическая/ международная мера)	Содержание алкоголя	Содержание калорий
Вино 12–14%	125 мл (в большинстве заведений это 175–250 мл)	12% = 1,5 единиц; 14% = 1,75 единиц	12% = 95 ккал
Пиво 4%	½ пинты (280 мл)	1,15 единиц	90 ккал
Пиво 5%	½ пинты (280 мл)	1,40 единиц	95 ккал
Сидр 5%	½ пинты (280 мл)	1,40 единиц	110 ккал
Выдержанный сидр 15%	½ пинты (280 мл)	3,7 единиц	280 ккал
Крепкий портер (Guinness) 4%	½ пинты (280 мл)	1,15 единиц	85 ккал
Крепкий алкоголь (водка) 40%	25 мл	1 единица	55 ккал
Ликер (Pernod) 40%	25 мл	1 единица	80 ккал
Крепленое вино (портвейн) 20%	50 мл	1 единица	80 ккал
Сливочные ликеры (Baileys) 15%	50 мл	1 единица	165 ккал
Газированный алконапиток (Bacardi Breezer) 5%	1 бутылка = 275 мл	1,72 единиц	200 ккал

1 единица = 8 г алкоголя, % = содержание спирта

**Источник.** Агентство по пищевым стандартам [*Food Standards Agency, 2002; Kellow & Walton, 2006*]



- Избегайте злоупотребления, придерживайтесь норм — 2-3 единицы в день или меньше для женщин, и 3-4 единицы в день или меньше для мужчин. Проведите два безалкогольных дня после эпизода обильного употребления.
- Никогда не пейте в одиночку. Это важно по многим причинам. Прежде всего потому, что в таком случае риск обильного употребления значительно возрастает, и алкоголь может усилить чувство депрессии.
- Пейте алкоголь во время употребления еды, а не натощак.
- Следует заранее планировать употребление алкоголя перед социальным мероприятием. Важно решить, сколько и что пить, и как вежливо отказаться от незапланированных напитков.

### **7.6.7. Пациенты, нуждающиеся в участии диетолога**

Для большинства пациентов врачи могут составить рацион самостоятельно, имея доступ к вышеуказанной информации и обсуждая случаи с диетологом. В тоже время есть некоторые пациенты, которые нуждаются в непосредственном участии диетолога. Как правило, это пациенты с сопутствующими физическими заболеваниями/состояниями, которые требуют участия других врачей (например, диабет, беременность). Поэтому в таких случаях регулярная связь и участие других врачей, диетолога в том числе, — скорее требование, а не опция. Необходимо постоянное взаимодействие диетолога с терапевтом при работе с пациентами с расстройством пищевого поведения, которые имеют следующие заболевания/особенности:

- дети и подростки с расстройствами пищевого поведения (поскольку ответственность за питание пациента несут его родители, диетологу необходимо работать с семьей, а не только с пациентом);
- беременность/кормление грудью;
- сахарный диабет (тип 1 и тип 2);
- сердечно-сосудистые заболевания, связанные с ожирением. Цель — скорректировать рацион питания для дальнейшего снижения веса;

- воспалительные заболевания кишечника — болезнь Крона и язвенный колит (обратите внимание, что это не тоже самое, что и синдром раздраженного кишечника);
- целиакия (аллергия на пшеницу и пшеничные продукты);
- медицинский диагноз или подозрение на пищевую аллергию;
- муковисцидоз;
- ВИЧ/СПИД;
- нейродегенеративные заболевания, такие как рассеянный склероз или болезнь Хантингтона;
- физические недостатки (если пациент прикован к инвалидному креслу, взвешивание становится очень сложным процессом).

Этот список не исчерпывающий. Не обязательно пациенты из вышеуказанного списка нуждаются в индивидуальной диетологической помощи. Но пациентам с расстройствами пищевого поведения и другими сопутствующими психологическими заболеваниями дискомфортно принимать ответственность за изменения в жизни, которые требуются в таких случаях. Поэтому, скорее всего, большинству из них необходима дополнительная помощь соответствующих врачей.

## **7.7. Психобразовательные темы для работы с диетологом**

---

Доказано, что очень важно предоставлять авторитетную информацию о содержании продуктов питания таким образом, чтобы пациенты могли усвоить ее, не чувствуя себя униженными. Это особенно важно, когда нужно помочь пациенту выработать “альтернативные” убеждения для достижения целей в процессе использования метода вопросов Сократа (глава 22). Поэтому был разработан ряд раздаточных материалов с советами по питанию по темам, которые пациенты (и врачи) сочтут полезными. Они предоставлены в приложении 2. Темы этих раздаточных материалов указаны ниже.

### **А. Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи.**

- Преимущества регулярного питания.
- Общие положения, которые помогут нормализовать потребление пищи.
- Чувство голода.
- Сколько нужно пить (безалкогольные напитки).
- Примеры различных продуктов питания и пищевых групп, к которым они относятся.
- Градация продуктов питания — таблица, позволяющая определить, какие продукты желательно употреблять, а каких продуктов в настоящее время следует избегать.

### **Б. Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения.**

- Влияние полуголодания на поведение и физическое здоровье (Миннесотский эксперимент).
- Осложнения, связанные с ограничением питания, низким весом и нервной анорексией.
- Осложнения, связанные с нервной булимией (особенно злоупотребление слабительными и рвота).
- Влияние самоиндуцированной рвоты на физическое здоровье.
- Последствия злоупотребления слабительными средствами для физического здоровья.
- Последствия злоупотребления мочегонными средствами для физического здоровья.
- Физические упражнения и активность.
- Здоровье костей и остеопороз.

### **В. Проблемы, способствующие закреплению РПП.**

- Влияние рвоты на усвоение калорий.
- Контроль веса в краткосрочной и долгосрочной перспективе.
- Почему диеты не работают.
- Эффект предменструального синдрома (ПМС).

## **Г. Основные факты и принципы питания.**

- Скорость метаболизма и расход энергии (или как организм использует пищу).
- Нормальное питание.
- Белки, некоторые основные факты.
- Углеводы, некоторые основные факты.
- Жиры, некоторые основные факты.
- Фрукты и овощи.
- Алкоголь.

## **7.8. Выводы**

---

В этой главе мы обсудили, что пациенты с расстройствами пищевого поведения из-за влияния как физических, так и эмоциональных аспектов РПП не способны регулировать потребление пищи без посторонней помощи и руководства. Чтобы облегчить выздоровление, пациенту необходимо составить хорошо структурированный план питания, состоящий из трех приемов пищи и двух или трех перекусов в день, независимо от того, насколько голодным он себя чувствует. Таким образом, пациент будет принимать пищу, руководствуясь физическим чувством голода (возможно, даже в большей степени, чем здоровые люди), а не эмоциональным. Важно, чтобы врач постоянно напоминал пациенту о том, что нормальный контроль аппетита наступит быстрее, если пациент будет придерживаться более структурированного режима питания на самых ранних этапах лечения.



## Формулировка случая

Терапевты, особенно без опыта, могут чувствовать себя подавленными сложностью проблем, возникающих у пациентов с РПП. Многие из таких пациентов имеют значительные другие коморбидные расстройства (главы 24 и 25). И врачи иногда не знают, какие из проблем пациента следует решать в первую очередь, как правильно и эффективно лечить и как отслеживать прогресс пациента в терапии. Формулировка случая позволяет применить теорию КПП в клинической практике, поэтому врачи всегда должны иметь формулировку (независимо от того, являются ли проблемы пациента сложными или достаточно простыми). Формулировка помогает врачу составить представление о трудностях пациента, спланировать лечение и выбрать подходящие стратегии лечения.

В этой главе будет рассмотрена формулировка именно самих расстройств пищевого поведения. Более сложные случаи часто требуют различных способов для изучения симптомов, чтобы рассмотреть их либо как отдельные, либо как взаимосвязанные. Формулировка более сложных случаев будет рассмотрена в последующих частях книги (главы 24 и 25).

### 8.1. Что такое формулировка случая?

---

Самый лучший вариант — представить проблемы пациента в виде диаграммы, как это предлагают опытные терапевты [Fairburn, 2004; Slade, 1982]. Диаграмма, которая описана в этом пособии, представляет процессы, поддерживающие расстройство пищевого поведения пациента [Fairburn, 2004], но при необходимости в ней учитываются и более ранние предшествующие факторы. Диаграмма разрабатывается сообща с пациентом, что позволяет врачу и пациенту совместно понять проблему пациента. Формулировка помогает пациенту отстраниться от своего расстройства пищевого поведения и (часто впервые) понять, что поддерживает РПП. В психологических терминах формулировка

случая помогает пациенту развить “метакогнитивное осознание” (т.е. понимание своих мыслей, чувств и поведения). Формулировка также позволяет врачу передать свое предварительное понимание того, что рассказал пациент, и составить “дорожную карту”, которая будет использоваться на протяжении всего лечения для выбора методов воздействия.

### **8.1.1. Зачем нужна индивидуализированная формулировка в КПТ**

Теоретически модели формулировки часто относительно простые и понятные. Но информация, которую пациенты приносят в терапию, часто сложная и неясная. По этой причине применять теоретические модели на практике — сложная задача. Врачу важно иметь теоретическую модель, поскольку она направляет его в поиске определенных убеждений (например, искаженных убеждений о еде, весе и фигуре) и процессов (например, регулярные проверки тела), которые обычно присутствуют у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Это также помогает врачу определить, насколько типичным или нетипичным является конкретный случай. Когнитивно-поведенческие теории служат источником общих объяснений и гипотез о природе происхождения проблем с питанием у пациентов с РПП, а индивидуализированная формулировка случая определяет конкретные объяснения и гипотезы для конкретного пациента. Идеальная формулировка случая сочетает личный опыт пациента со знанием врачом теорий, научных принципов и результатов исследований. Это обеспечивает общее понимание, которое пациент не мог осознать раньше и которое терапевт не мог увидеть без помощи пациента.

## **8.2. Как разработать формулировку: общие положения**

---

Джиллиан Батлер (Gillian Butler) выделила три основных принципа, которыми следует руководствоваться при разработке формулировки случая [Butler, 1998]. Во-первых, формулировка должна быть основана на теории и отражать попытку применения этой теории на практике. Во-вторых, формулировка должна оставаться гипотетической

на протяжении всего лечения, чтобы ее можно было модифицировать по мере продвижения терапии и появления новой информации. И наконец, формулировка всегда должна быть максимально упрощенной, чтобы она была менее запутанной для всех сторон и доступной для пациента, врача и других людей.

В следующем разделе будет описано, как составить формулировку случая для пациентов с расстройствами пищевого поведения. Для более общего обсуждения роли формулировки в когнитивно-поведенческой терапии можно обратиться к обзорам [*Butler, 1998; Persons & Thompkins, 1997*].

### **8.2.1. С чего начать: некоторые основные принципы**

Как только пациент будет достаточно мотивирован, на доске для записей можно предварительно построить простую формулировку. Можно начать этот процесс, сказав пациенту следующее: “Было бы полезно обобщить то, что вы рассказали мне до сих пор. Это поможет нам понять суть ваших проблем с питанием”. Первоначальная формулировка обычно фокусируется на проблемном поведении и факторах, поддерживающих проблемное поведение у пациента, а не на их этиологии. На протяжении всего процесса формулировки нужно использовать метод вопросов Сократа для выяснения ключевых элементов проблем пациента. С самого начала необходимо подчеркнуть, что первоначальная формулировка — это только начало (помечая ее как “Черновик 1”), и что она будет модифицироваться по мере того, как врач и пациент будут лучше осознавать проблемы.

В формулировке всегда должны максимально использоваться термины и выражения пациента. Врачу нужно начинать с изучения проблемы, которую пациент хочет изменить. У большинства пациентов такая проблема — это прием пищи. Формулировку стоит представлять в виде “карты”, которая поможет пациенту и врачу понять, куда они движутся и какие проблемы им нужно решить. Именно это потом поможет им решить, какие поведенческие и когнитивные стратегии нужно использовать, чтобы пациент преодолел свои проблемы.

Кристофер Фэйрберн утверждает, что в первоначальную формулировку не следует включать сопутствующие проблемы, такие как злоупотребление алкоголем или самоповреждения, поскольку это может сбить пациента с толку и отвлечь от основной первоначальной цели лечения



[Fairburn, 2004], которая заключается в том, чтобы помочь пациенту нормализовать режим питания. Однако было обнаружено, что часто полезно включить другие виды нерационального поведения (например, самоповреждение), которые выполняют схожие функции (например, эмоциональное избегание). Это поможет подготовить пациента к тому, что при решении проблемы с нерациональными пищевыми паттернами могут быть изменены и другие модели проблемного поведения.

### **8.2.2. Когнитивно-поведенческие модели для составления формулировки**

Для лечения расстройств пищевого поведения было предложено несколько различных когнитивно-поведенческих моделей [Cooper et al., 2004; Fairburn et al., 1999, 2003; Waller et al., 2005]. Более современные модели сосредоточены на функции эмоциональной регуляции пищевого поведения и в целом являются более сложными. Хотя все эти модели подкреплены данными исследований, наиболее обоснованной для нервной булимии является модель, предложенная Фэйрберном [Fairburn, 1997]. Поэтому именно ее рекомендовано использовать как хорошую отправную точку для обучения формулировке случая при проблемах с питанием, прежде чем рассматривать более сложные модели [Cooper et al., 2004; Waller et al., 2005]. Однако такие модели, как правило, имеют недостаток, так как более сфокусированы на диагнозах. Это не оправдано из-за неоднородной природы пациентов, которые приходят на лечение, хотя некоторые случаи все же могут быть сформулированы с помощью моделей, основанных на диагнозах, но большинство все же не могут.

### **8.2.3. Трансдиагностическая формулировка**

В попытках формулировки в соответствии с предположениями о валидности диагностических схем было доказано, что большинство случаев можно лучше понять, если разобраться в основных видах поведения, убеждениях и эмоциях. Этот подход частично отражен в модели Фэйрберна [Fairburn et al., 2003]. Однако при отсутствии доказательств в пользу какой-либо одной модели в формулировку можно включить элементы моделей, предложенных Слейдом, Макманусом (F. McManus), Уоллером и Купер (Муга Соопер) совместно с их коллегами

[Slade, 1982; McManus & Waller, 1995; Cooper et al., 2004; Waller et al., in press], чтобы разработать индивидуально-ориентированную формулировку случая, которая может направлять процесс лечения. Примеры, приведенные ниже, демонстрируют такое сочетание моделей. Если формулировка случая, в котором больше булимических черт, больше соответствует модели Фэйрберна (с ее хорошим уровнем доказательной базы), то формулировка более ограничительного случая — скорее смесь моделей (основанных на опыте эффективного лечения в таких случаях) ввиду отсутствия четкой доказательной базы для КПТ с ограниченными расстройствами.

### **8.3. Осознавание и формулировка случаев булимии**

---

Хотя последняя модель Фэйрберна является трансдиагностической [Fairburn et al., 2003], она основана на общем шаблоне — оригинальной модели Фэйрберна для нервной булимии [Fairburn, 1997]. Далее будет описана эта модель, а затем приведен пример того, как ее можно применить в клинической практике.

#### **8.3.1. Дисфункциональность системы самооценки**

Фэйрберн [Fairburn, 1997] утверждает, что у пациентов существует “дисфункциональность системы самооценки”, которая поддерживает расстройства. Они в основном, а иногда и исключительно, оценивают себя с точки зрения своего питания, веса и фигуры, а также своей способности контролировать эти аспекты. Считается, что другие клинические особенности — следствие этой основной психопатологии (например, нерациональное поведение по контролю веса, проверки тела, ограничительное поведение, озабоченность мыслями о еде, фигуре и весе).

#### **8.3.2. Строгие правила в питании и последствия нарушения этих правил**

Вместо того чтобы принять общие рекомендации по питанию (например, есть то, что полезно для здоровья или то, что нравится), пациенты пытаются следовать нерациональным и сугубо личным правилам питания (например, “я никогда не буду есть после 5 вечера”; “я никогда не должен есть жирную пищу”). На практике следовать этим правилам

часто чрезвычайно сложно или даже невозможно как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Фэйрберн утверждает, что эпизод переедания возникает, когда пациент нарушает каким-либо образом свои особые правила (даже незначительные промахи в питании). Эти нарушения правил пациент интерпретирует как свидетельство недостатка самоконтроля, что впоследствии приводит его к нарушению воздержания — временному отказу от попыток ограничить прием пищи. Таким образом случается эпизод переедания продуктов, которые пациент обычно себе не позволяет. Это происходит из-за тяги организма к этим продуктам.

### **8.3.3. Долгосрочные последствия: план питания при переедании и очищении**

Долгосрочные последствия этой модели поведения следующие. Во-первых, у пациентов формируется характерная модель питания — периоды интенсивного соблюдения плана питания, за которыми следуют эпизоды переедания. Во-вторых, переедание усиливает убежденность пациента в том, что он не может контролировать свой рацион питания, поэтому он снова начинает ограничивать себя в еде. В-третьих, пациенты часто продолжают переедать, потому что считают, что прием слабительных и рвота — эффективные способы контроля веса. Хотя многие пациенты считают, что самостоятельное вызывание рвоты — это эффективный способ избежать увеличения веса после переедания, но на самом деле при таком поведении удастся избавиться лишь от части пищи, съеденной во время переедания (приложение 2). Это объясняет, почему даже у женщин, вызывающих рвоту каждый раз, когда они едят, не обязательно будет недостаточный вес. В отличие от убеждений, которые имеют многие пациенты, слабительные средства оказывают незначительное влияние на усвоение калорий, а диуретики — вообще никакого (приложение 2). При приеме слабительных пациенты теряют исключительно воду.

### **8.3.4. Пищевое поведение, обусловленное эмоциями**

Некоторые пациенты с расстройствами пищевого поведения плохо переносят стресс [Fairburn et al., 2003] (глава 25). Большинство из них не переносят негативные эмоциональные состояния (например, гнев,

тревогу, депрессию), но есть и такие, которые с трудом переносят позитивные эмоции (например, возбуждение [Lacey, 1986]). Такие пациенты используют целый ряд моделей поведения для изменения своего настроения, в том числе приемы пищи, рвоту, чрезмерные физические упражнения, самоповреждения и злоупотребление психоактивными веществами.

Некоторые когнитивно-поведенческие модели психопатологии РПП делают акцент на взаимосвязи между эмоциональными состояниями и использованием пищевого поведения [Cooper et al., 2004; McManus & Waller, 1995; Waller et al., 2005].

Согласно этим моделям эмоциональная регуляция — одна из ключевых функций пищевого поведения пациентов (т.е. ограничения и переедание/рвота). Например, фокусированная на схемах когнитивно-поведенческая модель Уоллера [Waller et al., 2005] предполагает, что ограничительное и булимическое поведение — результат первичного и вторичного избегания эмоций. В то время как первичное избегание эмоций (доминирующее при ограничительных расстройствах) включает в первую очередь избегание аффекта (например, перфекционизм, постоянное подавление эмоций), то вторичное избегание эмоций (доминирующее при булимических расстройствах) направлено на уменьшение аффекта, когда он уже развился (например, самоповреждение, социальная замкнутость, негативные разговоры о себе).

При построении формулировки терапевт должен знать о функции эмоциональной регуляции в пищевом поведении и при необходимости включить эту информацию в формулировку. Хотя современная доказательная база свидетельствует о том, что не все пациенты используют пищевое поведение для управления своими эмоциями, это будет иметь значение для большинства пациентов. Однако, исходя из опыта авторов, не всегда необходимо включать эмоциональные факторы в первоначальную формулировку. Как указано ниже (раздел 8.6.1), центральное место в формулировке занимает парсимония — сосредоточение внимания на факторах, которые чаще всего поддерживают нерациональное питание (ограничение в еде и соблюдение строгих правил питания). Нужно обратить на это внимание, прежде чем рассматривать дополнительные факторы (например, эмоциональное состояние, коморбидные проблемы и т.д.).

### **8.3.5. Как это сделать: основные шаги для формулировки случая**

Применяя трансдиагностическую когнитивную модель на практике, терапевт должен начать процесс формулировки, попросив пациента определить свои самые главные проблемы (связанные с питанием или другие). Фильтрация — раскрытие всего спектра проблем пациента — является полезной стратегией для получения доступа к таким убеждениям (глава 6). В определенный момент врач должен начать формулирование вокруг одной из высказанных пациентом проблем. Во время обсуждения он должен связать различные проблемы пациента (например, пациент говорит, что его больше всего беспокоят отношения, но это может быть связано с тем, что он стремится сохранить в тайне свое расстройство пищевого поведения). Ниже приводятся шаги, которые следует использовать при составлении формулировок, и пример процесса их применения на практике.

#### **8.3.5.1. Сосредоточенность на проблемах пациента с питанием**

В какой-то момент пациент, вероятно, назовет какой-либо аспект своего пищевого поведения (например, переедание, рвоту или ограничение в еде) предметом беспокойства. Большинство пациентов признают, что переедание побуждает к соблюдению режима питания и более строгих правил. Они также признают, что рвота и употребление слабительных/мочегонных позволяет им переесть. Пациенты полагают, что такое поведение может компенсировать переедание и предотвратить набор веса. Некоторые пациенты признают, что рвота способствует перееданию, поскольку им легче вызвать рвоту на полный желудок. Пациентам труднее всего принять то, что само ограничение способствует перееданию (более подробно это рассматривается в разделах по психообразованию — главы 7 и 13).

#### **8.3.5.2. Выяснение правил питания пациента**

На данном этапе процесса формулировки цель состоит в том, чтобы выявить некоторые “правила” пациента. Психотерапевт может уже иметь представление о том, какие это правила, из пищевого дневника и на основе того, что пациент говорил на предыдущих сеансах. Эти правила включаются в формулировку, а также обсуждаются предполагаемые последствия нарушения этих правил. Важно обсудить, каким

образом эти правила демонстрируют “черно-белое мышление” и “нарушение ограничений”. Также обсуждается понятие “запрещенные продукты”. Используя метод вопросов Сократа и опираясь на предыдущие примеры, врач определяет, когда переедание наиболее или наименее вероятно. Так он помогает пациенту понять, что переедание более вероятно после периодов ограничения.

### **8.3.5.3. Объяснение пациенту, что переедание обусловлено эмоциями**

Иногда пациенты говорят об исключениях (например, когда они питались регулярно, но все равно переедали). В таком случае важно объяснить, что жизненные проблемы могут привести к негативным эмоциям, а переедание можно использовать для блокировки осознания этих эмоций. Большинство пациентов знают, что они иногда переедают, когда расстроены, когда пытаются заблокировать чувства или когда они сталкиваются с необходимостью принимать решения. Важно объяснить, что существует две причины возникновения переедания — голод и эмоции, и, возможно, необходимо обратить внимание на обе причины.

### **8.3.5.4. Выявление переоценки еды, фигуры и веса**

Если пациент еще не понял, что поддержание нормального веса — это самое главное, нужно спросить его, когда и почему ему стало так важно ограничивать себя. Используя выражения пациента, нужно добавить в формулировку компонент “переоценка еды, фигуры и веса”. Часто в верхней части формулировки можно добавить предысторию (например, травматический опыт в детстве, постоянные комментарии о весе и фигуре, спортивные тренировки). Затем эти вопросы постоянно обсуждаются (например, как нерациональное поведение поддерживает низкую самооценку пациента), включая признание того факта, что постоянное обсуждение некоторых вопросов имеет положительное влияние в краткосрочной перспективе (например, эмоциональная блокировка), но может иметь более негативное влияние в долгосрочной перспективе (например, снижение уровня самооценки).

### **8.3.5.5. Получение обратной связи и использование формулировки для определения методов лечения**

Затем формулировку нужно переписать с доски и передать пациенту. (Как вариант, можно попросить пациента делать заметки, пока

формулировка записывается на доске.) В качестве домашнего задания нужно попросить пациента просмотреть формулировку в течение недели, переписать ее и при необходимости внести изменения. Если пациент решит, что формулировка не является правильной и требует серьезных изменений, это можно обсудить. На следующем сеансе, когда достигнуто согласие относительно пересмотренной формулировки как рабочей модели, важно спросить у пациента, на что, по его мнению, должно быть направлено лечение, если формулировка верна. Часто это очень показательный вопрос, так как пациент, полностью усвоивший формулировку, выявит те же моменты, что и врач. На протяжении всего лечения формулировка должна находиться под рукой во время каждого сеанса, чтобы и врач, и пациент могли быстро обратиться к ней, когда это потребуется (например, для объяснения нового поведения), и внести в нее соответствующие изменения.

### 8.3.5.6. Пример формулировки: диалог с пациенткой с булимией

В следующем разделе приведен пример беседы между пациентом и врачом. В нем показано, как полученная информация может быть использована для построения формулировки случая пациента. Пациентка Сара — 24-летняя женщина с диагнозом EDNOS (атипичная нервная булимия подтипа “очищение”, потому что не соответствует всем характерным показателям). Она живет со своим партнером Джонатаном.

После примера диалога предоставлена диаграмма формулировки в процессе ее создания. Она представляет собой описанную пациентом индивидуализированную модель Фэйрберна [Fairburn, 1997]. (Цифры в скобках относятся к соответствующему элементу (стрелке) в последующей диаграмме формулировки.)

#### Пример диалога

	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Сара, мы говорили о трудностях, с которыми вы столкнулись в последнее время. Я хочу с вашей помощью нарисовать карту, чтобы увидеть, как все они связаны между собой. Сможете ли вы сказать мне, что беспокоит вас больше всего?	<i>Представить пациенту идею формулировки и диаграммы</i>

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Сара.</b>	Мои отношения... Мне кажется, что я лгу Джонатану о том, что я ем и когда вызываю рвоту... Я испытываю стресс, потому что мне кажется, что он пытается контролировать то, что я ем.	<i>Выявить наиболее значимые текущие проблемы пациента</i>
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, давайте запишем это на доске. Что еще является сложным?	
<b>Сара.</b>	Ну, еще у меня проблемы на работе с начальником, так как он дает мне слишком много работы, а я не могу ему об этом сказать. Наверное, я также беспокоюсь о своем здоровье, потому что я знаю, что то, что я делаю — переедание и рвота — вредит мне.	
<b>Терапевт.</b>	Я выпишу это здесь. Вы заметили какие-нибудь закономерности в том, что вызывает приступы?	
<b>Сара.</b>	Да, когда я испытываю стресс на работе или когда мы поспорили с Джонатаном (1), но после я чувствую себя еще хуже из-за того, что скрываю это.	<i><b>Стрелка 1:</b> переедание часто провоцируется ссорами с парнем или проблемами с начальником</i>
<b>Терапевт.</b>	Есть ли еще какие-то события, которые провоцируют переедание?	
<b>Сара.</b>	Иногда я просто очень голодна... потому что я стараюсь ничего не есть до вечера... или я закикливаюсь на еде, просто не могу перестать думать о ней. Тогда я чувствую себя такой виноватой, что вынуждена идти вызывать рвоту. Если я вызываю рвоту, я не наберу вес... И как только я решаю, что вызову рвоту, я начинаю есть, потому что знаю, что еда, которую я ем, не считается.	



	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Хорошо, давайте поставим здесь стрелку (2) — переедание приводит к тому, что вы вызываете рвоту, потому что чувствуете вину.	<b>Стрелка 2 и 3:</b> <i>переедание действует как эмоциональная разрядка, но затем приводит к потребности вырвать, так как Сара чувствует себя виноватой</i>
<b>Сара.</b> Да, но также... это звучит странно, это как эмоциональная разрядка, я чувствую себя лучше, а потом чувствую вину и мне становится хуже, чем раньше (3).	
<b>Терапевт.</b> Итак, похоже, что переедание и рвота помогают вам чувствовать себя лучше в эмоциональном плане... по крайней мере, на короткое время... а затем, похоже, вы чувствуете себя хуже. Только что вы упомянули, что часто чувствуете голод, потому что пытаетесь ограничить себя в еде... и заикливаетесь на ней. Я просто добавлю это сюда. И вы упомянули пару так называемых “правил”: “Я не должна есть до вечера” и “Я должна съесть больше, чтобы было легче вызвать рвоту”.	<i>Возникают “диетические правила”</i>
<b>Сара.</b> Да.	
<b>Терапевт.</b> Мы пришли к выводу, что строгие диеты, как у вас сейчас, и ограничительные правила питания часто приводят к перееданию. Во-первых, люди гораздо чаще набрасываются на еду, когда очень голодны. Во-вторых, что вы чувствуете, когда нарушаете одно из своих правил?	
<b>Сара.</b> Я чувствую себя очень плохо... Я даже не могу сделать такую простую вещь, как придерживаться диеты... Я полностью сдаюсь.	

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Это то, что мы называем мышлением “все или ничего”. Некоторые люди, если им кажется, что они съели очень много, не слишком беспокоятся и просто думают, что на следующий день они немного уменьшат порцию. Для других это становится катастрофой, и как только они думают, что сорвались, то бросают все попытки, что приводит к перееданию (4).	<b>Стрелка 4 и 5:</b> <i>интенсивное ограничение и правила в отношении еды провоцируют переедание через механизмы голода и нарушения воздержания. В свою очередь, интенсивные ограничения обусловлены переоценкой питания, фигуры и веса (например, “Мой вес имеет для меня огромное значение”)</i>
<b>Сара.</b>	Понятно.	
<b>Терапевт.</b>	Мне интересно, почему для вас так важно придерживаться диеты и этих правил?	
<b>Сара.</b>	Потому что мой вес имеет для меня огромное значение... Я должна быть стройнее.	
<b>Терапевт.</b>	Верно, я просто добавлю это сюда (5). Итак, мы видим, что есть две причины, которые приводят к тому, что у вас возникает рвота. Первая — это эмоциональная причина... когда вы чувствуете стресс или расстройство... чтобы помочь вам справиться и снять напряжение. Вторая — это голод, когда вы очень голодны или нарушили какое-то правило. Похоже, что обе ситуации заканчиваются тем, что вы чувствуете себя хуже и подкрепляете свои идеи о том, что вы не можете справиться или контролировать свой вес и питание. Имеет ли это смысл для вас? Совпадает ли это с тем, что происходит с вами? (6)	<b>Стрелка 6:</b> <i>сведение формулировки воедино и завершение определения связей. Терапевт может выделить две причины (эмоции и голод), которые вызывают переедание и поддерживающую этот процесс ловушку, в которой Сара сейчас находится</i>
<b>Сара.</b>	Да... Я никогда не думала об этом раньше... все это было похоже на большой беспорядок.	

	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Итак, глядя на это, как вы думаете, что нам нужно сделать... чтобы помочь вам?	
<b>Сара.</b> Я думаю... стараться не переждать, когда я расстроена... заняться чем-нибудь другим... и сократить количество правил и диет.	
<b>Терапевт.</b> Хорошо, это только первая “карта”. Мы будем дополнять и изменять ее по ходу лечения. Я бы хотел, чтобы вы взяли копию с собой и подумали над ней. Добавьте все, что мы забыли, или любые другие правила, которые вы заметите.	

### **Составление черновика формулировки случая Сары**

На рис. 8.1 продемонстрирована формулировка, которая была записана на доске во время приведенного выше диалога.

## **8.4. Понимание и формулировка случаев, основанных на чрезмерном ограничении в питании**

В предыдущих формулировках ограничительных случаев, как правило, внимание уделялось различным элементам случая. Важно также формулировать такие случаи с точки зрения когнитивных, эмоциональных, поведенческих, физиологических и мотивационных факторов, которые имеют отношение к человеку. Также важно рассмотреть и объяснить наличие поведения, связанного с переяданием и очищением, которое также встречается у пациентов с недостаточным весом. Ключевые элементы формулировки включают: чувство личного контроля и немедленное положительное подкрепление, которое пациент может испытать от ограничения [Slade, 1982]; эмоциональное истощение, о котором сообщают пациенты с ограничениями [Waller et al.]; потерю возможности получить положительное подкрепление другим способом (например, из-за социальной изоляции); и роль проверок

тела [Fairburn et al., 1999]. Вместе с пациентом нужно рассмотреть доказательства [Garner, 1997; Keys, 1950] того, что голодание может вызвать и поддерживать многие из этих эффектов (например, социальную изоляцию, озабоченность едой, отсутствие интереса к жизни, переедания, плохое настроение, тревожность и перепады настроения).

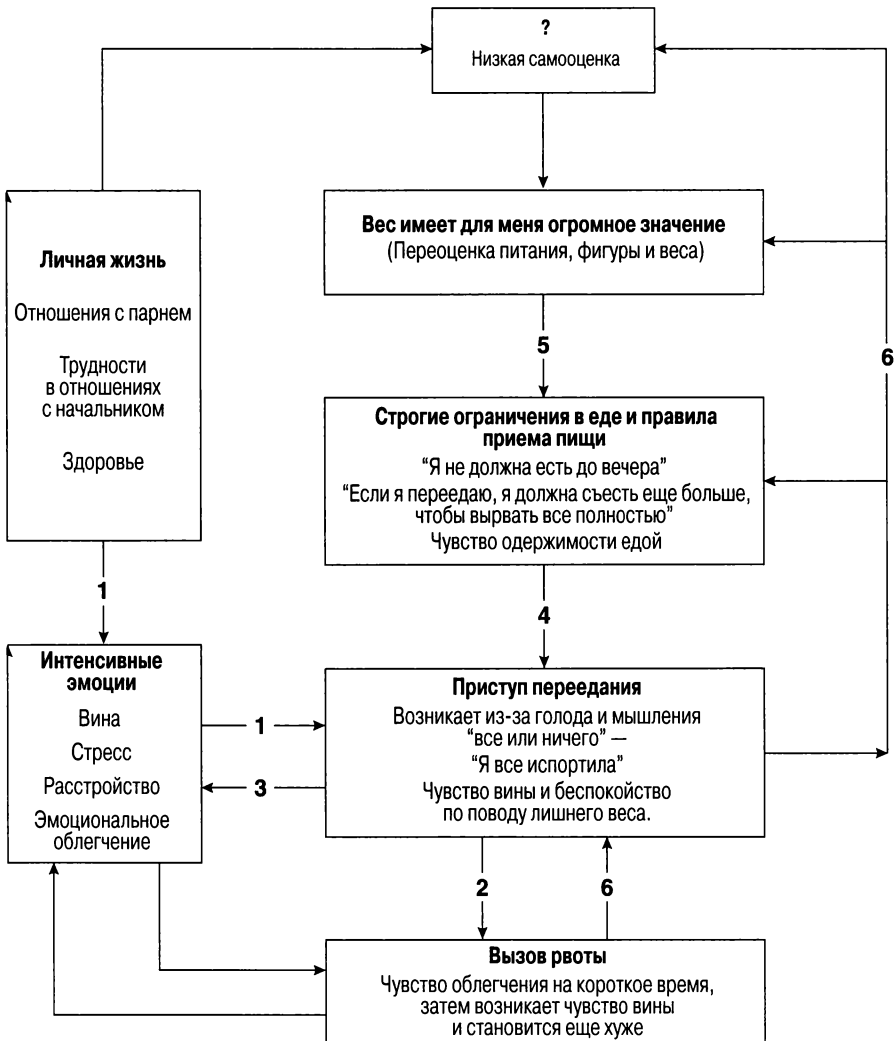


Рис. 8.1. Формулировка случая Сары

### 8.4.1. С чего начать формулировку случая, основанного на ограничениях

Для формулировки случая используется та же модель, что была описана выше для булимических расстройств. Опять же, нужно использовать “фильтрацию” сначала для определения основных текущих проблем пациента, а затем для формулировки проблем с питанием пациента, используя шаблон для нервной анорексии. При нервной анорексии обсуждение чаще всего основано на роли голодания в подкреплении анорексии. Важно помнить, что голодание может привести к нарушению когнитивных функций и социальной изоляции. Эта связь может подкрепить склонность пациента к переоценке питания, фигуры и веса (например, путем формирования более жесткого черно-белого мышления). Важно убедиться в том, что пациент способен понять формулировку. Авторами было обнаружено, что часто приходится действовать медленнее и возвращаться к конкретным пунктам, чтобы дать пациенту время на вовлечение в формулировку.

### 8.4.2. Пример формулировки: диалог с пациенткой с нервной анорексией

В этом разделе предоставлен пример диалога с пациенткой с нервной анорексией (Карен, которая упоминалась ранее). Он будет использован для построения формулировки случая пациентки.

#### Пример диалога

		Основные цели и принципы
<b>Терапевт.</b>	Итак, мы сосредоточимся на составлении так называемой формулировки, чтобы у нас было представление о том, как вы пришли к тому, что делаете сейчас, а также о том, что поддерживает это состояние.	<i>Представление идеи формулировки пациенту</i>
<b>Карен.</b>	Хорошо.	

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Можете ли вы вспомнить, когда вы впервые задумались о похудении? Что происходило в вашей жизни?	<i>Изучение факторов, связанных с началом ограничительного поведения пациента</i>
<b>Карен.</b>	Думаю, я начала сидеть на диете, когда мне было 15 лет. Я училась в школе, и другие девочки начали говорить о диетах и о том, как хорошо выглядеть. Я была очень несчастна из-за всего, что происходило. Приближались экзамены, но я никак не могла на них сосредоточиться... Я волновалась, что провалю их (1).	
<b>Терапевт.</b>	Не могли бы вы рассказать мне немного о том, что происходило?	<b>Связь 1:</b> <i>пациентка рассказывает</i>
<b>Карен.</b>	“Ну... это было, когда умерла моя мама... и мой отец просто не мог справиться с этим. Он отправил нас жить к бабушке и дедушке. Я потеряла всех своих друзей, и мне пришлось посещать новую школу. Мне не с кем было поговорить (1).	<i>о начальных триггерах ее ограничения</i>
<b>Терапевт.</b>	Похоже, это был очень сложный период: потеря матери, а затем переезд в другой район, чтобы жить с бабушкой и дедушкой. Иногда в таких ситуациях трудно пережить скорбь по умершему человеку или говорить о своих чувствах.	
<b>Карен.</b>	Да, я не могла поговорить с папой — он был слишком расстроен. Я начала учиться очень усердно, потому что я должна была быть идеальной (2), я не хотела создавать больше проблем. Но мне было так трудно учиться, я не могла нормально думать. Все казалось таким зыбким и неопределенным (3). Чем больше я старалась сделать так, чтобы всем было хорошо, тем хуже у меня получалось.	<b>Стрелка 2 и 3:</b> <i>перфекционизм и потребность в контроле способствуют первоначальному решению пациента сесть на диету</i>
<b>Терапевт.</b>	И что произошло, когда вы начали сидеть на диете?	

---

**Основные цели  
и принципы**


---

**Карен.** Это дало мне повод задуматься... сосредоточиться. И я поняла, что у меня это хорошо получается. Другие девочки могли съесть шоколадку, а я могла сдержаться. Я поняла, что могу контролировать свой вес и свое питание, даже если все остальное было в полном беспорядке.

**Терапевт.** И как вы себя чувствовали?

**Карен.** Другие девушки были очень впечатлены. Я обрадовалась, когда немного похудела (4). И тогда я просто думала о том, что я могу сделать еще что-то подобное (5).

**Терапевт.** Всегда ли вам было хорошо?

**Карен.** Нет, я съедала что-нибудь, а потом очень волновалась, что наберу вес, и мне приходилось заниматься спортом или следить за тем, чтобы пропустить следующий прием пищи. Я всегда беспокоилась о следующем приеме пищи (5).

**Терапевт.** Вы получали наслаждение от диеты, но оно быстро переходило в беспокойство, и это приводило к усилению ограничений... Вы говорили обо всех других трудностях и изменениях, которые происходили в то время. Повлияла ли анорексия на них?

**Карен.** Да. Каким-то образом мне больше не нужно было думать о них. Я смогла отгородиться от них. Я оцепенела (7).

**Терапевт.** Анорексия помогала избегать всех дискомфортных чувств и проблем.

**Карен.** Да, я знала, что не могу разобраться со всем этим, вес и еда казались более важными.

**Стрелка 4  
и 5:** улучшение настроения и чувство контроля усиливает ограничительное поведение и со временем приводит к усилению ограничений

**Стрелка 7:** ограничение притупляет негативные эмоциональные состояния пациента

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Итак, вы потеряли довольно много веса... как это отразилось на вас?	
<b>Карен.</b>	Сначала я, кажется, ничего не замечала, просто чувствовала себя хорошо. Сейчас мне все труднее и труднее сосредоточиться. Я действительно никого не вижу, и у меня нет ни энергии, ни интересов (6).	<b>Стрелка 6:</b> <i>пациентка осознает, что чувствует себя менее энергичной и все больше концентрируется на своем весе и фигуре</i>
<b>Терапевт.</b>	Как вы относитесь к тому, как вы сейчас выглядите?	
<b>Карен.</b>	Иногда я понимаю, что выгляжу слишком худой. Но это единственное, что у меня осталось. Я знаю, что все началось с диет и желания быть худой, но теперь мне кажется слишком страшно не иметь этого. Я не знаю, как бы я справилась. Когда случается что-то плохое, я хочу голодать еще больше.	
<b>Терапевт.</b>	Похоже, что вы описываете эту ловушку, где анорексия помогает вам избежать проблем и помогает вам чувствовать себя хорошо, даже если только на короткое время, и это то, что поддерживает порочный круг. Но у нас также есть стрелка, которая показывает, что в конечном итоге вы чувствуете себя более неконтролируемой, чем раньше, в отношении еды и всего остального (8).	<b>Стрелка 8:</b> <i>врач делает вывод о порочном круге и проверяет свое понимание с пациентом</i>
<b>Карен.</b>	Да, я как будто попала в ловушку: как бы я ни старалась, этого никогда не бывает достаточно.	

### **Составление черновика формулировки случая Карен**

На рис. 8.2 представлена формулировка, которая была изображена на доске во время приведенного выше диалога. Цифры в скобках демонстрируют, где модель была изменена по ходу обсуждения формулировки.



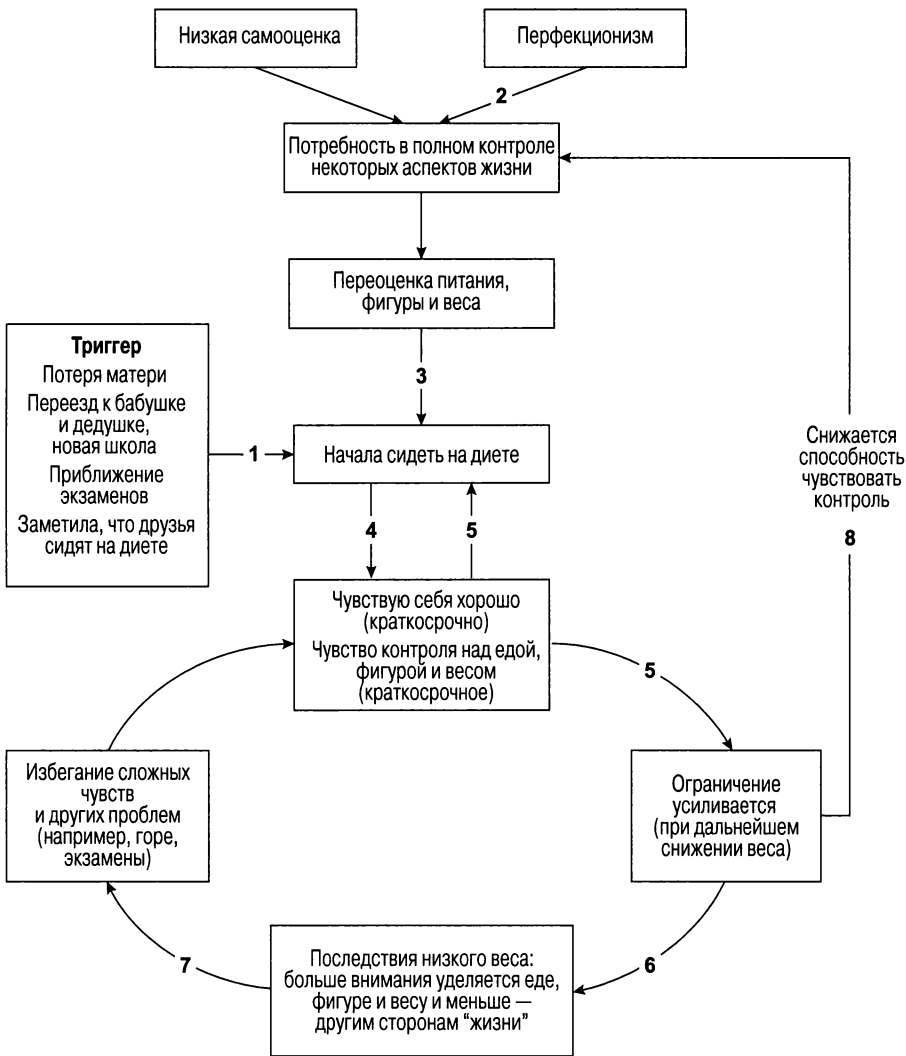


Рис. 8.2. Формулировка случая Карен

## 8.5. Чем сложнее случай пациента, тем важнее формулировка

---

Формулировка случая при терапии всегда важна. Но она особенно важна при лечении пациентов, имеющих сложные и многогранные проблемы, поскольку часть процесса формулировки включает в себя разработку полного списка проблем. Формулировка также обеспечивает понимание того, как связаны между собой различные проблемы пациента. Например, формулировка поможет пациенту, который страдает эпизодами переедания и рвоты, употребляет алкоголь и причиняет себе вред, увидеть, что все эти модели поведения — способы справиться с сильными негативными эмоциональными состояниями. Другими словами, сложный на первый взгляд набор коморбидных проблем часто может быть сформулирован в относительно простой случай. Такое осознание поможет пациенту определить и обозначить эти эмоциональные состояния, когда они возникнут, и предусмотреть альтернативные способы борьбы с ними. Формулировки таких сложных случаев рассмотрены в главах 24 и 25.

## 8.6. Проверка точности формулировки

---

Батлер [*Butler, 1998*] определила десять вопросов для проверки точности формулировки. Они предоставлены в табл. 8.1.

В силу своей гипотетической природы формулировка никогда не может быть полностью правильной или неправильной. Однако она должна давать убедительное объяснение проблем пациента для врача и пациента, а также быть понятной для других (например, старшего медицинского сотрудника, других коллег). Ключевой момент состоит в том, что врач и пациент должны быть готовы принять формулировку как полезную “незавершенную работу” (т.е. признать, что это черновой вариант, который будет развиваться с течением времени).

**Таблица 8.1.** Десять вопросов для проверки точности формулировки случая (адаптировано с [Butler, 1998])

- 
1. Соотносится ли формулировка с теорией?
  2. Соответствует ли она доказательствам (симптомы, проблемы, реакции на переживания у пациента)?
  3. Учитывает ли она предшествующие, провоцирующие и поддерживающие факторы (например, ранний опыт, основные убеждения, конкретные ситуации с участием триггеров)?
  4. Считают ли ее правильной другие (например, пациент, старший медицинский сотрудник, коллеги)?
  5. Можно ли с ее помощью делать прогнозы (например, о трудностях, об аспектах терапевтических отношений)?
  6. Поможет ли она разработать способы оценки этих прогнозов (например, при выборе методов лечения, для прогнозирования ответов и реакций пациента на эксперименты)?
  7. Согласовывается ли она с историей болезни пациента (сильные и слабые стороны)?
  8. Прогрессирует ли лечение, основанное на формулировке, так, как ожидалось в теории?
  9. Можно ли использовать ее для выявления факторов риска или трудностей для данного пациента в будущем?
  10. Есть ли важные аспекты проблем пациента, которые не были учтены при формулировке?
- 

### 8.6.1. Парсимония

В целом, простая, ясная и понятная для других формулировка легче поддается проверке и более полезна, чем очень сложная. Индивидуальная формулировка каждого случая поможет хорошо продемонстрировать последствия того, что должно произойти в терапии, чтобы решить проблемы пациента. Наконец, чем проще формулировка, тем легче ее донести до пациента и других людей. Поэтому здесь важно быть кратким и конкретным.

## 8.6.2. Следующий шаг — поведенческие эксперименты

В конечном итоге проверка формулировки — это когда врач и пациент начинают проверять гипотезы, полученные в процессе создания формулировки, используя поведенческие эксперименты (главы 21 и 22). Даже если формулировка точная (или, по крайней мере, внутренне последовательная), она бесполезна для процесса лечения, пока не будет использована для проведения поведенческих экспериментов, которые проверяют основные гипотезы пациента. Если лечение не достаточно эффективное, то может потребоваться пересмотр как формулировки случая, так и методов лечения.

## 8.7. Как научиться составлять правильную формулировку случая

---

Чтобы научиться делать формулировки случаев более простыми и лаконичными, врачам рекомендуется регулярно обсуждать и анализировать формулировки случаев со старшими медицинскими сотрудниками или коллегами. Доказано, что полезно всегда думать о формулировке как о наборе гипотез, а не как об изложении фактов.

Самый важный навык, который необходимо развивать в процессе, — это признавать свои ошибки и учиться на них. Важно также понимать, как использовать формулировку для улучшения ситуации, когда лечение не дает результатов. Простая, четкая и хорошо составленная формулировка, скорее всего, укрепит сотрудничество между пациентом и врачом и повысит мотивацию пациента, поскольку он начнет воспринимать свое РПП как управляемое, а не бесконтрольное. Формулировка особенно важна, когда:

- попытки терапевта в помощи пациенту неудачные (т.е. стратегии лечения не помогают улучшить состояние пациента или цели лечения не достигнуты);
- пациенту трудно выполнять домашние задания (см. также главу 9);
- у пациента случается серьезный рецидив после хороших результатов лечения.

В этих случаях хорошая формулировка помогает врачу и пациенту понять, что мешает прогрессу пациента, а также помогает терапевту определить, какие из его рабочих гипотез нужно пересмотреть. Затем терапевт и пациент могут переформулировать некоторые аспекты проблемы пациента и пересмотреть план лечения. В таких случаях врач, работающий без формулировки, будет просто вынужден попробовать другую стратегию лечения. Однако поскольку эти стратегии не базируются на понимании основных факторов, которые поддерживают проблемы пациента, то они вряд ли будут способствовать достижению целей лечения.

# Препятствующее терапии поведение

Ключевая проблема для некоторых пациентов — их участие в терапии. Многие из них не всегда привержены к изменениям. Это часто проявляется в плохой посещаемости или невыполнении домашних заданий должным образом (например, оставляют задания дома, делают их неправильно, не ведут пищевой дневник). Хотя причины такого отсутствия взаимодействия часто кажутся правдоподобными, например:

- возникшие в последний момент трудности с организацией присмотра за ребенком;
- болезнь;
- проблемы с транспортом;
- рабочие обязанности;
- отказ от взвешивания;

они также могут казаться случайными, например:

- проспал;
- забыл о приеме;
- забыл домашнее задание;
- постоянное желание сменить терапию или врача;
- думал, что никто не заметит отсутствия.

Какой бы ни была причина, отсутствие последовательности и вовлеченности может навредить терапии и снизить эффективность такого лечения.

Очень важно, чтобы врач не допустил снижения эффективности КПТ. Это может произойти по двум причинам. Во-первых, процесс проведения терапии нарушается. Это снижает вероятность того, что пациент сможет применить навыки, полученные в ходе когнитивной реструктуризации и поведенческих экспериментов. Во-вторых, врач больше не верит в стремления пациента к изменениям. Он может рассердиться на пациента или пренебрежительно отнестись к его усилиям.

Таким образом, и пациент, и терапевт будут способствовать провалу терапии в периоды снижения эффективности лечения.

Если возникают трудности с вовлечением пациента в процесс изменений, их следует обсудить с пациентом, не допуская осуждения. Более феноменологический подход снижает вероятность того, что такая позиция укоренится у пациента. Авторы часто используют аналогии, чтобы проиллюстрировать ситуацию для пациента. Пример приведен ниже.

“Это как прийти к врачу с проблемой, но не хотеть описывать свои симптомы или принимать какие-либо лекарства. Неважно, насколько сильно вы хотите лечиться и насколько сильно врач хочет вам помочь, ничего нельзя будет сделать, чтобы помочь вам, и в итоге ваша проблема останется нерешенной”.

## **9.1. Определение причин нарушения терапии: модели препятствующего терапии поведения**

---

Авторы при работе с препятствующим терапии поведением (ПТП) опираются на концепцию Марши Линехан (Marsha M. Linehan) о неосуждающем подходе [*Linehan, 1993*]. Она ввела понятие *препятствующего терапии поведения*: осознание поведения и его влияния на лечение, а не обозначение его как “случайного” или “умышленного”. Вместо того, чтобы обвинять пациента в нежелании сотрудничать или сетовать на неизбежные проблемы, мешающие терапии, эффективнее поговорить с ним о невозможности терапии в контексте нерегулярных/непредсказуемых встреч, невыполненных домашних заданий и т.д. Врач должен четко озвучить свою позицию о том, что он не обвиняет пациента и что очень сожалеет, но пациенту необходимо предпринять действия, чтобы лечение состоялось. Это можно сделать следующим образом.

“Если проанализировать последние пять сеансов, то два из них вам пришлось отменить в кратчайшие сроки, а еще на один вы не принесли домашнее задание. Очевидно, вы чувствуете, что вам трудно найти время для лечения. Нужно понять, есть ли на самом деле в вашей жизни место для терапии в настоящее время. Похоже, вы хотите перемен. Но для этого вам придется взять на себя больше обязательств. Интересно,

сможем ли мы разобраться с причинами ваших проблем. Сможете ли вы сделать терапию приоритетной, или нам следует сделать перерыв в ней прямо сейчас. Перерыв будет полезен, потому что вы сможете разобраться с обстоятельствами, которые препятствуют терапии. Хотя это может понизить уровень вашей мотивации для возвращения к лечению в будущем. Я полагаю, что польза от того, что вы останетесь в терапии в том, что вы сможете продолжить изменения, даже если вам будет трудно сделать терапию приоритетом. Вам действительно нужно решить, какой из этих вариантов вы хотите выбрать прямо сейчас”.

По мнению авторов книги, если определить большую проблему (а не попасть в ловушку постоянных попыток решить более мелкие проблемы, например, уход за ребенком), то повышается вероятность того, что пациент признает свой вклад в возникновение трудностей в терапии. А последующие изменения в поведении приведут к гораздо лучшему вовлечению в процесс лечения. Скорее всего, это приведет к изменениям и лучшей вовлеченности в терапию, потому что у пациента нет необходимости защищаться, его не обвиняют в проблеме, а дают выбор, чтобы он понял проблему и решил ее.

### **9.1.1. Основа для понимания лечения: аналогия с рекой**

Эту аналогию можно использовать для того, чтобы дать пациенту основу для понимания целей и процессов КПТ (и, более того, многих других подходов к лечению), чтобы укрепить мотивацию пациента к лечению и развеять некоторые его тревоги по этому поводу. К этой теме полезно возвращаться, чтобы переориентировать лечение, когда мотивация пациента низкая (например, когда пациент пытается привыкнуть к определенным аспектам изменений своего поведения). Это можно представить следующим образом.

Когда люди нуждаются в лечении, они часто чувствуют себя подавленными своими проблемами и беспомощными сделать что-либо, чтобы устранить их. Это похоже на то, как их будто бы несет по течению быстрой реки, а вся их энергия уходит на то, чтобы удержаться на плаву. Они могут пытаться плыть, но обычно безуспешно, потому что течение очень сильное, или хвататься за проплывающие мимо обломки, пытаясь удержать голову над водой. Или же они могут потратить всю энергию на то, чтобы барахтаться в воде. В любом случае, река решает, куда им плыть, а не они сами.



Цель лечения — помочь людям доплыть до противоположного берега и забраться на него. Отсюда они могут наблюдать за рекой, ее потоками и течением. С этой точки обзора они смогут увидеть и оценить свои возможности (в реке это было бы невозможно): можно взять сапоги и исследовать мелководье; построить мост и наблюдать за рекой с другого берега; или построить плот и проложить свой курс по реке. В качестве альтернативы они могут снова нырнуть в реку и продолжить борьбу.

Когда мы делаем шаг назад от проблемы, чтобы увидеть всю картину целиком, мы находим другие способы решения проблем, которые не можем увидеть, будучи погруженными в свои проблемы. Находясь на некоторой дистанции, мы можем рассмотреть эти способы. Это было бы невозможно осуществить, если бы мы использовали только один из них. Стратегия, которой врач обучает пациента во время лечения, — это найти все способы для решения проблемы, взобраться на берег реки, осознать и изучить их.

Можно напомнить пациентам, что цель лечения — дать им возможность изучить другие варианты, а не направить их к какому-то одному (в соответствии с философией метода вопросов Сократа). Выбор стратегий для лечения расстройств пищевого поведения остается для них открытым. Они сами могут определить способы преодоления РПП.

## **9.2. Реакция на препятствующее терапии поведение**

---

Следующий шаг в ответ на любое поведение такого рода — дать понять, что участие пациента необходимо для того, чтобы терапия работала.

“Терапия — это не то, что может быть «сделано» для вас. Я могу помочь вам измениться, только если вы готовы в этом участвовать. Если вы не будете активным терапевтом для себя, то ничего не получится”.

Модели поведения, которые препятствуют терапии (и причины такого поведения), также нужно включить в формулировку случая пациента. Это поможет объяснить и предсказать трудности, с которыми он столкнется при получении и принятии помощи. Эту мысль нужно повторять. Если ПТП повторяется, это означает, что мотивацию пациента к переменам необходимо подвергнуть сомнению и прицельно работать над ней (см. главу 6).

### 9.2.1. Использование краткосрочных договоров

Важным шагом может стать заключение краткосрочного договора (например, на 3-4 сеанса) с четко сформулированными целями (например, ведение пищевого дневника с указанием количества съеденного, времени и уровня голода) и определением последствий (например, продление или прекращение лечения). Такие договоры помогут пациенту понять, что терапия не является чем-то бессрочным и зависит от его участия. Не менее важно, что такой договор поможет сфокусировать внимание врача. Это поможет ему прекратить попытки поощрять вовлеченность и операционализировать цели и последствия (и про то и про другое можно забыть в попытках убедить пациента принять участие в терапии). Это также поможет врачу определить ситуации для прекращения лечения тогда, когда это будет наилучшим вариантом действий, без ощущения, что он поступает “жестoko” по отношению к пациенту.

### 9.2.2. Пятиминутный сеанс

Многие пациенты с плохим опытом взаимодействий в терапии привыкли тратить много сеансов на решение вопросов о том, почему им так трудно выполнять задания (например, домашние задания, посещение занятий). Они тратили еще больше сеансов, неудачно пытаясь применить новые методы для выполнения этих же заданий. В таких случаях врач должен отойти достаточно далеко, чтобы увидеть, что в течение длительного периода времени результаты пациента остаются неизменными. Таким образом, если у пациента повторяются проблемы во взаимодействии с терапевтом, это может указывать на то, что пациент чувствует себя вынужденным меняться или боится разнообразного опыта. Это также свидетельствует о неправильном подходе врача к лечению конкретного пациента. В этом случае врач может поощрять побег/избегание от поставленной задачи, продолжая лечение пациента, но не затрагивая основную проблему.

Краткий сеанс — один из самых мощных инструментов для того, чтобы вновь привлечь к лечению пациента с ПТП. За один сеанс врач должен провести всесторонний обзор таких препятствующих моделей поведения. Он должен выразить искреннее понимание того, что есть вещи, которые могут сделать терапию трудной для пациента. Нужно

также подчеркнуть вероятность того, что терапию невозможно будет проводить далее, не решив этих проблем. Следует согласовать короткий договор (возможно, от четырех до шести сеансов), указав в нем конкретные задачи, которые необходимо решить за это время. Как только эти условия будут нарушены (например, на следующем сеансе), дайте понять пациенту, что терапия полностью зависит от его участия и что врач не может продолжать работу, пока пациент не будет взаимодействовать должным образом. Опять же, врач должен выразить уверенность в том, что пациент сможет выполнить задание. А затем следует завершить сеанс и договориться о следующей встрече (при этом интервал между сеансами должен соответствовать тому, сколько времени, по мнению пациента, потребуется для выполнения задания), чтобы обсудить, как пациенту удалось выполнить задание. Например, нужно предпринять предложенные выше действия после того, как в начале сеанса выяснилось, что не было выполнено домашнее задание (ведение пищевого дневника).

“Я думаю, что мы застряли на этом этапе. Как мы уже договорились в прошлый раз, без четкого представления о том, что вы едите, мы не сможем ничего изменить в вашем расстройстве пищевого поведения. Я ценю то, что вы уверены, что сможете вспомнить все, но память людей обычно ненадежна. Именно поэтому мы просим постоянно записывать все в дневники. Даже если бы вы прекрасно помнили все, то на воссоздание дневника ушла бы большая часть этого сеанса. У нас не осталось бы времени на всю остальную необходимую работу. А без выделения времени на обсуждение дневник становится бессмысленным. Я понимаю, что на этой неделе у вас не было возможности его вести. И как раз это мы обсуждали на прошлом сеансе. Эта работа должна быть в приоритете, если вы хотите разобраться со своими пищевыми паттернами. Я не сомневаюсь, что вы можете вести подобный дневник. Вопрос только в том, сможете ли вы найти время для этого. Поскольку сегодня мы больше ничего не можем сделать, я предлагаю на этом закончить сеанс и назначить другую встречу, когда у вас будет возможность выполнить это задание — вести пищевой дневник в течение недели”.

Краткий сеанс поможет пациенту понять, что терапия зависит от его участия. Опыт показывает, что это дает мощный сигнал пациенту, связывая терапию с действиями пациента (или их отсутствием). Нужно отметить, что в таком случае пациент возвращается на терапию

в гораздо более активной роли для сотрудничества. Его модели поведения, препятствующие терапии, меняются (он приносит заполненный пищевой дневник). Несмотря на опасения, очень редко пациент не возвращается на следующий сеанс.

Однако установление очень коротких временных рамок для сеанса в такой способ может показаться врачу карательным. Важно использовать супервизию для того, чтобы убедиться, что истинная причина такого поведения заключается в том, чтобы дать пациенту наилучшую долгосрочную перспективу изменений. Это также поможет терапевту сдерживать краткосрочную тревогу по поводу потенциального негативного влияния таких действий. Ключевой момент — честно объяснить пациенту такую краткость сеанса, как неизбежное последствие при отсутствии прогресса. При этом всегда нужно выражать свою уверенность в том, что пациент может справиться с поставленной задачей.

### **9.3. Особые группы пациентов**

---

Доказано, что препятствующее терапии поведение часто связано с некоторыми формами коморбидных расстройств. Например, диссоциация может проявляться в виде плохой памяти на задания, а высокая импульсивность может привести к тому, что пациент будет посещать терапию в состоянии алкогольного опьянения. Страх быть покинутым при пограничном расстройстве личности может проявляться в виде пропусков сеансов (проверка приверженности врача). Наконец, есть элементы нарциссической личности, которые необходимо учитывать, чтобы облегчить терапию (например, сохранять фокус внимания в терапии на трудностях пациента, а не концентрировать внимание на промахах врача). Более подробно эти коморбидные состояния рассматриваются далее в книге. Терапевту необходимо открыто обсуждать с пациентом влияние таких состояний на терапию, когда возникают соответствующие модели поведения.



## Домашние задания

Домашние задания — неотъемлемая часть КПТ при расстройствах пищевого поведения. Типичные задания включают: самоконтроль, изменение структуры и содержания рациона питания, проведение поведенческих экспериментов (например, введение ранее избегаемых продуктов для опровержения убеждений о наборе веса). Цель домашних заданий — помочь пациенту собрать данные и понять факторы, которые вызывают и поддерживают его поведение, а также проверить некоторые навыки, которые он усвоил во время терапии.

### 10.1. Важность выполнения домашних заданий

---

Врач должен объяснить пациенту на ранних стадиях лечения, что домашние задания — это не дополнительная опция, а основная составляющая часть лечения, которая поможет пациенту стать собственным терапевтом. Исследования показали, что пациентам, выполняющим домашние задания, значительно легче проходить курс КПТ.

Эффективно выполнять домашние задания может быть сложнее, чем думают некоторые терапевты. Неопытные врачи иногда склонны к мысли, что пациентам должно быть относительно легко выполнять основные задания по КПТ, например, следить за питанием или вести записи мыслей. Как следствие, они часто тратят недостаточное количество времени на подготовку пациента к выполнению этих заданий. Например, начинающий врач может сказать пациенту следующее.

“Вот пищевой дневник. Я бы хотел, чтобы вы записывали в него, что вы ели и пили в течение недели. Я думаю, что вам будет полезно заполнить его, чтобы мы лучше понимали, что вы едите”.

Такие инструкции не очень удачны, поскольку не предполагают детальной подготовки и практики пациента, которые нужны для эффективного мониторинга. Роберт Лихи (Robert L. Leahy) обобщает эту проблему: “Просто задать домашнее задание по самопомощи недостаточно, чтобы заставить пациента измениться. Задание по записыванию мыслей может показаться достаточно простым для врача, но почти

наверняка оно будет крайне непонятным и сложным для пациента” [Leahy, 2001]. Как следствие, домашнее задание может стать источником разочарования как для врача, так и для пациента. В результате пациент может отказаться от его выполнения.

При согласовании домашнего задания терапевт должен четко объяснить пациенту, что от него требуется и как это задание связано с общими целями лечения. Таким образом, пациент и врач совместно должны определять задания *в течение* всего сеанса, а не придумывать их в спешке в конце сеанса.

В следующем разделе будут рассмотрены некоторые общие рекомендации по определению и выполнению домашних заданий. Это необходимо для того, чтобы пациент получил максимальную пользу от этих заданий. Затем будет приведено несколько идей о том, как врачи могут решить проблему невыполнения пациентами домашних заданий.

### **10.1.1. Прослушивание аудиозаписей сеансов в качестве домашнего задания**

Идея вести аудиозаписи сеансов соответствует прозрачному характеру подхода КПТ и выполняет двойную функцию: помогает запомнить и дает дополнительную возможность осознать и переосмыслить то, что обсуждалось на сеансе. Нужно просить пациентов записывать каждый сеанс и поощрять их прослушивать записи сеансов в течение последующей недели. Большинство пациентов заменяют аудиозапись предыдущего сеанса новой. Однако некоторые пациенты предпочитают сохранять записи всех сеансов и время от времени прослушивать их.

Эта, казалось бы, простая задача часто вызывает у пациентов дистресс, поскольку они заново переживают то, что было для них дискомфортным на сеансе, и подвергаются множеству самокритичных мыслей о своей текущей ситуации и поведении на сеансе. Поэтому важно четко обосновать это задание и гарантировать, что на каждом сеансе будет выделено время для обсуждения опыта пациента. На этой стадии будет полезно вернуться к теме аналогии с рекой (записи дают возможность отстраниться от своих переживаний и наблюдать за ними “с берега реки”), стать собственным терапевтом (это позволит пациенту осознать и переосмыслить то, что обсуждалось на сеансе) и определить краткосрочные и долгосрочные последствия (например, то, что

в краткосрочной перспективе может вызвать дистресс, будет иметь положительные долгосрочные последствия).

Чтобы пациенты могли переносить дистресс, вызванный этим заданием, и оптимизировать использование материала, при прослушивании записей им будет полезно подумать над следующими вопросами.

1. *Какие мысли и чувства возникают при прослушивании записей?*  
Это побуждает пациента начать устанавливать связи между своими мыслями, чувствами и поведением.
2. *Прослушав себя на записи, можете ли сказать, было ли что-то, о чем вы думали или чувствовали и при этом не смогли передать/поделиться, и если да, то что мешало это сделать?* Это побуждает пациента переосмыслить свое взаимодействие с терапевтом во время сеанса, что может привести к изменению его взаимодействия с другими людьми в социуме.

## 10.2. Общие рекомендации по постановке домашних заданий

---

Для того чтобы эффективно задавать домашние задания, терапевты должны выполнить ряд действий, которые описаны ниже и проиллюстрированы примерами.

Дополнительную информацию о практических аспектах постановки домашних заданий можно найти в книге Р. Лихи [*Leahy, 2001*].

### 10.2.1. Обоснование домашнего задания терапевтом

Домашнее задание обычно явно связано с целями предыдущего сеанса. Прежде чем задать домашнее задание, врач должен объяснить пациенту, почему домашнее задание имеет смысл в контексте целей лечения. Кроме того, следует открыто обсудить опасения пациента по поводу задания. Если врач считает, что определенное домашнее задание — хорошая идея, это не значит, что пациент думает так же. Врач может сказать примерно следующее.

“Исходя из того, что мы только что обсудили, следует, что у вас было мало возможностей попрактиковаться в наблюдении за своими мыслями в ситуациях, когда вы едите что-то в социуме. Вам кажется, что



другие осуждают вас. Я думаю, вам нужно научиться быстрее определять негативные автоматические мысли в таких ситуациях. Что вы думаете по этому поводу?”

В данном случае идея записывать мысли вытекает из того, что обсуждалось ранее на сеансе. Цель состоит в том, чтобы помочь пациенту улучшить его способность выявлять негативные автоматические мысли.

### **10.2.2. Обоснование домашнего задания пациентом**

То, что врач объяснил смысл домашнего задания, не всегда означает, что пациент смог его понять. Поэтому нужно, чтобы врач попросил пациента повторить своими словами, в чем, по его мнению, состоит смысл задания.

“Можете ли вы сказать своими словами, почему для вас может быть полезно записывать все, что вы едите и пьете в течение следующей недели? Как вы думаете, почему это полезно для вас?”

Терапевты, которые так поступают, часто удивляются, обнаружив, что пациент с трудом понимает смысл конкретного задания. Если пациент с трудом понимает смысл задания, врач должен выделить время на его объяснение, пока пациент точно не поймет, как и почему это задание поможет ему продвинуться к своим целям.

### **10.2.3. Точное определение того, что и как должен делать пациент**

Чтобы домашнее задание было эффективным, оно должно быть как можно более конкретным. Например, если просто указать пациенту, что он должен записывать свой прием пищи, это может сильно запутать пациента. И в итоге он либо не будет записывать вообще, либо будет записывать крайне непоследовательно. Такая постановка задания также даст понять, что врач тоже не на 100% понимает, что и зачем нужно делать. Вместо этого врач должен подробно обсудить с пациентом формат пищевого дневника.

### **10.2.4. Обсуждение домашнего задания с пациентом во время сеанса**

После определения домашнего задания врач и пациент должны вместе обсудить его на сеансе. Самый простой способ сделать

это — использовать недавний пример. Если пациенту нужно в качестве домашнего задания вести пищевой мониторинг, можно на сеансе начать с записи того, что пациент ел до прихода на сеанс или накануне. Выполнение части домашнего задания во время сеанса дает врачу возможность ответить на вопросы, которые в противном случае возникли бы только после окончания сеанса уже дома (например, “Нужно ли мне записывать продукты, которые я употреблял во время приступа переедания?”).

### **10.2.5. Опасения пациента по поводу выполнения домашнего задания**

Если пациент неоднозначно относится к выполнению домашнего задания, важно, чтобы врач принимал и осознавал это. Врач может сказать следующее.

“Мне кажется, что вы не совсем уверены в выполнении этого домашнего задания. Есть ли у вас какие-то опасения по этому поводу? Было бы полезно открыто обсудить ваши опасения, поскольку они могут быть вполне обоснованными. Я хочу убедиться, что это домашнее задание «выполнимо» и не будет для вас слишком сложным”.

Поощрение открытого обсуждения опасений пациента по поводу домашнего задания не означает, что врач должен отказаться от этого задания или перейти к другому. Однако это дает пациенту возможность прояснить, как это задание вписывается в общую картину лечения, и озвучить любые проблемы, о которых врач мог не знать.

### **10.2.6. Выводы по выполнению домашнего задания**

Авторы считают, что будет полезно каждую неделю по факту выполнения домашнего задания предоставлять пациенту бланк для выводов, который он будет заполнять в качестве части домашнего задания. Цель этого бланка — помочь пациенту в следующих вопросах.

- Обобщить свой режим питания (включая количество приемов пищи, перекусов, эпизодов переедания и компенсаторного поведения) до начала сеанса. Это побуждает пациента взять на себя ответственность за выявление пробелов и потенциальных областей для дальнейшей работы.

- Рассмотреть значимые переживания в течение недели в рамках КПТ, записывая их с точки зрения своих мыслей, чувств и поведения. Это важный первый шаг на пути к когнитивной реструктуризации.
- Начать выявлять моменты, когда все шло хорошо или плохо. Доказано, что это ориентирует пациента на поиск исключений из проблемы, сильных сторон, на которые можно опираться, и зачатков перемен. Все это важно для усиления мотивации к дальнейшим и продолжительным изменениям.
- Вносить свой вклад в создание плана сеанса и постепенно брать на себя больше ответственности за структурирование лечения.

В начале каждого сеанса следует просматривать бланк с выводами и использовать его для определения плана сеанса. Со временем это позволит пациенту работать над достижением конкретных целей: упорядочить прием пищи и уменьшить проявление нерациональных моделей поведения, концептуализировать свой опыт в рамках КПТ, вносить вклад в план сеанса и выполнять домашние задания. В результате это приведет к достижению более важной цели — стать собственным терапевтом.

### **10.3. Что делать при невыполнении домашних заданий?**

---

Многие пациенты с расстройствами пищевого поведения неохотно выполняют домашние задания. Во многих случаях такое нежелание связано с проблемами мотивации, и в этом случае врач может использовать метод “краткого сеанса” (см. главу 9). Однако иногда неспособность пациентов выполнять домашние задания может быть связана с сопутствующей депрессией. В любом случае, невыполнение домашних заданий должно стать приоритетным пунктом для обсуждения в процессе сеанса. Например, врачу необходимо выяснить, что, по мнению пациента, произошло бы, если бы он выполнил домашнее задание, и какие доказательства у него есть для этого убеждения. Терапевт может использовать ряд вопросов, чтобы помочь пациенту оценить негативные мысли и убеждения, связанные с выполнением домашнего задания. Ниже приведены некоторые из них.

- Какие в целом потери и выгоды от выполнения домашнего задания?
- Что будет лучшей альтернативой?
- Какие доказательства за и против того, что домашние задания не эффективны?
- Какое домашнее задание вы бы задали сами?
- Что бы вы порекомендовали другу на вашем месте?
- Чем ваш пессимизм в отношении домашних заданий похож на другие ваши мысли о том, как стать лучше?
- Какие у вас есть основания полагать, что врач будет думать о вас хуже, если вы не сделаете домашнее задание определенным образом?
- Готовы ли вы поэкспериментировать с выполнением небольшого количества домашних заданий, чтобы мы могли оценить их эффективность?

Часто полезно дать пациенту домашнее задание, которое предполагает выяснение причин, по которым он не делает домашние задания. Также полезны и другие стратегии, которые включают в себя предоставление пациенту возможности самому задавать домашние задания и/или давать ему меньший объем домашней работы.

Чтобы минимизировать случаи невыполнения домашних заданий, нужно начинать их выполнять вместе с пациентом во время сеанса. Это позволит врачу уже на ранней стадии опровергнуть опасения пациента. Как отмечалось ранее, врач всегда должен иметь возможность объяснить пациенту домашнее задание и убедиться, что пациент понимает его обоснование.



# Как “выжить”, оставаясь эффективным терапевтом?

Доказано, что пациенты с расстройствами пищевого поведения — одна из самых сложных групп пациентов для лечения [Vitousek et al., 1998]. Этому есть несколько причин, включая: физические риски, хронический характер случаев, а также тот факт, что при РПП часто присутствуют эгосинтонические элементы. Случаи пациентов с коморбидным расстройством личности могут быть особенно трудными для терапевтов. Личностные характеристики пациентов и врачей также влияют на динамику терапевтических отношений. В этой главе представлена информация для размышлений об этих и других актуальных вопросах. Для того чтобы оставаться *эффективным*, терапевту важно осознавать, какие сложности у него могут возникнуть в процессе лечения пациентов. Врач должен понимать и реагировать на собственные особенности, включая перфекционизм, тревожность и чрезмерный или недостаточный вклад в изменения у пациента. Ситуация может меняться в зависимости от клинической обстановки (например, факторы стресса могут быть разными в условиях амбулаторного, стационарного или дневного стационарного лечения).

## 11.1. Физические аспекты расстройств пищевого поведения

---

Для пациентов с РПП характерен высокий уровень физического риска. Однако необходимо учитывать и другие физические проблемы, сопутствующие расстройствам пищевого поведения (например, взвешивание пациента).

### 11.1.1. Физические риски при расстройствах пищевого поведения

При расстройствах пищевого поведения особенно высок уровень физического риска (например, из-за голодания, самоповреждений,

электролитного дисбаланса). Это часто создает дополнительные проблемы, с которыми терапевту (и его команде) необходимо будет справиться. Врачу необходимо найти баланс между желанием проводить терапию и поддерживать терапевтический альянс и необходимостью устанавливать и удерживать четкие и разумные границы в отношении физического риска, хотя все подобные решения должны приниматься в мультидисциплинарной команде. Важно помнить, что все врачи в мультидисциплинарной команде (например, психологи, психотерапевты, медсестры, диетологи) в меньшей или большей степени также нуждаются в поддержке терапевта. Отсутствие знаний обо всех аспектах расстройств пищевого поведения может повысить тревожность психотерапевта. Это снижает его уверенность в себе в эффективности его терапевтического лечения. Это беспокойство о физическом состоянии пациента может усугубляться давлением со стороны обеспокоенных родственников или других медицинских работников.

Чтобы опровергнуть эти опасения, необходима междисциплинарная работа, в том числе участие специалистов с медицинским образованием (в составе команды или вне ее). Нужно объяснить пациентам, что важно обеспечить их физическую безопасность и что соответствующие исследования (например, анализы крови) не подлежат обсуждению, если пациент хочет остаться в терапии. Более того, для пациентов с риском дальнейшего ухудшения физического состояния устанавливаются четкие границы, при достижении которых наступают последствия (например, госпитализация, если вес или ИМТ пациента снижается до определенного уровня, или если результаты обследований оказываются ненормальными). При таком подходе к работе терапевт не должен принимать решение единолично. Определение необсуждаемых условий и четких границ напоминает о важности обоснования и не позволяет врачам поддаваться и делать исключения для “особых” пациентов.

### **11.1.2. Процесс взвешивания в терапевтических отношениях**

Терапевты, впервые столкнувшиеся с пациентами с расстройствами пищевого поведения, могут предположить, что взвешивание пациента и измерение его роста не входят в их обязанности и что они должны только проводить индивидуальную терапию. Физический процесс взвешивания пациента (требование снять обувь и верхнюю одежду)

может показаться навязчивым и необычным. Однако, как обсуждается в главах 4 и 15, существует ряд непровержимых причин для того, чтобы психотерапевт взвешивал пациента. Это необходимо для того, чтобы КПТ была эффективной. Некоторые пациенты могут отказываться от взвешивания. Как указано выше, врач должен сделать это обязательным условием терапии, четко обосновав это пациенту.

### 11.1.3. Вес как предмет обсуждения

Записи пациента о приемах пищи часто не соответствуют изменениям в весе. Крайне важно, чтобы любое такое несоответствие обсуждалось и решалось совместно с пациентом. Более того, некоторые пациенты могут настаивать на том, что лечение им действительно помогает. Однако график веса показывает, что они с трудом удерживают или набирают вес. Полезно обсудить с пациентом тот факт, что его записи и вес не совпадают, и помочь пациенту подумать о причинах этого (например, пациент ест меньше, чем может признать, или ему трудно сообщать об эпизодах переедания). Важно избегать конфронтации "лицом к лицу", когда врач высказывает пациенту лишь предположения о том, что тот врет. Использование совместного подхода позволит пациенту понять и осознать несоответствия в своих записях.

### 11.1.4. Спокойное решение проблем, связанных с едой

Аналогично, как и при решении проблем, связанных со взвешиванием пациента, терапевт также должен взять на себя ответственность за консультирование пациента по вопросам, связанным с едой. Известно, что многие специалисты, работающие в этой области, не имеют подготовки в области питания, и знания о питании у них относительно *слабые* [Cordery & Waller, 2006]. Многие пациенты имеют гораздо больше знаний о некоторых аспектах питания (например, о калорийности продуктов), чем врач. Поэтому необходимо обсуждать с пациентами вопросы, связанные с потреблением пищи и любые вопросы или тревоги, которые могут у них возникнуть и вызывать беспокойство. Это важно, особенно если пациент очень сильно переживает по какому-то вопросу. Именно поэтому полезно иметь в команде диетолога. Поскольку именно этот специалист в таком случае может оказать большую поддержку, просветить и успокоить врача (а также



работать с теми пациентами, которые нуждаются в индивидуальной поддержке). Также важно помнить, что внезапное, аномальное увеличение веса (т.е. не соответствующее недавней тенденции изменения веса) на 0,5 кг за неделю или более, скорее всего, связано с задержкой жидкости, а не с изменениями в жировой/мышечной ткани. Поэтому не нужно менять диету пациента в ответ на такие показатели, так как в таком случае невозможно будет определить, что вызовет снижение веса на следующей неделе (т.е. это будет связано с изменениями в диете или с тем, что отеки уменьшились).

Стоит также помнить, что очень сложно правильно определить энергетический баланс (например, сколько пищи необходимо для долгосрочного изменения веса), ведь это не точная наука, даже если пациент находится в идеальных условиях, при которых питание относительно хорошо контролируется (например, в отделении по лечению расстройств пищевого поведения). Хотя исследования подтверждают, что увеличение веса напрямую связано с потреблением калорий (например, если человеку назначить такой-то рацион питания, его вес увеличится на столько-то), в реальности разнообразие доступной пищи и другие переменные (физические упражнения/активность, естественное колебание веса) означают, что такая точность невозможна. Очень легко поддаться панике из-за беспокойства пациента по поводу съеденного лишнего печенья за день, например. Но в действительности вес изменится только тогда, когда потребление пищи изменится по крайней мере на 200–300 ккал в день (обычно больше), и что количество необходимой пищи нужно значительно увеличить, когда цель — существенное увеличение веса (см. главу 7). Следовательно, нецелесообразно тратить большое количество времени на “совершенствование” диеты или изменять ее каждую неделю в ответ на колебания уровня отеков.

## **11.2. Характер расстройств пищевого поведения**

---

Процесс лечения могут затруднять многие особенности, обычно наблюдаемые у пациентов с расстройствами пищевого поведения. К таким особенностям относятся: эгосинтонность некоторых симптомов, хронификация и тяжесть расстройств, а также скрытность, свойственная некоторым пациентам.

### 11.2.1. Эгосинтонический характер симптомов

Многие пациенты воспринимают некоторые из своих симптомов (особенно потерю веса и чувство контроля над едой, фигурой и весом) как весьма желательные и стремятся устранить эгодистонические симптомы, сохранив при этом положительные аспекты. В противоположность этому эгосинтоническая природа симптомов может смущать терапевтов. Они видят, насколько разрушительным для человека является связанное с ними поведение. Если не изучить такое несоответствие точек зрения, это может привести к конфронтации, отстраненности, растерянности и отчаянию с обеих сторон.

Необходимо обсудить с пациентом, почему неэффективно в долгосрочной (или даже краткосрочной) перспективе пытаться удержать часть расстройства пищевого поведения. Например, пациент с недостаточным весом и булимическим поведением, который значительно сократил количество приступов переедания и рвоты, не мог работать над достижением здорового веса. Врач обосновал пациенту необходимость достижения здорового веса, но пациент все равно чувствовал себя неспособным работать в этом направлении. После обсуждения было принято совместное решение прекратить активное лечение. Хотя может показаться, что это не идеальный вариант, но в этой ситуации важно, что такое решение было принято совместно и пациент не почувствовал себя вынужденным "бросить" лечение из-за того, что его не выслушали. Это позволило пациенту почувствовать, что вполне возможно будет снова вернуться к лечению, когда предпочтительная (первоначальная) стратегия не помогла ему вернуть ту жизнь, которую он хотел.

Терапевту нужно узнать, как пациент воспринимает свое РПП. Также необходимо знать, как пациент попал на лечение. Это особенно важно в случаях с подростками, когда решения обычно принимают родители. И такие решения могут совсем не совпадать с тем, чего хочет молодой человек. При лечении совершеннолетних пациентов может присутствовать аналогичное давление, хотя оно будет более незаметным. Например, человек может чувствовать давление со стороны супруга, страх потерять работу или не выполнить требования куратора из университета или колледжа. Таким образом, терапевт может столкнуться с враждебно настроенным человеком, мотивация к выздоровлению у которого низкая.

## 11.2.2. Хронический характер симптомов

Как будет отмечено далее в главе 28, люди с расстройствами пищевого поведения — неоднородная группа, когда речь идет о выздоровлении. В то время как некоторые выздоравливают при относительно небольших усилиях, другие пациенты имеют длительную и хроническую историю расстройств и требуют гораздо больше усилий. Лечение таких пациентов может показаться невыполнимой задачей. Однако нередки случаи, когда пациенты с длительной историей заболевания выздоравливают или достигают значительного улучшения. Осознание долгосрочной перспективы поможет врачу справиться с такими случаями. В таких случаях также важен вопрос вклада врача (см. ниже).

## 11.2.3. “Особые” пациенты

Члены лечебной команды должны знать о том, что есть такое понятие как “особый” пациент. При лечении такого пациента важно поддерживать открытые каналы связи внутри команды. Этот вопрос был изучен на практике в стационарных условиях [Main, 1957]. Информацию из этих исследований можно применить ко многим случаям, если в лечении таких пациентов (и особенно более сложных и трудных) будет задействована команда специалистов.

Если к пациенту относятся как к “особому” или если лечение чрезмерно разрознено (например, члены команды не могут общаться открыто), то существует большая вероятность раскола команды. Например, многие врачи сталкивались с ситуацией, когда пациент раскрывал “секрет” только ему одному, а позже обнаруживали, что пациент раскрыл тот же “секрет” нескольким членам команды. Всем им пациент говорил, что только они знают об этом. На практике при лечении, когда пациент работает с диетологом, нужно регулярно обсуждать все вопросы и с другими специалистами, чтобы лечение не поляризовалось на “еду” и “чувства” и чтобы терапевт, проводящий КПТ, не пренебрегал поведенческими аспектами расстройств. Также нередко роли членов команды меняются местами. Например, пациент может обращаться с вопросами о питании к терапевту, а эмоциональные проблемы обсуждать с диетологом. Такая дихотомия неуместна и вряд ли приведет к положительному результату. Хорошая коммуникация между членами команды может быстро выявить эту проблему.

### 11.2.4. "Манипуляции"

Термин "манипулятивный" иногда используется для описания пациентов с расстройствами пищевого поведения. Было выявлено, что такой подход не является полезным и часто свидетельствует о том, что врач (и члены команды) не может эффективно работать с пациентом. Использование этого термина или других, подобных ему, должно побудить врача сделать шаг назад и задуматься о проблемах. Можно попытаться понять поведение пациента с его позиции. Поведение пациента, скорее всего, обусловлено дистрессом или сложностью признавать проблемы, а не активным желанием "обмануть" врача или "манипулировать" врачом. Опять же, рекомендуется совместно с пациентом обсудить эти вопросы.

## 11.3. Личностные характеристики пациентов и терапевтов

---

И у терапевта, и у пациента есть личные качества, которые влияют на терапевтическую работу. При анализе собственных характеристик врачу часто стоит изучить и рассмотреть, как он изменился с течением времени или же остался прежним (например, уверенность в себе растет со временем). Кроме того, многие пациенты имеют общие черты со своими терапевтами (например, перфекционизм). И это может затруднить создание объективной перспективы, чтобы помочь пациенту перейти к более функциональному подходу к жизни.

### 11.3.1. Что привело терапевта к этой работе?

Некоторые врачи выбрали для себя работу в специализированных клиниках, занимающихся лечением именно пациентов с расстройствами пищевого поведения. Другие же — универсальные врачи, для которых пациенты с расстройствами пищевого поведения являются лишь частью разнообразного (и многочисленного) контингента. К какой бы категории не относился терапевт, ему нужно пересмотреть свое отношение и эмоциональные реакции на пациентов с РПП. Понимание возможного сходства со своими пациентами — в частности, в таких чертах, как перфекционизм, дихотомическое мышление и тревожность — также может повлиять на работу врача.

Многие терапевты слишком высоко оценивают вероятность изменения пациента. Это, по-видимому, отчасти является результатом представления о себе как о “доблестном рыцаре”, прибывающем к пациенту, чтобы спасти его от “ужасного расстройства”. Такая точка зрения вполне понятна, учитывая факторы, которые в первую очередь могли побудить человека стать врачом. Терапевту нельзя позиционировать себя как “особенного” врача, который вылечит этого пациента там, где другие потерпели неудачу, также, как и делать “особенным” пациента. Признаки такой динамики — ощущение, что только терапевт понимает этого пациента, и убежденность в том, что только этому врачу пациент доверяет. Высокий уровень перфекционизма также может привести к самокритике, если терапевту не удастся “вылечить” пациента.

### **11.3.2. Проблемы с восприятием тела у терапевта**

Терапевты, работающие с пациентами с расстройствами пищевого поведения, должны осознавать, как они сами относятся к своему образу тела и как воспринимают себя. Например, врач, у которого есть собственные проблемы с весом, может проецировать нереалистичные ожидания на своих пациентов (например, ожидать, что пациенты с избыточным весом похудеют), а затем расстраиваться, когда пациент “не справляется”. Врачи должны правильно отвечать на вопросы, которые могут задавать пациенты.

### **11.3.3. Неравенство возможностей**

Крайне важно также обратить внимание на то, как терапевт относится к своим пациентам. Хотя в обеих группах (как среди пациентов, так и среди терапевтов) всегда есть различия, преобладают в основном молодые, образованные женщины. Врач должен уметь понять, как сходства и различия между пациентом и терапевтом могут повлиять на терапевтические отношения. Некоторые пациенты хотят воспринимать или даже воспринимают врача как своего друга. Как в таком контексте можно установить и сохранить пределы?

Для мужчин-терапевтов могут быть актуальны и другие вопросы. Для некоторых пациенток терапия может стать первым положительным опытом отношений с представителем противоположного пола, и у пациентки могут возникнуть романтические чувства. Все врачи, а особенно терапевты-мужчины среднего возраста, должны учитывать вероятность

возникновения неуместных отношений между врачами-мужчинами и пациентками с расстройствами пищевого поведения (независимо от терапевтической модальности) и работать в достаточно прозрачной среде, чтобы избежать любого риска возникновения такой ситуации.

#### **11.3.4. Отношение пациента к терапевту**

В некоторых случаях терапевту трудно развивать терапевтические отношения с пациентами, если такие пациенты алекситимичные или имеют тенденцию к первичному избеганию аффекта в качестве общей стратегии. Врач, в свою очередь, может воспринимать этот стиль как холодный, отстраненный и незаинтересованный. Супервизия поможет врачу воспринимать такие проявления как общий стиль поведения личности, а не как отказ от попыток взаимодействия с терапевтом. Пациенты с высокой степенью стыда могут испытывать аналогичные трудности с вовлеченностью. В несколько ином проявлении некоторые пациенты имеют высокую степень стремления к одобрению или "угрождению людям", что обусловлено их ранним опытом. Таким пациентам может быть трудно сообщить врачу, что определенный метод лечения не помогает или причиняет боль. Такие пациенты также могут избегать показывать "настоящее я", боясь отвержения или неодобрения.

Учитывая длительное течение некоторых расстройств пищевого поведения, неудивительно, что у таких пациентов уже были эпизоды лечения в прошлом. Для некоторых из них этот опыт был негативным. И терапевту придется приложить немало усилий, чтобы создать терапевтический альянс с пациентом, который может испытывать опасения или даже враждебность. Как для врача, так и для пациента полезно изучить особенности, которые способствовали предыдущему негативному опыту. Также важно, чтобы врач осознавал влияние собственных характеристик на пациента (например, у многих пациентов был негативный опыт, из-за которого они будут бояться работать с врачом мужского или женского пола).

### **11.4. Как выжить, оставаясь эффективным терапевтом?**

---

В этой книге определены некоторые из проблем, которые потенциально могут способствовать отстранению и выгоранию врача.

Подтверждено, что сочетание следующих факторов поможет терапевту справиться с такими проблемами.

### 11.4.1. Позитивная позиция сотрудничества

Как подчеркивалось в начале книги, позиция врача имеет жизненно важное значение. При работе с группой пациентов с РПП было установлено, что наиболее эффективная философия, лежащая в основе работы терапевта, — это постоянное внимание к необходимости работать в сотрудничестве с пациентом и коллегами, а не вступать в конфликт с пациентом или с другими людьми, вовлеченными в уход за ним (“плечом к плечу”, а не “лицом к лицу”). На уровне взаимодействия с пациентом важно избегать сговора или конфронтации, оставаться объективным и авторитетным. Использование правил и необсуждаемых условий обеспечит безопасную и сдерживающую стратегию лечения как для врача, так и для пациента. Обоснование таких правил и условий всегда нужно обсуждать с пациентами. В таком случае пациенты с большей вероятностью примут ограничения, даже если они им не нравятся [Geller, 2002a].

### 11.4.2. Супервизия

Как подчеркивается в книге, супервизия необходима для эффективной когнитивно-поведенческой работы. Супервизия может иметь различные форматы, но обычно она включает индивидуальную супервизию со стороны старшего медицинского сотрудника или групповую супервизию с коллегами. В рамках предоставления лечения пациенту супервизия должна быть неотъемлемой частью работы. Ее вклад нужно ценить. Модель КПТ подходит для супервизорского формата [Padelsky, 1996]. Рекомендуется проводить повторное обсуждение процесса, а также содержания. Очень важно найти возможности для того, чтобы поделиться разочарованием, а также рассмотреть прогресс в лечении. Обсуждение случаев может дать новое понимание. Этот процесс также важен, чтобы предупредить врача о потенциальных проблемах (например, чрезмерный вклад в определенных пациентов). Супервизия также может стимулировать и вдохновлять мышление обеих сторон. Развитие сотрудничества с супервизором со временем может оказать большую поддержку терапевту, особенно когда речь идет о других стрессовых факторах (см. ниже).

Есть несколько тем, применимых к проведению КПТ, которые также уместно рассмотреть в контексте супервизии. Поощряя пациентов к достижению реалистичных целей, терапевты сами должны делать то же самое. Реалистичный подход — принять то, что некоторые пациенты не смогут полностью выздороветь, или признать то, что не следует брать на себя ответственность за внешние факторы, такие как плохие отношения. Принятие долгосрочной перспективы поможет врачу использовать реалистичный подход.

### **11.4.3. Работа в команде**

Как обсуждалось ранее в главе 3, работа мультидисциплинарной команды необходима, чтобы обеспечить последовательный и эффективный уход. Использование командного принятия решений может снизить нагрузку на отдельных членов команды и обеспечит надлежащее соблюдение границ. Совместная работа будет особенно полезной в случае чрезвычайно сложных пациентов и пациентов с тяжелыми личностными проблемами. Атмосфера в коллективе должна позволять врачам обсуждать и высказывать свои тревоги или проблемы с более сложными пациентами без страха к осуждению. Можно оказывать поддержку неформально или более формально в контексте супервизии.

### **11.4.4. Сбалансированная трудовая деятельность**

Сбалансированная трудовая деятельность имеет важное значение для снижения риска выгорания врача. Этот баланс, вероятно, включает в себя различные виды деятельности (в том числе исследования, профессиональное развитие и обучение других). Кроме того, сбалансированная по сложности рабочая нагрузка поможет терапевтам сохранить перспективу.

### **11.4.5. Забота врача о себе в случае личных проблем**

Важно понимать, что события, происходящие вне трудовой деятельности терапевта, могут повлиять на то, как он ведет себя в терапевтическом кабинете с пациентами. Очевидными примерами таких проблем могут быть: семейная утрата или болезнь, развод или разрыв отношений. Более тонкими проблемами могут быть проблемы пациента с детьми или отсутствие приоритета здоровья еще не родившегося



ребенка, если сам врач пытается создать семью. Важно, чтобы врач знал о таких проблемах и предпринимал шаги, заботясь о себе в трудные времена. Такая забота о себе требует признания того, что врачи не роботы, которые могут спрятать личные проблемы в коробке дома.

### **11.4.6. Неожиданно совершить ошибку или подвести пациента**

Учитывая сложный характер случаев пациентов с РПП, нет ничего странного в том, что иногда врачи чувствуют себя более способными к эмпатии со своими пациентами, чем в другое время. Кроме того, терапевты не совершенны и могут допускать ошибки как в практических советах (например, назначение продуктов питания), так и в оказании эмоциональной поддержки (например, не обращать внимания на проблему до окончания сеанса). Болезнь также сложно предугадать, поэтому терапевт также неожиданно может отменить сеанс. Важно то, что врач старается взять на себя определенную ответственность (т.е. не слишком большую и не слишком маленькую) за проблему и устранить любую проблему в рабочих отношениях. Исправить положение иногда трудно, особенно если пациент “нападает” на терапевта за его недостатки. Однако если врач сделает это, то пациент увидит, что врач — тоже обычный человек, который может совершать ошибки, и что врач при этом достаточно сильный и признает свою неправоту. Терапевту может быть дискомфортно в данный момент признать это. Но в долгосрочной перспективе это позволит установить более доверительные отношения между пациентом и врачом.

## **11.5. Выводы**

---

Цель этой главы — рассмотреть некоторые аспекты, которые могут повлиять на способность терапевта эффективно работать, и рассмотреть некоторые механизмы, которые помогут в осуществлении качественной терапевтической деятельности. Эти вопросы необходимо изучать, если врач хочет предоставлять пациентам эффективное и этичное лечение, одновременно управлять и развивать команду, чтобы ее члены были мотивированы, оказывали друг другу поддержку и были вовлечены в свою работу.

## **Составление и соблюдение плана сеанса**

Составление плана сеанса — это процесс создания списка возможных тем, которые пациент и врач хотят и должны рассмотреть на конкретном сеансе. План должен состоять как со стандартных пунктов (например, взвешивание и просмотр пищевого дневника), так и “одноразовых” тем (например, подготовка к празднику или семейному ужину). Составление плана сеанса будет напоминать пациенту, что в ходе лечения будут решаться конкретные проблемы. Терапевт должен дать понять, что они с пациентом будут совместно систематически работать над конкретными проблемами.

### **12.1. Общие пункты плана для всех сеансов КПТ**

---

Хотя план проведения каждого сеанса должен быть индивидуальным, в процессе проведения КПТ при расстройствах пищевого поведения важно рассматривать ряд “обязательных” пунктов и рутинных задач. Они должны быть частью каждого сеанса.

#### **12.1.1. Мониторинг настроения и приема пищи**

Перед каждым сеансом, если это уместно, нужно попросить пациентов заполнить самоотчеты о пищевом поведении, депрессии и тревожности, а также сделать выводы о своем пищевом поведении (соответствующие бланки мониторинга см. в приложении 3).

#### **12.1.2. “Обязательные” пункты в плане сеанса**

Опираясь на мнение разных терапевтов (например, [Fairburn, 2004]), авторы рекомендуют, чтобы каждый лечебный сеанс проходил по схожей структуре. Первую часть сеанса нужно провести, изучая записи мониторинга питания пациента, потом провести взвешивание и просмотреть график веса. На эти задачи нужно отвести около 10–15 минут. Как правило, нужно просматривать пищевой дневник в первую очередь для того, чтобы обсудить убеждения пациента о наборе веса

в контексте того, что он на самом деле ел. Так возможно обнаружить текущие и сформировать новые альтернативные убеждения (глава 22).

После выполнения этих заданий нужно вместе с пациентом составить план для оставшейся части сеанса (около 30 минут), которого следует придерживаться. В конце сеанса необходимо выделить пять минут на то, чтобы обсудить домашние задания, а также дату и время следующего сеанса.

## **12.2. Как составлять план сеанса**

---

Объяснить пациенту, что сеансы КПТ должны быть структурированными, можно следующим образом.

“На каждом сеансе мы будем придерживаться определенной структуры. Первая часть каждого сеанса будет посвящена анализу вашего питания за предыдущую неделю, а затем взвешиванию. После этого мы составим план сеанса на оставшиеся 30 минут. Каждую неделю, перед тем, как прийти на сеанс, вы должны будете подумать о проблемах, которые вы хотели бы включить в план сеанса. Следует также определить приоритетность тех вопросов, которые вы считаете наиболее важными для нашего обсуждения. Я сделаю то же самое, и в ходе сеанса мы вместе решим, какие вопросы требуют срочного решения. Я также представлю вам еженедельный лист для подведения итогов. В который вы должны записывать основные пункты плана сеанса. Таким образом, мы сможем убедиться, что не упустили ничего важного для вас. Мы будем заканчивать каждый сеанс подытоживая основные рассмотренные вопросы и планируя домашнее задание. Я также могу попросить вас дать обратную связь о том, есть ли, по вашему мнению, прогресс”.

## **12.3. Некоторые практические советы по составлению плана сеанса**

---

Считается, что при составлении плана сеанса важно учитывать следующие аспекты.

### **12.3.1. Составляйте план совместно**

Составлять план сеанса необходимо совместно с пациентом. Важно акцентировать внимание на предоставлении пациенту как можно

большого контроля над выбором тем и порядка, в котором они будут рассматриваться. Однако этот выбор должен быть сбалансирован с необходимостью проработать стандартные пункты плана, которые являются частью каждого сеанса (например, взвешивание, записи контроля питания). Необходимо также учитывать, что врач может самостоятельно включить в план некоторые важные элементы эффективной КППТ. Они могут быть временно неприятными для пациента (например, снижение контроля тела).

### **12.3.2. Следите за временем**

На протяжении всего сеанса врач должен внимательно следить за временем, чтобы обеспечить выполнение плана в течение установленного времени сеанса. Учитывая ограничения по времени, часто более реалистично включить в план сеанса только две или три темы, а не перегружать его четырьмя или пятью (см. ниже).

### **12.3.3. Сохраняйте надлежащую гибкость**

Очень важно сохранять определенную степень гибкости при работе в рамках плана сеанса. Например, когда возникает что-то важное, не предусмотренное планом сеанса, не нужно просто игнорировать эту тему или пренебрегать ею (именно так пациент, скорее всего, воспримет это, если врач попросит его подождать до следующего сеанса). Однако не менее важно сохранять надлежащую гибкость, чтобы постоянно не прерывать проведение сеанса, когда в этом нет необходимости. Например, если пациент весь сеанс беспокоится о том, что набрал вес, непродуктивно тратить время, чтобы успокоить пациента и заставить его принять участие в когнитивных экспериментах. Возможно, более эффективно — просто продолжить эксперимент по взвешиванию. Важно выявить закономерности таких прерываний сеанса (например, пациент каждую неделю включает в план сеанса совершенно новую проблему) и обсудить с пациентом, как такие закономерности мешают приступить к необходимой работе в контексте КППТ. Такого рода вопросы можно обсудить и выяснить, есть ли повторяющиеся проблемы или модели поведения, которые мешают продвигаться в работе с пациентом.

### **12.3.4. Решение проблем, возникающих при соблюдении плана сеанса**

#### **12.3.4.1. Проблема 1: обсуждение первого пункта плана занимает слишком много времени**

Иногда при обсуждении какого-либо пункта плана врач понимает, что большую часть сеанса потрачено на эту тему. В этом случае терапевт должен напомнить пациенту о времени, которое изначально было отведено на этот вопрос, и предоставить ему возможность самому решить, что он хотел бы сделать.

“В последние 15 минут мы говорили о прошедших выходных, а вы также хотели поговорить о своих опасениях по поводу вечеринки на работе, которая состоится на следующей неделе. Вы хотите, чтобы мы продолжили разговор о прошедших выходных, или мы перейдем к вопросу о вечеринке?”

Это даст пациенту возможность научиться структурировать время сеанса. Авторы обнаружили, что принятие таких мер на ранних стадиях терапии поможет избежать последующих разочарований или чувства гнева со стороны пациента, когда он не получает возможности обсудить что-то важное для него.

Со временем пациент должен приобретать все больше навыков для самостоятельного структурирования времени сеанса. В идеале определять время в конечном итоге станет легче, когда пациент сможет инициировать, что должно произойти дальше (например, “Я знаю, что сейчас вы попросите меня угадать мой вес”). Это признак того, что пациент социализировался в процесс КПТ.

#### **12.3.4.2. Проблема 2: пациент составляет план сеанса, но не хочет соблюдать его**

Другая распространенная проблема заключается в том, что пациент составляет план сеанса, но затем отклоняется от него. Когда это происходит, терапевт должен определить это отклонение и обсудить этот вопрос непосредственно с пациентом. Пациенты могут вести себя так неосознанно (например, у них может быть склонность избегать разговора о проблемах, которые могут вызвать сильные эмоции). Врач может отреагировать на такое поведение следующим образом.

“Извините, Анна. Могу я прервать вас на секунду? Я слушала то, что вы говорили, но мне кажется, что мы отошли от того, о чем изначально решили поговорить. Помните, мы решили поговорить о том, что вы чувствовали в пятницу вечером после того, как ваш друг в последний момент отменил вашу встречу? Есть ли какая-то конкретная причина, по которой вы ушли от разговора об этом?”

Если врач замечает, что отклонение пациента от плана сеанса отражает общий паттерн избегающего поведения, который мешает продуктивной работе на сеансе, он может сказать следующее.

“Мне кажется, что иногда мы переходим на разговор о вещах, которые на самом деле не входят в наш план сеанса и не имеют отношения к вашим проблемам с питанием. Мне это только кажется, или вы тоже так считаете? Иногда пациенты чувствуют себя неловко, когда говорят о чем-то плохом, что произошло за предыдущую неделю, потому что беспокоятся, что негативные чувства вернуться, если они об этом заговорят. Случалось ли с вами такое на наших сеансах? Следует ли мне указать вам на это, если я почувствую, что мы сбиваемся с пути? Если я ошибаюсь, я буду очень рада, если вы мне об этом скажете. Я просто думаю, что это даст нам возможность понять, что происходит”.

В большинстве случаев терапевту достаточно обратить внимание пациента на этот процесс. На этой стадии часто полезно записывать сеанс на диктофон. Это позволит пациенту повторно проанализировать процесс, прослушивая запись в качестве домашнего задания. Однако если пациент имеет устойчивую тенденцию отклоняться от плана сеанса, врач может захотеть включить это в клиническую формулировку. Этот процесс можно начать следующим образом.

“Как это избегание согласуется с формулировкой? Давайте посмотрим. Можете ли вы связать его с чем-нибудь, о чем мы говорили на предыдущих сеансах? Как оно соотносится с вашим базовым убеждением, связанным с эмоциями, о котором мы говорили два сеанса назад?”



## Психообразование

Психообразование — это термин, который используется, чтобы описать любое обучение пациента, чтобы он смог оценить свои отношения с расстройством пищевого поведения. Этим оно отличается от стандартного дидактического обучения, где принципы имеют более широкий характер и не обязательно связаны с личной ситуацией пациента. Поэтому, чтобы психообразование было эффективным, оно должно включать в себя как обзор конкретных фактов, так и возможность переосмыслить их влияние на самого пациента.

Темы, которые рассматриваются в рамках психообразования, чаще всего основаны на научных фактах, касающихся питания, физиологии и медицинских последствий поведения, связанного с нарушением пищевого поведения. Также психообразование может затрагивать общественные и культурные проблемы, такие как идеализация худобы в обществе. В табл. 13.1 перечислены темы психообразования, которые будут полезными для рассмотрения. А в приложении 2 приведены связанные с ними раздаточные материалы по психообразованию, которые были разработаны специально для пациентов. В соответствии с описанным выше индивидуальным подходом, эти материалы представлены в виде списка для выбора терапевтом, а не в виде плана, которому нужно точно следовать. Однако этот список — не единственное, что может пригодиться пациенту. Основные модели поведения при расстройствах пищевого поведения остаются относительно стабильными, но есть небольшие различия в особенностях таких моделей. Чтобы быть в курсе таких изменений, врач и пациент должны использовать Интернет как источник полезной информации. Эта тема будет обсуждаться ниже.

Психообразование — ключевая часть лечения расстройств пищевого поведения с 1980-х годов. Именно оно помогает пациентам понять природу своего поведения, связанного с нарушением пищевого поведения, и изменить свое мышление. В частности, его можно рассматривать как важный источник информации, позволяющий пациенту генерировать альтернативные убеждения для изучения и проверки (например, «Возможно, для набора веса мне нужно значительно больше калорий,



чем я потребляю сейчас”). Однако не следует рассматривать психообразование как альтернативу терапии, поскольку оно не поможет изменить глубинные мысли и убеждения, которые определяют поведение. При расстройствах пищевого поведения психообразование необходимо, но не единственное важное условие для проведения КПТ. Чтобы психообразование было эффективным, его нужно использовать вместе с когнитивными и поведенческими стратегиями, которые помогут пациенту убедиться в достоверности новой информации.

**Таблица 13.1.** Основные темы и раздаточные материалы по психообразованию (содержатся в приложении 2)

---

**Начало работы: практическая информация об улучшении потребления пищи**

Следующие рекомендации разработаны в поддержку плана эффективного питания (см. рис. 7.2). Их цель — помочь пациенту внести необходимые изменения в свой рацион питания для эффективного проведения КПТ.

1. Преимущества регулярного питания.
2. Общие положения, которые помогут нормализовать потребление пищи.
3. Чувство голода.
4. Сколько нужно пить (безалкогольные напитки).
5. Примеры различных продуктов питания и пищевых групп, к которым они относятся.
6. Градация продуктов питания — таблица, позволяющая определить, какие продукты желательно употреблять, а каких продуктов в настоящее время следует избегать.

**Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения**

1. Влияние полуголодания на поведение и физическое здоровье (Миннесотский эксперимент).
  2. Осложнения, связанные с ограничением питания, низким весом и нервной анорексией.
  3. Осложнения, связанные с нервной булимией (особенно злоупотребление слабительными и рвота).
  4. Влияние самоиндуцированной рвоты на физическое здоровье.
  5. Последствия злоупотребления слабительными средствами для физического здоровья.
-

---

*Окончание табл. 13.1*

---

6. Последствия злоупотребления мочегонными средствами для физического здоровья.
7. Физические упражнения и активность.
8. Здоровье костей и остеопороз.

**Проблемы, способствующие сохранению РПП**

1. Влияние очищения на усвоение калорий.
2. Контроль веса в краткосрочной и долгосрочной перспективе.
3. Почему диеты не работают.
4. Эффект предменструального синдрома (ПМС).

**Основные факты и принципы питания**

1. Скорость метаболизма и расход энергии (или как организм использует пищу).
  2. Эффективное питание.
  3. Белки, некоторые основные факты.
  4. Углеводы, некоторые основные факты.
  5. Жиры, некоторые основные факты.
  6. Фрукты и овощи.
  7. Алкоголь.
- 

## **13.1. Когда использовать психобразование**

---

Психобразование обычно проводится на ранних стадиях лечения. Но его можно (и нужно) пересматривать и возвращаться к нему на более поздних стадиях, если и/или когда возникает необходимость. Поскольку никто не способен запомнить все аспекты новой информации за один раз, важно повторять конкретные моменты при каждом удобном случае. Также важно помнить, если пациент имеет низкий вес, очень ограничивает себя в еде или очень тревожен, его концентрация и способность обрабатывать новую информацию могут быть нарушены, поэтому полезно делать аудиозаписи сеансов и передавать их пациенту. Это позволит ему вспомнить необходимую информацию на более поздней стадии терапии (см. главу 10). Кроме того, по мере прохождения терапии, пациент, скорее всего, сможет оценивать материал по-разному. И это позволит ему получить ответы на более сложные вопросы

о том, как он использует еду, чтобы справиться с эмоциональными проблемами, и лучше понять связь между тем, что и когда он ест, и тем, как это влияет на чувства.

## **13.2. Как эффективно использовать психообразование**

---

Психообразование должно проводиться в неосуждающей, уважительной форме в ответ на конкретные вопросы или дилеммы. Важно изначально решить глубинные психологические проблемы, а не ставить в приоритет обсуждение стандартных вопросов, на которые, по мнению врача, он должен ответить. Скорее, психообразование должно быть переплетено с использованием стратегий КПТ. Это можно осуществить, изучая пищевые дневники пациента и объединяя психообразовательную информацию со стратегиями КПТ, такими как поведенческие эксперименты. Таким образом, психообразование можно адаптировать к текущим потребностям пациента. Важно также помнить, что один и тот же вопрос можно рассматривать в разное время и разными способами, чтобы пациент смог полностью изменить свои взгляды. Поэтому для эффективного психообразования нужно, чтобы врач проявил терпение, мягкость, настойчивость и сочувствие.

Есть несколько психообразовательных тем, которые терапевт может сделать приоритетными на ранних стадиях лечения. Например, обучение рациональному поведению, связанному с питанием, которое может повлиять на здоровье пациента (например, здоровье ротовой полости, связанное с постоянной рвотой; остеопороз, связанный с низким весом и аменореей) или которое потенциально опасно для жизни (например, разрыв желудка, связанный с перееданием; нарушение работы сердца после интенсивного очищения). Однако психообразование — это не перечень тактик для устрашения, призванный запугать пациента, чтобы он изменился. У большинства пациентов в течение длительного периода времени формировались социально обусловленные иррациональные представления о том, как работает их тело и что является “нормальным”. Этому отчасти способствовало постоянное обсуждение и акцентирование внимания на вопросах о еде и весе в социуме. Поэтому очень важно предоставить пациенту возможность переосмыслить и обсудить соответствующие моменты. Это позволит ему прийти к собственным (будем надеяться, более здоровым) выводам. Если такой возможности

не будет, может возникнуть опасность того, что врач станет еще одним источником догм и не сможет донести до пациента основы правильного понимания, которые должны появиться после терапевтического процесса.

### **13.3. Интернет — источник психобразования**

---

Как было сказано выше, источники, представленные в этой книге, — базовый набор литературы по соответствующим темам психобразования. Однако могут возникнуть ситуации, когда эти источники не будут охватывать то, что необходимо врачу и пациенту. В таких случаях врачу рекомендуется использовать другие источники для психобразования, например, Интернет. Хотя в Интернете можно найти чрезвычайно полезную информацию по неограниченному количеству тем, важно понимать, что она, по сути, никак не регулируется. Поэтому, несмотря на то, что некоторые материалы будут достоверными, будет и устаревшая, неполная, неточная и не подтвержденная исследованиями информация и т.д. В частности, важно предупредить пациентов о том, что существуют сайты, поддерживающие анорексию. Они вряд ли будут полезными источниками информации. Важно, чтобы пациент подумал, поможет ли ему посещение этих сайтов в достижении его целей. Как бы хорошо ни выглядели эти сайты, пациент должен усомниться в мотивации тех, кто их создает. Пациент также должен изучать нужную информацию, а не выбирать только ту, которая поддерживает его нерациональные представления о мире. Для решения этой проблемы будет целесообразно, чтобы и врач, и пациент искали необходимую информацию в Интернете в течение недели между сеансами и сравнивали полученную информацию.

### **13.4. Основные темы психобразования**

---

Две ключевые темы психобразования нужно обсуждать на ранних стадиях лечения. Это необходимо, чтобы пациент мог начать участвовать в когнитивных и поведенческих изменениях. К ним относятся: 1) психологические последствия голодания; и 2) здоровые энергетические потребности организма.

### 13.4.1. Психологические последствия голодания

Ансель Киз (Ansel Keys) и его коллеги [Keys et al., 1950] в 1950-х годах исследовали эффект голодания на людях [Garner & Garfinkel, 1997]. В исследовании приняли участие 36 психологически и физически здоровых мужчин. В течение первых трех месяцев участников просили нормально питаться, подробно изучая их поведение, психологию и режим питания в этот период. В последующие шесть месяцев потребление пищи было ограничено примерно наполовину. В результате чего мужчины потеряли около 25% от своей первоначальной массы тела, если не больше (некоторые мужчины дошли до индекса массы тела 14). На третьем этапе мужчинам снова вернули правильный рацион питания в течение трех месяцев.

Хотя реакция участников на голодание была в определенной степени различной, все мужчины испытали значительные изменения в своем физическом, психологическом и социальном функционировании в период голодания. Самое удивительное, что многие из этих изменений сохранились на этапе реабилитации (последние три месяца) и после него.

Полезно поделиться результатами этого исследования с пациентами, чтобы помочь им лучше понять взаимосвязь между их собственным поведением и возникающими симптомами. Важно подробно обсудить результаты этого исследования с пациентами для того, чтобы они смогли определить, что большинство их симптомов, скорее всего, связано с ограничением в еде. Хотя не все пациенты с проблемами пищевого поведения имеют недостаточный вес, многие из них в недавнем прошлом страдали от этого, и многие также имеют тенденцию ограничивать потребление пищи в течение длительного периода времени в течение дня (например, ничего не есть до полудня). Симптомы, возникающие в результате этого, часто похожи на те, о которых сообщали участники исследования Киза.

Пациенту необходимо изучить предоставленные ниже симптомы, связанные с голоданием. Более подробную информацию об исследовании Киза и о симптомах, характерных для голодания, можно найти в соответствующих психообразовательных материалах в приложении 2 и в книге [Garner & Garfinkel, 1997].

- *Физические изменения.* Участники сообщили о ряде физических изменений в результате голодания, таких как постоянная усталость и апатия, а также чувство физической слабости. Кроме

того, многие сообщали о головных болях, желудочно-кишечных расстройствах и снижении толерантности к холоду.

- *Изменения в отношении к еде и пищевом поведении.* Большинство участников исследования проявляли повышенную озабоченность едой и склонность к накопительству продуктов.
- *Эмоциональные изменения.* Чувства депрессии, тревожности и раздражительности становились все более распространенными по мере того, как участники входили в состояние голодания. Многие стали пренебрегать личной гигиеной.
- *Социальные и сексуальные изменения.* Участники сообщали о заметном снижении сексуального интереса и трудностях в поддержании близких социальных отношений. Кроме того, они были склонны к социальной изоляции и чувствовали себя неполноценными.
- *Когнитивные изменения.* Большинство участников сообщили о снижении концентрации внимания, а некоторые отметили трудности с усваиванием информации.

При обсуждении с пациентами исследования Киза нужно предложить им подумать, какие из их симптомов похожи на те, о которых сообщали участники эксперимента по голоданию. Многие пациенты не задумывались о том, что их психологические и социальные симптомы связаны с питанием. Следует переформулировать эти симптомы как прямое следствие ограничения. Так пациент может начать рассматривать влияние своего пищевого поведения на свое здоровье и благополучие.

Терапевтам важно помнить, что большинство пациентов не знают о широком спектре физических, эмоциональных и когнитивных изменений, связанных с низким весом или ограничениями в питании. Обсуждать эти изменения нужно при изучении графика энергии (см. далее в этом разделе). Важно устранить эти изменения, объяснив, что они являются биологическим индикатором того, что организм получает недостаточное количество пищи. Поэтому неудивительно, что пациент озабочен едой/желанием перекусить, что у него бывают головокружения и т.д. У женщин с булимией и нормальным весом при хаотичном режиме питания также может быть нарушен менструальный цикл. Сухая или проблемная кожа, сухие волосы и ломкие ногти указывают на недостаточное количество жиров в рационе. Триптофан — аминокислота (один из компонентов белков), которая отвечает за правильное усвоение

серотонина. Поэтому если в рационе недостаточное количество белка, то уровень серотонина будет снижен. Это впоследствии приведет к снижению настроения и депрессии. Кроме того, недостаток углеводов и жидкостей вызывает головные боли.

### **13.4.2. Составление “графика энергии”, чтобы пациент понял свои энергетические потребности**

Вторая ключевая стратегия психообразования, которую необходимо использовать, чтобы помочь пациентам понять, как работает их организм, — это график энергии. Совместное построение такого графика с пациентами часто способствует значительным изменениям в их поведении. Обычно нужно представить такой график на одном из первых сеансов, как правило, после проведения формулировки (см. главу 8). График энергии поможет пациенту понять: 1) почему его организм нуждается в регулярном поступлении энергии в течение дня; 2) что происходит, когда эта энергия (в виде пищи) поступает нерегулярно; и 3) связь между недостаточным поступлением энергии и чувством усталости, недостатком энергии и другими симптомами.

При изучении потребности организма в энергии важно обратить внимание пациента на углеводы — наиболее значимый источник энергии, который поможет ему обрести более адекватный контроль над приемом пищи. Это связано с тем, что углеводы являются жизненно важным топливом для всех органов тела (особенно мозга) и других тканей (например, мышц). Но запасы углеводов в организме сравнительно небольшие. Их хватает максимум на 24 часа, если их не пополнять. Углеводы накапливаются в виде гликогена как в мышцах, так и в печени. Для пациентов наиболее важен именно печеночный запас, поскольку именно он помогает поддерживать постоянный уровень сахара в крови между приемами пищи. Низкий уровень сахара в крови посылает в мозг мощный сигнал об усилении чувства голода. Это может спровоцировать приступы переедания или неконтролируемый прием пищи у предрасположенных к этому людей, например, у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Поэтому нужно убедить пациента регулярно потреблять достаточное количество крахмалистых углеводов в течение дня (средний по размеру прием пищи поддерживает стабильный уровень сахара в крови в течение примерно четырех часов), чтобы таким образом обеспечить поступление углеводов в ближайшие часы из последнего приема пищи/перекуса, а не

из запасов углеводов. Чтобы избежать риска переедания, связанного с низким уровнем сахара в крови, нужно удовлетворить, по возможности, потребности организма. (Риск возникновения эпизода переедания после периода ограничения есть при всех расстройствах пищевого поведения, даже если пациент в настоящее время не переедает. Это связано с нормальной физиологической реакцией на недостаток пищи.) Однако важно еще раз подчеркнуть, что другие составляющие здорового питания также жизненно важны. Они помогут пациенту обрести контроль над едой. А углеводы (и особенно крахмалистые углеводы) — главные компоненты, на которых держится остальная часть диеты.

#### **13.4.2.1. Этап 1: подготовка пациента к составлению графика энергии**

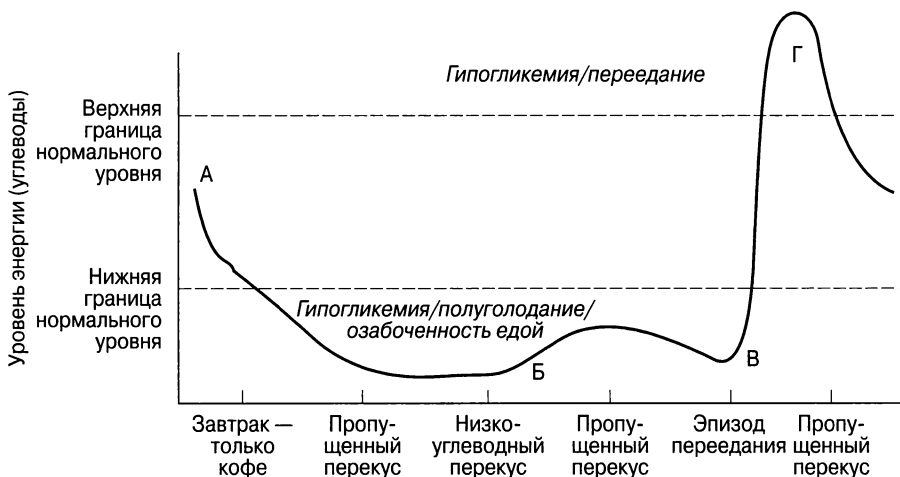
График энергии всегда должен быть нарисован на доске и основываться на конкретном дне из дневника пациента. Обычно терапевт выбирает день, который отражает типичную структуру питания пациента за предыдущую неделю. Затем нужно попросить пациента проанализировать весь день шаг за шагом, объясняя, что он употреблял, в какое время и почему. При этом основное внимание нужно уделять не столько контексту, в котором происходил прием пищи, сколько тому, что именно ел пациент в определенное время. Чтобы график был максимально эффективным, пациент должен записывать все, что он потреблял в течение недели с достаточной степенью детализации (т.е. точные размеры порций). Конкретные моменты психообразования, на которые следует обратить особое внимание, будут варьироваться от пациента к пациенту.

#### **13.4.2.2. Этап 2: заполнение графика энергии на доске вместе с пациентом**

Сначала нужно нарисовать на доске график, на котором ось X отображает период времени (например, 8:00–23:00), а ось Y — уровень энергии пациента. По середине графика врач должен отметить “здоровый энергетический баланс” (см. линии 1 и 2 на оси Y) — энергетический диапазон, “в пределах которого организм пациента функционирует наилучшим образом”. Обратите внимание, что следует использовать термин “энергия” (а не “пища” или “углеводы”, например), поскольку такое определение позволяет перейти от вопроса о содержании пищи к физиологическим



последствиям поведения пациента. Постепенно переходя к записи о питании, нужно рисовать линию, которая указывала бы на уровень энергии пациента. Эта линия будет отображать информацию пациента о приеме пищи в хронологическом порядке по ходу дня.



**Рис. 13.1.** График уровня энергии при ограничительном/булимическом питании, на котором показано содержание углеводов у пациентки при ограничении в питании в течение дня с последующим перееданием для восполнения уровня углеводов

На рис. 13.1 приведен пример графика энергии для пациентки с нервной булимией. Эта пациентка начинает день без завтрака (точка А), это означает, что уровень ее энергии близок к нижней границе нормального уровня с самого начала дня. На обед она съедает два кусочка фрукта и йогурт с низким содержанием жира (точка Б). Хотя ее линия энергии временно поднимается вверх, потребленной пищи недостаточно для восстановления баланса энергетических потребностей организма. Ее уровень энергии в дальнейшем снижается после обеда. В этот момент пациентка начинает испытывать тягу к высокоуглеводным продуктам с высоким содержанием сахара (например, шоколаду, пирожным) из-за все более острой потребности организма в энергии. Тяга к пище указывает на то, что организм пациентки находится в режиме «полуголодания», и риск переедания возрастает.

Некоторые пациенты все же способны противостоять желанию переест в течение значительного времени, но большинство в конце концов сдаются, поскольку потребность организма в энергии становится

слишком сильной (точка В). В примере пациентка испытывает “неконтролируемое желание” употреблять быстроусвояемые углеводы (в основном содержащиеся в продуктах с высоким содержанием сахара, таких как торты и шоколад). В конечном итоге происходит эпизод переедания. При переизбытке в организме продуктов с высоким содержанием сахара, пациентка испытывает сильную тревожность из-за убеждения, что в результате она наберет значительное количество веса. С помощью рвоты она пытается избавиться от съеденной пищи (точка Г). Пациентка не осознает, что организм все равно усвоит значительную часть потребленных калорий. Кроме того, уровень инсулина остается высоким, чтобы организм таким образом смог утилизировать потребленные углеводы, хотя уровень углеводов, которые организм усвоит, теперь намного ниже. Это приводит к еще большему снижению уровня сахара в крови (раздел 13.5.3 ниже).

Врач должен отслеживать уровень усталости и энергичности пациентки, ее концентрацию и озабоченность едой в течение дня. Например, чувствовала ли она себя более или менее усталой или энергичной в течение дня? Возможно, вместо того, чтобы чувствовать себя усталой, пациентка чувствовала себя более энергичной. Скорее всего, это связано с тем, что гормоны стресса, которые выделяются в результате кратковременного ограничения в пище, вызвали “эйфорию”, которую пациентка воспринимает как повышенную осознанность (как при борьбе с реакцией “бей-беги”). Если не употребить пищу, то неизменно наступает энергетический спад. Также можно указать время, когда пациентка испытывала головокружение, головную боль или тягу к еде. Если человек переусердствует с физическими нагрузками, это также следует добавить в график и соответственно понизить энергетическую линию на графике, чтобы отразить потерю энергии.

График часто помогает определить ряд моментов, касающихся энергозатрат пациента. Во-первых, регулярного поступления энергии (например, “запланированные” приемы пищи, за исключением эпизодов переедания), вероятно, будет мало и недостаточно, что приведет к сильному чувству голода в разные моменты в течение дня. Во-вторых, многие пациенты указывают длительные периоды (от четырех до десяти часов и более, не включая ночной сон), в течение которых они не употребляли никакой пищи. В-третьих, в большинстве случаев пациент ограничивает себя в углеводах. Соответственно, эпизоды

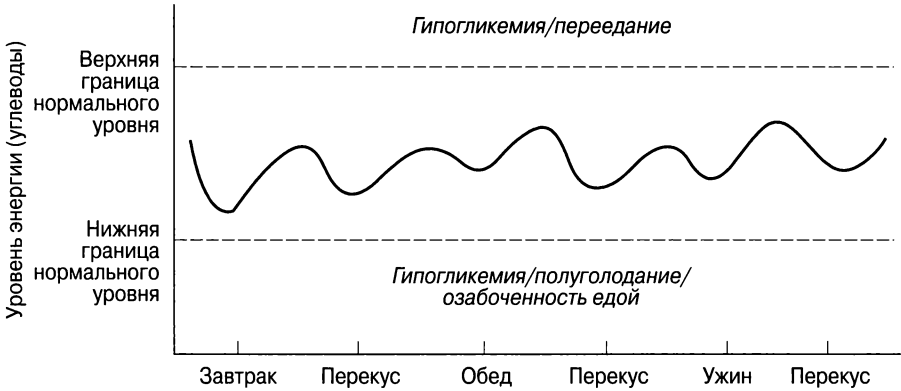
переедания, которые случались у пациента, скорее всего, будут состоять из продуктов с высоким содержанием углеводов (например, картофель, картофель фри, макароны, хлеб, рис) — это попытка организма скорректировать недостаток энергии.

### **13.4.2.3. Этап 3: установление связи между режимом питания пациента и уровнем его энергии в течение дня**

Если необходимо, терапевт должен установить связь между длительными периодами без употребления пищи и повышенным влечением к еде, озабоченностью едой, плохой концентрацией внимания, раздражительностью и т.д., в зависимости от проблем, выявленных пациентом и терапевтом. Для многих пациентов самое сложное время — конец рабочего дня, в результате этого они начинают есть, как только переступают порог дома или раньше. Можно использовать пример, когда многие люди съедают шоколадку (из-за внезапного “энергетического спада”) по дороге домой с работы. В ходе этого упражнения важно сосредоточить внимание на осознании того, что переедание — прямой результат того, что пациент ограничивает поступление энергии в организм.

### **13.4.2.4. Шаг 4: обсуждение с пациентом того, как нормализовать его энергоснабжение**

Далее терапевт должен обсудить с пациентом возможные решения проблемы с текущим энергоснабжением и способы сохранять уровень энергии в пределах нормы (выше уровня голода/жажды и ниже уровня переедания). Например, врач может объяснить, что крахмалистые углеводы (хлеб, макароны, картофель, крупы и т.д.) обычно высвобождают энергию медленно, в то время как продукты с высоким содержанием сахара (например, шоколад и сладости) дают резкие всплески энергии, но вызывают быстрое падение энергии вскоре после этого. Врачу нужно провести на графике линию, которая отражает энергетический уровень человека, придерживающегося здорового режима питания: три основных приема пищи и три перекуса в день (рис. 13.2). Эта линия будет отражать регулярные подъемы и спады энергии в течение дня. Особенно важно показать, как уровень энергии человека падает в течение ночи. Важно обратить внимание на то, что график начинается с очень низкого уровня энергии, чтобы подчеркнуть важность как вечернего перекуса, так и завтрака.



**Рис. 13.2.** График уровня энергии при правильном режиме питания, на котором показано содержание углеводов в организме пациента при соблюдении структурированного плана питания

Затем пациента спрашивают, как этот график сопоставляется с его уровнем энергии в течение дня. Нужно нарисовать график его вероятного уровня энергии в соответствии с его питанием (включая перекусы) (см. рис. 13.1). Врач должен обратить внимание на частоту и интервалы между приемами пищи. Именно это гарантирует, что человек со здоровым образом питания не перейдет в режим полуголодания. Также полезно подчеркнуть, что углеводы, которые употребляются при эпизодах переедания, — обычно быстроусвояемые, простые углеводы, и часто имеют высокое содержание жира (например, выпечка, шоколад). Так пациент потребляет большое количество калорий, которое он не может израсходовать, как следствие они откладываются в виде жира. Таким образом, даже если стабилизировать вес пациента и определить правильное количество поглощаемых калорий при любом режиме питания, а уровень энергии будет нестабильным, то это не поможет восстановиться после расстройств пищевого поведения или достичь обычных повседневных целей. Кроме того, любые ограничения в питании в будущем повышают вероятность увеличения веса и ухудшения здоровья, связанного с высоким потреблением жиров и сахара, даже если вес в настоящее время стабилен.

Чтобы подчеркнуть этот момент, врач может дать пациенту копию плана питания (см. табл. 4.3) и обсудить с ним рекомендуемый рацион питания, необходимый для поддержания веса. Большинство пациентов будут удивлены количеством пищи, которое необходимо потреблять

просто для поддержания веса. Опять же, пациента следует попросить переосмыслить эту информацию, изучив свое количество потребляемой пищи.

Затем нужно поинтересоваться, что, по мнению пациента, необходимо сделать, чтобы прекратить эпизоды переедания (при булимических расстройствах) или улучшить концентрацию внимания и настроение (при ограничительных расстройствах). Во многих случаях, озвучив это, пациенты начинают понимать, что нормализация режима питания, вероятно, приведет к уменьшению этих проблем. В конце разговора нужно предложить пациенту выбрать конкретное изменение в питании, которое он мог бы выполнить в качестве домашнего задания на следующей неделе. Для начала пациент может ввести полноценный завтрак в режим питания. Также полезно предоставить пациенту психообразовательные материалы с практическими советами относительно плана питания (см. рис. 7.2).

## **13.5. Некоторые мифы о еде, которые можно устранить с помощью психообразования**

---

Пациенты часто сообщают о дополнительных убеждениях о еде. Их можно устранить с помощью психообразования. В следующем разделе будет описано несколько “мифов о еде”, с которыми врачи чаще всего сталкивались в своей практике. В этом пособии будет также представлена информация, как с ними можно бороться. В приложении 2 приведена подборка полезных для пациентов материалов, которые объясняют принципы психообразования, связанные с каждым из этих (и других) убеждений.

### **13.5.1. Миф 1: эпизоды переедания неконтролируемые и происходят случайно**

В самом начале лечения пациенту важно понять, что эпизоды переедания не происходят “случайно”. Они вызваны непосредственно эмоциональным состоянием, которое пациент испытывал во время эпизода. Хотя эмоции сами по себе могут вызывать переедание в небольшом количестве случаев, исследования показывают, что у большинства людей с расстройствами пищевого поведения переедание — следствие крайне

ограничительного или неорганизованного режима питания. Полезно объяснить пациенту, что эпизоды переедания возникают по физическим (голод) и по психологическим причинам (например, гнев, скука). Сильные негативные эмоции в контексте такой сильно ограничительной диеты могут вызвать некоторые из этих эпизодов. Эта информация — хорошая основа для того, чтобы попросить пациента поменять структуру и содержание своего рациона питания. Изменение рациона питания, в свою очередь, — одна из самых главных поведенческих целей при булимических расстройствах.

### **13.5.2. Миф 2: можно научиться контролировать свое питание с помощью ограничений**

Пациенты часто говорят, что для них важно достигнуть контроля над своим питанием. Они ошибочно полагают, что усиление ограничений поможет им достичь такого контроля. Исходя из их понимания последствий голодания, стоит спросить пациента, насколько легко ему было сократить потребление пищи, когда он впервые начал ограничивать себя в еде. Многие ответят, что поначалу ограничение питания приводило к “эйфории” и повышению уровня энергии. Врач должен объяснить, что это “естественный побочный эффект голодания”, который длится некоторое время. Но голодать становится все труднее и труднее по мере уменьшения резервов организма. Таким образом, то самое поведение, которое, по мнению пациента, поможет ему контролировать прием пищи, будет наоборот тем поведением, которое приведет к недостатку контроля. Эту гипотезу можно рассмотреть вместе с пациентом, опираясь на его опыт в прошлом (например, “До того, как у вас развилось расстройство пищевого поведения, когда вы еще регулярно ели, чувствовали ли вы отсутствие контроля так, как сейчас?”). Врач может предоставить пациенту соответствующую информацию о последствиях голодания, чтобы подчеркнуть этот момент (приложение 2).

Многие пациенты, которые ослабляют ограничительный режим питания, в последующие дни и недели чувствуют сильный голод. Это нормальная реакция из-за голодания в прошлом (как это было у мужчин в исследовании голодания). Это можно объяснить тем, что организм был сильно напуган отсутствием пищи и “накапливал запас” при повышенном потреблении пищи, чтобы избежать подобной ситуации

повышенного риска в будущем (это также одна из причин, почему многие люди с нервной анорексией становятся булимиками). Хотя пациентам кажется безопасным вернуться к более ограничительному режиму питания, врач должен убедить пациента, что это кратковременная проблема. А сбалансированное питание, удовлетворяющее их физические потребности, значительно снизит риск переедания.

### **13.5.3. Миф 3: рвота после переедания — эффективная стратегия для предотвращения набора веса**

Исследования, проведенные в лабораторных условиях [Kaye et al., 1993], показали, что после самоиндуцированной рвоты в среднем сохраняются 1 200 ккал, независимо от размера порции — маленькой (около 1 500 ккал) или большой (около 3 500 ккал). Кроме того, поскольку организм все еще ожидает, что ему придется усваивать съеденную пищу, уровень инсулина остается высоким. Это приводит к низкому уровню сахара в крови, что впоследствии усиливает чувство голода и повышает риск дальнейшего переедания. Эти факты могут объяснить постоянное увеличение веса, которое наблюдается у людей с эпизодами переедания. Таким пациентам следует объяснить, что переедание значительно повышает риск увеличения веса, даже если за этим регулярно следует рвота. Врач должен объяснить пациенту эту связь и дополнительно предоставить ему соответствующие материалы по психообразованию (приложение 2), в которых этот процесс объясняется более подробно.

### **13.5.4. Миф 4: прием слабительных — эффективная стратегия для предотвращения набора веса**

Хотя многие пациенты считают, что слабительные средства помогают минимизировать поглощение калорий после переедания, данные исследований свидетельствуют об обратном. Количество калорий, усвоенных после приема слабительного, снижается лишь на 10%. Это происходит потому, что организм теряет только воду (вместе с полезными электролитами), а не калории. Слабительные средства в первую очередь влияют на опорожнение толстого кишечника, которое происходит после того, как калории из пищи уже усвоились в тонком кишечнике. Чтобы прояснить этот момент, врач может предложить пациенту соответствующие материалы по психообразованию (приложение 2).

### **13.5.5. Миф 5: использование слабительных средств на самом деле не опасно для здоровья**

Вопреки убеждениям многих пациентов, рвота и слабительные имеют много физических рисков. Наиболее опасный — нарушение уровня электролитов (калия, хлоридов и натрия). Это может привести к сердечной аритмии и вызвать внезапную смерть. Дополнительную информацию по этому вопросу можно найти в соответствующих психобразовательных материалах (приложение 2).

### **13.5.6. Миф 6: употребление пищи перед сном приводит к значительному увеличению веса, потому что организм не “сжигает” калории пока человек спит**

Следует объяснить пациенту, что люди набирают и теряют вес в течение более длительных периодов времени, чем они думают, — за недели и месяцы, а не за ночь. Для того чтобы набрать вес, человеку необходимо потреблять значительно больше калорий, чем требуется организму, в течение длительного периода времени. Что действительно важно, — это количество пищи и напитков, потребляемое в течение недели, месяца или более длительного периода времени. Еще один ключевой момент, который необходимо понять в этом контексте, — метаболизм нашего организма не прекращает работать только потому, что мы спим. Даже когда мы спим, наше сердце бьется, кровь циркулирует, мозг работает (например, мы поддерживаем нормальные процессы в организме и, возможно, видим сны), а это значит, что мы по-прежнему расходует энергию и сжигаем калории. Дополнительную информацию по вопросу времени приема пищи и веса можно предоставить пациентам, скопировав соответствующий психобразовательный материал (приложение 2).

### **13.5.7. Миф 7: люди толстеют из-за жиров/углеводов, поэтому их нужно избегать**

Большинство людей с расстройствами пищевого поведения, приходящих на лечение, тратили огромное количество времени и энергии на контроль своего веса. Они часто хорошо знакомы с современными популярными методами снижения веса. Обычно они основаны на ограничении одного или нескольких основных питательных веществ, обеспечивающих энергию (углеводы, жиры или белки). Интересно наблюдать, как



со временем группа продуктов питания, которая подвергается “демонизации”, меняется и даже повторяется со временем. Например, в 1960-х и 1970-х годах углеводы считались “причиной” увеличения веса, а низкоуглеводные диеты были чрезвычайно популярными. Тогда пациенты с расстройствами пищевого поведения были вынуждены строго ограничивать количество потребляемых углеводов. В 1980-х и 1990-х годах считалось, что именно избыток жиров в рационе приводит к набору веса. Этот страх снова подхватил мир расстройств пищевого поведения. И пациенты начали ограничивать употребление жиров. Популярная современная диета Аткинса (очень низкоуглеводная диета) и страх пациентов перед углеводами доказывает, что эти тенденции в ограничениях меняются, но со временем повторяются снова. На самом деле к набору веса приводит избыток калорий в любой форме, а не количество употребляемых жиров или углеводов как таковых. У организма есть определенная потребность во всех этих питательных веществах (белки, жиры и углеводы), которые дают ему энергию. Сбалансированное потребление достаточного количества этих веществ в рационе питания защищает пациента от переедания из-за физического голода.

Эти мифы (и другие) часто лежат в основе нерациональных моделей поведения. Они связаны с расстройствами пищевого поведения. С ними следует бороться всякий раз, когда врач чувствует, что они мешают прогрессу в лечении. Однако в большинстве случаев, чтобы обеспечить эффективное воздействие на поведение пациента, терапевту нужно предоставить психообразовательную информацию не только в устной форме. Рекомендуется, чтобы врач дополнил ее соответствующими психообразовательными материалами в печатной форме (приложение 2).

## 13.6. Выводы

---

В этой главе были рассмотрены некоторые ключевые психообразовательные принципы, которые лежат в основе эффективной когнитивно-поведенческой терапии пациентов с расстройствами пищевого поведения. Психообразовательная информация должна дополнять стратегии КПТ, чтобы помочь пациентам проверить, относится ли эта информация к ним. Получая новую информацию, которую можно проверить с помощью поведенческих экспериментов, пациенты могут со временем научиться понимать, насколько эти принципы к ним применимы.

## Пищевые дневники

Дневники наблюдения за режимом питания — это ключевая составляющая когнитивно-поведенческой терапии расстройств пищевого поведения. Также дневники могут рассматриваться как основа эффективного лечения. В дневник вносится жизненно важная информация о характере питания, мыслях, поведении и эмоциях пациента. Это проясняет многие вещи как для врача, так и для пациента. Основная цель такого мониторинга — дать пациенту возможность развить и усвоить навыки регулярного эффективного питания. С дневником пациент сможет распознать триггеры и факторы риска, связанные с нарушением пищевого поведения. Его можно использовать для уточнения целей и оценки прогресса. Дневник наиболее эффективен, когда он используется в сочетании с формулировкой. Такое сочетание способствует усилению понимания и мотивации к изменению поведения. Заполнение пищевых дневников — одно из обязательных условий лечения.

### 14.1. Обоснование использования дневников

---

Поскольку мониторинг пищевого поведения может вызывать тревожность, некоторые пациенты неохотно или даже враждебно относятся к идее заполнения дневника. Поэтому очень важно дать четкое обоснование использования таких дневников. Можно представить необходимость ведения пищевых дневников следующим образом.

“Одна из самых важных составляющих вашего лечения — это то, что мы называем пищевым дневником. В этом дневнике вы должны записывать все, что вы едите, когда едите, а также ваши мысли и чувства, которые вы испытываете в течение дня. Изучив ваш дневник, мы сможем установить связь между вашим режимом питания и происходящими с вами событиями, которые влияют на ваше настроение. Мы сможем определить, как ваше настроение и мысли связаны с переизбытком/рвотой/ограничением. Очень важно своевременно записывать все это, потому что часто в течение недели все быстро забывается. Так я не смогу

понять, что с вами происходит. В таком случае, я не смогу помочь, если у меня не будет точной картины происходящего. Затем мы будем вместе просматривать ваш дневник в начале каждого сеанса”.

Для пациентов, которые по-прежнему убеждены в бесполезности дневников, нужно использовать следующую аналогию.

Представьте себе владельца магазина, теряющего прибыль. Он должен предпринять какие-то действия, иначе он разорится. Он может сделать одно из трех действий. Во-первых, он может в спешке произвести множество различных изменений, повысить цены, снизить цены, уволить персонал, нанять персонал, в надежде, что одно из этих действий изменит ситуацию и его прибыль увеличится. Какие недостатки этой стратегии, если такие имеются? Если он примет эту стратегию, он, вероятно, будет чувствовать себя измотанным и довольно беспомощным, не имея возможности изменить ситуацию. Можете ли вы увидеть какое-либо сходство между этим случаем и вашим нынешним подходом к решению проблемы расстройств пищевого поведения?

Второй вариант заключается в том, чтобы сесть и подумать о том, что работало в прошлом, какие продукты хорошо продавались, какие сотрудники хорошо работали. И он может внести свои изменения в соответствии с этой информацией. Можете ли вы назвать какие-либо недостатки этой стратегии?

Эта стратегия, безусловно, лучше, чем первая. Но в этом плане действий есть слабое место. Владелец магазина полагается на свою память, а человеческая память, к сожалению, не безупречна. Помешать хорошей работе памяти может все: недостаток сна, алкоголь, эмоции или просто время.

Третий и последний вариант — вести подробный учет, выявлять закономерности продаж и расходов и в соответствии с этим вносить изменения. В этом есть два преимущества.

Во-первых, это самый точный способ принятия решений об изменениях. Во-вторых, если владелец магазина будет продолжать вести записи в процессе реализации своих изменений, он сможет точно оценить, оказывают ли его изменения желаемый эффект или нет. Как эта третья стратегия связана с теми трудностями, которые вы испытываете в данный момент?

В такой ситуации нужно использовать метод вопросов Сократа, чтобы пациент увидел, как отказ от ведения дневников приведет к тому, что он либо будет реагировать на ситуацию панически (вариант 1), либо будет слишком обобщать мысли и поведение, увеличивая риск предвзятости или упуская важную информацию (вариант 2). Нужно

подчеркнуть, что вариант 3 может создать краткосрочные неудобства (например, время, необходимое для заполнения дневников, потенциальный стыд при рассмотрении своего пищевого поведения), но это единственная стратегия, которая позволяет конструктивно изменить модель питания в долгосрочной перспективе и в дальнейшей жизни. Следует подчеркнуть, что такие изменения будут происходить путем интернализации навыков. А на последней стадии лечения основное внимание будет уделяться поддержанию адаптивной модели питания, независимо от контроля, с помощью пищевого дневника.

Чтобы такой мониторинг был эффективным, врачу и пациенту нужно обсудить все предполагаемые проблемы, связанные с ведением дневника, и решить их заранее. О некоторых распространенных проблемах и возможных решениях было рассказано в главе 10.

## 14.2. Как выглядит дневник?

---

Нужно предоставить пациентам готовые еженедельные пищевые дневники. В этом есть много преимуществ. Так можно подчеркнуть важность ведения дневника, обеспечить стандартный, четкий формат и уменьшить вероятность того, что пациент забудет или у него не окажется под рукой подходящих материалов. В табл. 14.1 предоставлен пример заполненной страницы дневника. Пустой бланк приведен в приложении 3. Пациенту нужно записывать все потребляемые продукты и жидкости в левой части страницы и группировать их по мере необходимости, чтобы обозначить приемы пищи и перекусы. Так врач сможет быстро проследить структуру приема пищи в течение дня. Очень важно также записывать время приема пищи, так как это может указывать на физиологические триггеры пищевого поведения. Пациенту нужно указать, какие продукты (если таковые имеются) провоцируют эпизоды переедания или очищения, сгруппировать их с помощью скобок и отметить в соответствующей графе (графах). Дневники могут быть адаптированы под каждого пациента. В них можно включить и другие виды поведения, связанные с расстройствами пищевого поведения, такие как жевание и выплевывание, чрезмерные физические нагрузки или употребление слабительных/мочегонных средств. Пациентам, которые злоупотребляют алкоголем или наркотиками, нужно записывать эпизоды употребления этих веществ в дневник.

В правой части пациент должен записывать мысли, эмоции и поведение, связанные и не связанные с едой, которые были в течение дня. В частности, сюда следует включить события, которые, по его мнению, вызвали изменения в питании. Важно обратить внимание на то, что человеческая память — не безупречна, поэтому информацию следует записывать в дневник непосредственно после события, чтобы обеспечить точность (ссылаясь на аналогию с владельцем магазина, вторая стратегия). Чтобы продемонстрировать пациенту эту небезупречность памяти, попросите его вспомнить, что он ел два дня назад или что произошло непосредственно перед его последним эпизодом переедания. Поэтому пациент должен найти способ, чтобы постоянно иметь при себе пищевой дневник. А также найти возможность и выделить время для его заполнения.

**Таблица 14.1.** Пример заполненной страницы пищевого дневника пациентки с анорексией и компенсаторным поведением в виде рвоты

ДЕНЬ: *понедельник*

ДАТА: *5 марта*

Время	Количество	Еда/напиток	Переедание?	Рвота?	Мысли, чувства, события
9:00	1 небольшая порция	Яблоко			Плохо спала. Проснулась от того, что замерзла
	1	Чай с обезжиренным молоком			Ждала, пока все уйдут из дома, прежде чем встать. Так я могу позавтракать без упреков
11:00	1	Хлебец			
	1	Кофе с обезжиренным молоком			
13:00	1	Немного салата			Пошла в спортзал после обеда. Занималась 2 часа. Было хорошо после этого
	1	Чай с обезжиренным молоком			
19:00	2 порции	Паста с томатным соусом		Да	Спорил за ужином с мамой. Она заставляла меня больше есть. Злюсь. Почему они ко мне пристают? Разве они не замечают, какая я жирная?
	1	Чай с обезжиренным молоком			

Пациент и врач должны предвидеть ситуации, в которых вести записи будет затруднительно. Следует обсудить, как с ними можно справиться. Например, многие пациенты сначала беспокоятся о том, как вести записи, если они собираются на ужин или на вечеринку. В большинстве таких ситуаций пациент может просто выйти в туалет (если он находится с группой людей) или найти другое место, где его не будут беспокоить. Врач должен подчеркнуть, что наблюдение за питанием — важный компонент успешной КППТ и что записи необходимо делать даже тогда, когда пациенту не хочется этого делать.

### **14.3. Как преодолеть трудности с заполнением дневников**

---

Многие пациенты уже имели опыт наблюдения за своим питанием во время или после предыдущей терапии. Такой опыт мог быть негативным, часто потому, что предыдущий врач не проанализировал заполненные дневники или потому, что не был проведен мониторинг мыслей и эмоций. Если пациент сообщил о предыдущем негативном опыте, важно ответить на все его вопросы при первом введении дневников, чтобы снизить вероятность повторения трудностей.

Пациенты могут испытывать трудности с заполнением дневников по многим причинам. При изучении таких проблем с пациентом, прежде всего, важно определить причину отказа от заполнения дневника и сопереживать его трудностям (которые могла вызвать тревожность) — это хорошая возможность, чтобы продолжить социализацию пациента в рамках проведения КППТ. Врач должен определить мысли и эмоции, которые привели к трудностям в использовании дневника. Нужно также изучить, почему у пациента возникла необходимость рассказать врачу о неудачной попытке заполнить дневник. Опасения или трудности, которые обычно возникают у пациентов:

- записи того, что они едят, ухудшат их состояние;
- стыд или смущение при показе дневника врачу;
- страх, что кто-то посторонний может прочитать дневник;
- ведение дневника занимает много времени;

- неточность записей из-за слишком большого промежутка между приемом пищи и процессом записывания;
- непонимание важности мониторинга;
- желание использовать собственный формат;
- записи того, что, по мнению пациента, хочет видеть врач.

Реакция врача должна меняться в зависимости от причины незаполнения дневника. Можно продемонстрировать или повторить аналогию с владельцем магазина (описана выше). Если пациенту удалось заполнить часть дневника, похвалите его за старания и обсудите важность полного мониторинга. (Снова можно использовать аналогию с владельцем магазина. Если владелец будет мониторить только половину недели, откуда он узнает, что эффективно?) Важно, чтобы пациент оценил все плюсы и минусы ведения дневника и попытался сообща с врачом решить существующие проблемы. Доказано, что решение будет гораздо более эффективным, если его предоставит сам пациент.

Иногда пациенты отказываются от ведения пищевого дневника и используют собственный вариант. Чаще всего такой вариант не так понятен, как предоставленная врачом версия (например, трудно оценить интервалы между приемами пищи, или отсутствуют записи о мыслях и эмоциях). Нужно похвалить пациента за то, что он следит за своим питанием, но при этом мягко указать на преимущества использования стандартного формата. Следует узнать у пациента, поможет ли его метод достичь истинных целей ведения записей.

Многим пациентам трудно записать все в свой дневник. Иногда у врачей возникают серьезные опасения по поводу точности дневника. Например, некоторые пациенты сообщают, что едят очень мало и отрицают, что переедают. Но при этом поддерживают стабильный вес. Опять же, эту тему можно изучить в манере любопытного терапевта.

“Я был немного озадачен, когда мы просматривали ваш дневник. Я заметил, что в течение последнего месяца или около того вы сообщали о довольно ограничительном режиме питания, однако ваш вес оставался стабильным. Иногда пациенты забывают записывать все в дневник или стесняются записывать, если у них случается эпизод переедания. Интересно, вас это касается, или есть другая причина, которая поможет нам это понять?”

Если пациент изначально не может записать продукты, которые он употреблял при эпизоде переедания, он может просто отметить, что такой эпизод случился. Таким образом, появится возможность выявлять триггеры и закономерности. Пациент станет записывать продукты, которые он употреблял при эпизоде переедания позже, когда он не будет чувствовать дискомфорт.

Иногда повторяющееся нежелание заполнять дневник свидетельствует о более сложных проблемах с вовлеченностью и мотивацией. Это также может быть из-за страха усугубить озабоченность едой и весом. Такая неспособность выполнять задание — препятствующее терапии поведение [Linehan, 1993] (см. главу 9).

## 14.4. Просмотр дневника вместе с пациентом

---

Очень важно просматривать заполненный дневник вместе с пациентом, как и проверять выполнение всех остальных домашних заданий. Таким образом врач сможет получить важную информацию для дальнейшего процесса лечения, к тому же так можно продемонстрировать пациенту важность ведения дневника. Вполне вероятно, что пациент приложил немало усилий, чтобы заполнить дневник. Его нужно за это похвалить.

Есть разные способы для совместного просмотра дневника. Они будут меняться в течение курса терапии, в зависимости от стадии лечения и текущих стратегий лечения. Нужно подробно рассматривать дневники с ранних стадий лечения, используя стиль “любопытного терапевта”. Важно всегда спрашивать пациента о том, как он чувствовал себя при использовании дневника и осознал ли он какие-либо аспекты, связанные с его питанием. Просмотр дневника вместе с пациентом позволяет врачу мягко указать на связь между поведением и последствиями (например, ограничение в течение дня привело к вечернему перееданию; решение ограничить себя еще сильнее привело к ссоре с матерью или партнером). Необходимо также прокомментировать интервалы и регулярность приема пищи, а также качество потребляемой пищи, обеспечивающее энергию. Цель — связать модели поведения, указанные в дневнике, с формулировкой. Это позволит совместно уточнить и расширить формулировку.



Ближе к середине процесса лечения анализ дневника может быть более кратким. Можно будет концентрировать внимание только на днях или ситуациях, когда пациенты сообщают об особых трудностях (например, выявление триггеров для эпизодов переедания). Цель дневников, как и всей терапии в целом, — побудить пациента к самоанализу и к тому, чтобы стать собственным терапевтом. Таким образом, по мере продвижения курса терапии нужно, чтобы пациент сам подводил итоги своего дневника для врача, а не наоборот. Пример подведения итогов приведен ниже.

“Я думаю, что моя неделя прошла довольно хорошо. У меня был один эпизод переедания в среду. Я записала его в дневнике. Я думаю, это случилось из-за того, что я поссорилась со своим парнем во вторник вечером, поэтому я была расстроена и переживала об этом весь день в среду. А потом еще и мой поезд опоздал. К тому времени, когда я вернулась домой, я была голодная, злая и расстроенная. Я сразу пошла на кухню и съела буханку хлеба”.

На этой стадии терапии будет происходить переход к внутреннему контролю и будет снижаться зависимость от дневника как триггера для регулярного и запланированного приема пищи. Ближе к завершению курса лечения дневникам следует уделять меньше внимания, их нужно постепенно отменять (см. ниже).

## 14.5. Детальный просмотр дневников

---

В зависимости от пациента на практике может быть полезно изменить способ использования дневника. В КПТ важно использовать гибкость и изобретательность в контексте разумного обоснования.

Некоторые из пациентов, которые переедают, могут довольно быстро объективно сократить количество эпизодов переедания. Но у них все же остаются заблуждения о том, что они считают перееданием (субъективные переедания), хотя на самом деле это относительно нормальное питание. Чтобы детально изучить и оценить записи в дневниках, нужно, чтобы пациент обозначал все, что он ест, следующим образом:

- субъективное переедание;
- объективное переедание;

- нормальное питание;
- полезные продукты;
- запрещенные продукты.

Важно объяснить пациенту, что питание находится на континууме между ригидностью и хаосом и не есть черно-белым явлением. Многие пациенты представляют свое пищевое поведение в дихотомическом стиле, в котором любое отклонение от нормального режима — слишком явный признак того, что они вышли из-под контроля. Им для этого необходима немедленная компенсация. Врач вместе с пациентом должны обсудить, как люди с обычным питанием могут поступать в таких ситуациях в зависимости от контекста (например, имеет ли смысл после чрезмерного приема пищи на Рождество начинать ограничивать себя в еде и покупать новый абонемент в спортзал в январе). Необходимо стремиться к тому, чтобы показать пациенту, как его текущие модели поведения (например, ограничительный стиль питания и когнитивный стиль) отличаются от поведения людей без расстройств пищевого поведения и как их стиль поведения позволяет обычным людям употреблять разнообразную пищу без тревожности. Таким образом, нужно научить пациента управлять своим питанием гибко и адаптивно.

## **14.6. Когда следует прекратить использование пищевых дневников**

---

Когда пациент наладит режим питания и стабилизирует вес, следует рассмотреть вопрос о прекращении использования пищевого дневника. Некоторые пациенты будут испытывать тревожность по поводу такого прекращения, в то время как другие будут рады прекратить это. Можно поэтапно сокращать использование дневников. Например, просто ставить пометку, чтобы отмечать приемы пищи и перекусы. Если пациент, используя этот способ, не возвращается к проблемному поведению и нет изменений веса, можно полностью прекратить контроль за питанием таким способом. Ввиду того, что пациент становится собственным терапевтом, нужно обратить его внимание на то, что может возникнуть потребность снова записывать приемы пищи. Это является временной мерой, когда у него возникают трудности или новые побуждения переесть или ограничивать себя.

## 14.7. Недостатки пищевых дневников

---

Несмотря на то, что пищевой дневник — бесценный инструмент, который позволяет получить представление об отношениях пациента с пищей, его использование может быть ограничено некоторыми аспектами. Несмотря на то, что он может дать представление об общем потреблении пищи пациентом, он не является точным показателем моделей питания. Диапазон размеров порций и энергоемкости продуктов (например, продукты с низким содержанием жира/калорий по сравнению со стандартными продуктами) настолько широк, что без подробного описания невозможно получить точное представление о фактическом потреблении энергии и питательных веществ. Эта информация более полезна при диетологической работе, а не при работе в рамках КПТ. При этом важно получить базовое представление об обычных порциях пациента, особенно о крахмалистых углеводах (таких как хлеб, злаковый завтрак, картофель, макароны или рис), и сравнить их с рекомендуемыми размерами порций (см. рис. 7.2). Именно это имеет центральное значение для успешного контроля питания.

Кроме того, точность записей о питании будет зависеть от того, когда дневник будет заполнен. Все, не только люди с расстройствами пищевого поведения, непреднамеренно забывают о съеденной пище, особенно о перекусах, если их спросят о содержании приема пищи спустя некоторое время после еды. Это одна из причин, по которой важно, чтобы пациент записывал количество потребляемой пищи во время еды и носил дневник с собой, куда бы он ни пошел.

Кроме того, важно помнить, что записи в пищевом дневнике будут весьма субъективными, в зависимости от того, что, по мнению пациента, он должен есть, и/или от его ощущений по поводу того, что он ест. Например, клинический опыт показывает, что некоторые пациенты с ограничительными моделями поведения могут заполнять дневник таким образом, чтобы показать, что они едят больше, чем на самом деле. Аналогично, пациенты с булимическими моделями поведения будут испытывать чувство стыда за потребление пищи в целом, а высококалорийных продуктов особенно, как при эпизодах переедания, так и во время контролируемого питания. Это приводит к отказу от записи таких продуктов. Кроме того, некоторые пациенты будут стараться заполнять дневники в соответствии с тем, что, по их мнению, хочет

увидеть врач, а не как это есть на самом деле. Исследователи в статье [Lara et al., 2004] указывают, что большинство женщин склонны неправильно сообщать информацию о своем питании (как занижать, так и завышать количество съеденного). Возможно, эти показатели выше у женщин с расстройствами пищевого поведения из-за высокой степени эмоционального дистресса, который они испытывают при приеме пищи. Поэтому нужно рассматривать записи в дневнике как обзор того, что ест пациент. Следует также деликатно спросить, точно ли он записывает то, что ест, и соответствует ли это ожиданиям терапевта и правильному рациону питания для его веса.

## 14.8. Выводы

---

Заполнение пищевых дневников для мониторинга питания (в сочетании с еженедельным взвешиванием) — вероятно, самый мощный инструмент в лечении расстройств пищевого поведения (см. выше и приложение 3). Записи о приеме пищи предоставляют информацию о ключевых моделях пищевого поведения пациента, его чувствах и мыслях, связанных с приемом пищи, а также о контексте, в котором происходит это поведение. Однако важно помнить, что пищевой дневник — это прежде всего терапевтический инструмент, а не просто запись (точная или нет) о приеме пищи пациента.



## **Значимость взвешивания при КПТ**

Врач должен взвешивать пациента как для контроля физической безопасности, так и для эффективной работы в рамках КПТ. Еженедельное взвешивание — главная составляющая КПТ при лечении расстройств пищевого поведения, поскольку позволяет пациенту и врачу напрямую проверить некоторые из базовых убеждений, лежащих в основе РПП пациента (например, “Если я буду есть обычную пищу три раза в день и три раза в день перекусывать, мой вес будет бесконтрольно увеличиваться”). Сам процесс взвешивания занимает всего нескольких минут. Больше времени (и усилий) требует подготовка пациента к этому процессу. Это важный поведенческий эксперимент. Нужно, чтобы пациент делал прогнозы относительно изменений своего веса каждую неделю. Такой “эксперимент со взвешиванием” поможет изменить некоторые ключевые убеждения пациента со временем. Чтобы сделать этот процесс максимально эффективным, нужно в начале лечения ознакомить пациента с физиологией снижения и набора веса, используя соответствующие материалы для психообразования (см. приложение 2).

Взвешивание во время сеанса важно начать на первой неделе лечения. Однако врач должен тщательно разъяснить пациенту причину такого взвешивания, поскольку многие испытывают страх перед взвешиванием. Будет полезно представить эту идею следующим образом.

“Большинство пациентов с расстройствами пищевого поведения обеспокоены тем, что их вес выйдет из-под контроля, как только они начнут менять свое питание на более эффективное. Если мы будем еженедельно контролировать ваш вес, мы сможем регулярно отслеживать все изменения в вашем весе. Так мы будем уверены, что кардинальные изменения не произойдут без нашего ведома. Цель этого еженедельного эксперимента — выяснить, увеличится ли ваш вес, если вы начнете менять свой режим питания. Если мы этого не сделаем, то, скорее всего, ваши опасения по поводу увеличения веса приведут к тому, что вы никогда не измените свой рацион”.

Врач должен объяснить, что колебания веса плюс/минус один килограмм в течение недели — это нормально (т.е. это происходит у всех

и это естественно). Если пациент неоднократно взвешивается дома, нужно посоветовать ему прекратить это занятие и взять на себя обязательство взвешиваться только на сеансе. Это связано с тем, что пациент, неоднократно взвешивающийся дома, будет концентрироваться на колебаниях, а не на общей тенденции изменения веса (см. главу 13).

В долгосрочной перспективе еженедельное взвешивание позволит пациенту и врачу установить связь между приемом пищи (и другими моделями поведения, такими как проверки фигуры) и изменением веса. Если пациент испытывает сильный страх перед взвешиванием, врач должен как можно раньше выяснить причины этого, используя метод вопросов Сократа (глава 16). Некоторые пациенты категорически отказываются взвешиваться или узнавать свой вес. В этом случае врач должен объяснить, что взвешивание (и знание пациентом результата) — обязательное условие лечения с применением КПТ (см. также главу 9). Доказано, что крайне редко пациенты продолжают отказываться от взвешивания, если им объяснить причины и обоснование. Если пациенты продолжают отказываться, это можно расценивать как препятствующее терапии поведение.

## 15.1. Построение графика веса

---

Еще на ранней стадии терапии (но не ранее четвертого сеанса, чтобы вес пациента не был “привязан” к одной цифре в его голове) врач и пациент должны построить график веса. Для этого необходимо указать диапазоны веса, который объективно является избыточным весом, нормальным весом и недостаточным весом. Используя язык пациента, следует обозначить участки на графике (например, “анорексичный”, “худой”, “стройный”, “нормальный”, “полный”, “слегка избыточный вес” или любое другое слово, выбранное пациентом). Если уместно, следует также обсудить мнение пациента об идеальном весе. Важно определить целевой диапазон (не конкретный вес), который будет здоровым весом для пациента. Затем на график наносят первые четыре измерения веса пациента. При этом врачу нужно подчеркнуть естественные колебания веса в течение этих недель. Врач должен повторить, что график нельзя интерпретировать по одному показателю.

На последующих сеансах следует изучить график до взвешивания и попросить пациента сделать отметку на графике (например, красной

ручкой), чтобы указать, какой вес, по его мнению, он набрал. Это можно сделать двумя способами. Во-первых, прогноз можно делать просто по неделям на каждом сеансе. Во-вторых, можно отслеживать изменение веса по нарастающей. Вторая стратегия, скорее всего, более явно подчеркнет несоответствие между реальностью и страхом пациента перед тем, что его вес может резко увеличиться (например, “Теперь я понимаю, почему вы так стараетесь ограничивать себя в еде, ведь вы боитесь, что ваш вес может резко увеличиться, как показывают ваши отметки на графике. Теперь я понимаю, насколько вы встревожены и почему так стараетесь держать себя в руках”). Когда прогнозируемый общий вес превысит ось Y на графике, кумулятивную линию можно начать заново. Врач также может подчеркнуть разницу в отметках на кривой с течением времени, по мере улучшения прогнозов пациента. После того, как пациент сделает прогноз, нужно провести само взвешивание, чтобы проверить прогноз пациента и рассмотреть расхождение между прогнозом и реальностью. Нужно предоставить пациенту возможность иметь собственную копию графика веса, которую он может приносить на каждый сеанс. По мере того, как пациент понимает, что его прогнозы ошибочные (например, убеждение, что нормальное питание ведет к набору веса), важно побудить его рассмотреть другие возможные объяснения его убежденности в том, что он наберет вес. На этом этапе можно увидеть, что пациент начинает замечать связь между эмоциями (например, тревожностью) и мыслями.

На рис. 15.1 показан пример графика веса Риты. График обозначен с использованием ее языка и понятий. Кроме того, можно отметить ключевые цели, связанные с весом (например, возвращение менструации; возвращение к учебе в колледже или к работе). Видно, что отметки на линии кумулятивного прогноза (пунктирная линия, квадраты) резко контрастируют с линией фактического веса (сплошная линия, ромбы). Однако линия кумулятивного прогноза меняет направление по мере того, как ее прогнозы становятся более точными. Основное внимание уделено поощрению Риты к поддержанию “гибкого контроля” (т.е. ее просят оставаться в пределах диапазона, а не пытаться удерживать определенный целевой вес). На рисунке показана распространенная практическая трудность, связанная с такими графиками: линия прогнозируемого увеличения веса поднимается вверх так быстро и так сильно, что уходит за верх страницы, и приходится начинать линию



с самого начала. Однако польза от этой линии заключается в том, что она отражает сильную тревожность пациентки по поводу набора веса и то, как эта тревожность влияет на ее питание.

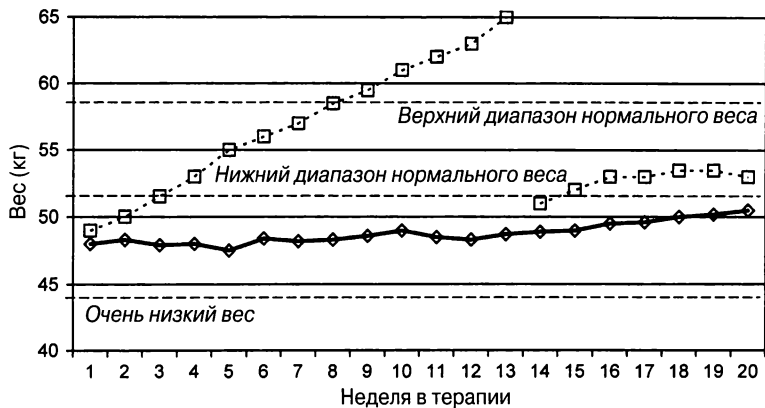


Рис. 15.1. Пример построения графика веса

## 15.2. Процедура взвешивания: пример из практики

Процедуру взвешивания нужно проводить в соответствии с протоколом. Он должен включать вопросы для подготовки пациента к когнитивным изменениям, которые могут произойти в результате таких действий. Было обнаружено, что есть ряд особенно полезных вопросов. Они указаны в следующем примере диалога между врачом и пациентом. Пациентка (Сима) страдает от EDNOS (нормальный вес, поведение, связанное с очищением).

### Основные цели и принципы

**Терапевт.** Вы можете вспомнить, каким был ваш вес на прошлой неделе?

**Сима.** Да, 54,7 кг.

**Терапевт.** Как вы думаете, изменился ли ваш вес с прошлой недели? Как вы думаете, что повлияло на ваш вес?

*Изучить убеждения пациента*

---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Сима.** Мой вес определенно увеличился.
- Терапевт.** Как вы думаете, сколько вы прибавили в весе с прошлой недели? *Конкретизировать существующие убеждения*
- Сима.** Два килограмма.
- Терапевт.** Какие у вас есть признаки или доказательства того, что вы набрали два килограмма? *Найти доказательства убеждения и определить его соответствие фактам*
- Сима.** Я стала больше есть, значит, так и должно быть. Кроме того, я чувствую вздутие живота, и одежда кажется мне тесной.
- Терапевт.** Прежде чем мы взвесим вас, я хотел бы задать вам несколько вопросов. Насколько вы уверены, что прибавили в весе — от 0 — нисколько, до 100 — полностью? Если бы у вас было 100 фунтов стерлингов, сколько бы вы поставили на то, что ваш вес увеличился на указанное вами количество килограмм?  
*(Со временем вы суммируете воображаемую сумму денег, которую пациент потерял бы за все сеансы.)*
- Сима.** По крайней мере, вес не менее 57 кг, я бы поставила на это 70 фунтов.
- Терапевт.** Какова вероятность того, что ваш вес снизился? *Рассмотреть и оценить альтернативное убеждение*
- Сима.** Абсолютно невозможно — 0%.
- Терапевт.** Сколько бы вы поставили на то, что ваш вес не снизился?
- Сима.** 100 фунтов. Не может быть, чтобы он уменьшился.

	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Если мы узнаем, что, несмотря на то, как вы себя чувствуете сейчас, ваш вес остался прежним или снизился за последнюю неделю, что это будет означать?	<i>Проанализировать последствия разных исходов для каждого убеждения</i>
<b>Сима.</b> Ну, я не могу поверить в то, что такое может случиться. Но, может быть, это означает, что то, как я чувствую свое тело, ничего не говорит мне о том, какой у меня вес? <i>(Или то, что моя одежда кажется тесной, не обязательно означает, что мой вес увеличился; мое восприятие моего веса/тела искажено.)</i>	

После завершения взвешивания врач должен указать на разницу между прогнозируемым и фактическим весом пациента. Чтобы представить текущий вес пациента в контексте, врач должен вернуться к графику веса и совместно с пациентом нанести новые отметки, обсуждая все изменения (см. выше). Пациент обычно замечает, что его вес либо совсем не меняется, либо меняется не так значительно, чем он думает.

	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> Что вы думаете о том, что ваш вес снизился, хотя вы были на 70% уверены, что он повысится.	<i>Пересмотреть последствия этого результата для альтернативных гипотез</i>
<b>Сима.</b> Я просто не понимаю этого... Я чувствовала себя такой толстой всю неделю... Может быть, не стоит судить о моем весе по тому, как я себя чувствую.	

---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Терапевт.** Итак, когда вы чувствуете X (*например, вас раздувает, ваша одежда кажется тесной*), говорит ли это о том, что вы набрали вес или нет?
- Сима.** Возможно, о том, что я не могу ничего сказать о том, как мой вес изменился.
- Терапевт.** Как это соотносится с результатами предыдущих недель?
- Сима.** Похоже, я совсем не могу определять правильный вес.
- Терапевт.** Насколько вероятно то, что в следующий раз вы правильно предскажете, увеличился ли ваш вес или нет? (*Проверьте, как это убеждение меняется со временем.*)
- Сима.** Я не знаю, потому что мы занимаемся этим уже некоторое время, а я все время ошибаюсь. Просто маловероятно, что в следующий раз у меня получится правильно определить этот показатель.
- Терапевт.** Как мы можем в будущем проверить эту теорию о том, что ваше тело не *чувствует* изменений, которые происходят с вашим весом? *Начать проведение поведенческих экспериментов*
- 

Важно, чтобы врач часто повторял, что любые изменения в пределах одной недели бессмысленны и что любые суждения о возможных изменениях должны быть сделаны в контексте предшествующих четырех-восьми недель терапии.

### 15.3. Что пациент может узнать из еженедельного взвешивания?

---

Со временем эксперимент со взвешиванием позволит пациенту прийти к ряду выводов. Пациент и врач могут обобщить их следующим образом.

- Физические ощущения “вздутия” или тесноты одежды — в лучшем случае ненадежные индикаторы потери или набора веса.
- Визуальное восприятие пациентом своего тела искажено. Это касается большинства людей, независимо от того, страдают они расстройствами пищевого поведения или нет. То, что мы видим в зеркале, в значительной степени зависит от нашего отношения к себе. Например, если человек чувствует себя подавленным, он может предположить, что его вес будет выше, чем при позитивном настрое. Такое эмоциональное влияние на восприятие затрудняет объективное восприятие своего тела. Поэтому осмотр своего тела в зеркале мало что скажет о том, набрал ли человек вес или нет. Этот момент можно еще больше подчеркнуть, проведя эксперимент по проверке тела (глава 23).
- Вес естественным образом меняется на протяжении дня, недели из-за изменений в количестве жидкости, которая содержится в организме. Наше тело состоит как минимум на 65–70% из воды. Изменение веса на весах за неделю мало что говорит нам о том, увеличилась или уменьшилась фактическая масса тела. Оно говорит лишь о том, насколько больше или меньше жидкости содержится в организме в этот раз по сравнению с прошлым.
- Единственный способ узнать, увеличился ли вес, уменьшился или остался стабильным, — это взвешиваться в течение как минимум четырех недель и сравнивать средние показатели со средними показателями за предыдущие четыре недели. Если наблюдается значительное изменение сверх того, что можно было бы ожидать в результате естественного колебания веса (около +1 кг), то вес, возможно, изменился (увеличился или уменьшился).
- Скорее всего, человек вспомнит те недели, когда вес увеличивался, если только у него не появятся убеждения о неизбежности увеличения. Когда график веса находится вне поля зрения, полезно попросить пациента оценить показатели некоторых недель, когда его вес увеличивался. Как правило, пациент отвечает, что его вес увеличивался в значительно большем количестве недель (например, 75%), что отличается от фактических показателей графика (например, 30%). При этом обычно наблюдается соответствующая недооценка количества недель, когда, по его мнению, вес снижался.

Иногда пациентам трудно прийти к таким выводам даже после обсуждения. В этом случае врач может попытаться помочь интерпретировать результаты взвешивания, просмотрев график веса. Врач может сказать следующее.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Один из текущих поведенческих экспериментов, который мы проводим в течение последних нескольких недель, — это “эксперимент со взвешиванием”. Каждую неделю я прошу вас спрогнозировать свой вес, а затем мы взвешиваем вас, чтобы узнать, правильны ли ваши прогнозы или нет. Если рассмотреть доказательства, которые мы собрали до сих пор, как вы думаете, чему вы научились, проводя эксперимент со взвешиванием?	<i>Проанализировать проведенный эксперимент</i>
<b>Пациентка.</b>	Я не уверена.	
<b>Терапевт.</b>	Как вы думаете, как изменился ваш вес за эти два месяца? Изменился ли он значительно или более или менее остался прежним?	
<b>Пациентка.</b>	Я не знаю. Я думаю, что он увеличился.	
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, давайте посмотрим на график ( <i>показать график</i> ). Если вы посмотрите на график, насколько изменился ваш вес с тех пор, как мы начали терапию?	<i>Противопоставить доказательства, полученные из данных, убеждениям пациента</i>
<b>Пациентка.</b>	Хм. На самом деле он не сильно изменился. Кажется, что он то увеличивается, то уменьшается, то увеличивается, то уменьшается.	
<b>Терапевт.</b>	Итак, какие у нас есть доказательства того, что ваш вес изменился за последние восемь недель?	

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Пациентка.</b>	Никаких — он вообще не изменился.	
<b>Терапевт.</b>	За последние восемь недель вы можете вспомнить, что заставило вас думать, что ваш вес увеличился?	
<b>Пациентка.</b>	Обычно я чувствую вздутие живота и одежда кажется тесной, и тогда я делаю вывод, что мой вес, должно быть, изменился.	
<b>Терапевт.</b>	Если рассматривать результаты взвешивания за последние восемь недель, по вашему мнению, ощущение вздутия живота или тесноты в одежде говорит о каких-либо изменениях в вашем весе?	
<b>Пациентка.</b>	Ничего особенного. Даже когда я чувствовала вздутие, мой вес не всегда увеличивался.	
<b>Терапевт.</b>	Насколько вы верите в это сейчас?	
<b>Пациентка.</b>	Примерно на 70%.	
<b>Терапевт.</b>	Если вы видите в зеркале, что ваше тело становится больше за неделю, это говорит вам о каких-либо изменениях в вашем весе?	
<b>Пациентка.</b>	Это ни о чем мне не говорит, потому что мое восприятие своего тела искажено.	<i>Резюмировать и повторно оценить альтернативное убеждение</i>
<b>Терапевт.</b>	Насколько вы верите в это сейчас?	
<b>Пациентка.</b>	Примерно на 60%.	

Если пациенту удалось значительно улучшить структуру и/или содержание рациона питания за предыдущие недели, врач может добавить следующее.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Учитывая, что за последние недели вы смогли изменить структуру и/или содержание своего ежедневного рациона, каковы были последствия с точки зрения вашего веса?	<i>Проанализировать последствия изменения поведения</i>
<b>Пациентка.</b>	Удивительно, но мой вес почти не изменился. Конечно, не так сильно, как я изначально думала. Я до сих пор не могу в это поверить.	
<b>Терапевт.</b>	Итак, согласны ли вы с тем, что, судя по собранному вами данным, увеличение количества потребляемой вами пищи и/или изменение вашего рациона не привело к значительному увеличению вашего веса?	
<b>Пациентка.</b>	Да, пока все верно.	
<b>Терапевт.</b>	Как это соотносится с тем, во что вы верили до начала терапии?	
<b>Пациентка.</b>	Вначале я на 100% верила, что мой вес будет сильно увеличиваться — как минимум на 3-4 килограмма в неделю. Теперь я в это больше не верю.	<i>Пересмотреть убеждения</i>
<b>Терапевт.</b>	Как вы объясните, что ваш вес увеличился не так сильно, как вы думали?	
<b>Пациентка.</b>	Я думаю, это связано с изменением скорости обмена веществ в организме, о котором вы мне рассказывали. Возможно, благодаря более регулярному питанию мой организм снова начал работать правильно, и я правильно сжигаю полученную энергию.	
<b>Терапевт.</b>	Насколько вы сейчас верите в то, что ваш вес останется более или менее прежним, если вы продолжите придерживаться правильного рациона питания, как в последние пять недель?	



	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Пациентка.</b> На 70%. Я бы хотела верить в это больше, но пока не совсем доверяю.	
<b>Терапевт.</b> Как мы можем проверить, правда ли то, что мы обсуждали о том, как работает организм, или нет?	
<b>Пациентка.</b> Я собираюсь продолжать придерживаться плана питания, рекомендованного диетологом, и в качестве поведенческого эксперимента попробую некоторые продукты из моего списка “избегаемых продуктов”.	
<b>Терапевт.</b> Отличная идея! Давайте изучим список и выберем несколько продуктов, которые вы можете попробовать на этой неделе, и посмотрим, какие прогнозы вы сделаете относительно результатов таких изменений.	<i>Расширить поведенческий эксперимент</i>

## 15.4. Выдвижение идеи о том, что вес может быть генетически обусловленным

При проведении эксперимента по взвешиванию стоит объяснить пациенту, что существует множество доказательств того, что наш вес зависит от генетики. Исследования показывают, что минимальный вес человека не может существенно измениться в течение длительного времени [Fairburn, 2004]. Эта гипотеза называется “теорией заданного веса”. Хотя эта теория не подтверждена всеми научными исследованиями, было обнаружено, что пациентам часто полезно такое объяснение. Важно напомнить, что, согласно теории заданного веса, если человек регулярно питается здоровой пищей и занимается разумными физическими упражнениями, организм тяготеет к определенному весу и вес колеблется вокруг этого показателя (на 1-2 кг в неделю, как упоминалось выше). Если человек пытается изменить этот естественный вес с помощью радикальных мер (например, отказывая организму в необходимых питательных веществах, таких как жиры, белки или

углеводы), риск переедания возрастает. Большинство пациентов отказывают своему организму в пище, необходимой для здорового функционирования, тем самым поддерживая свой вес на крайне низком и нездоровом (для них) уровне. Из-за таких ограничений у пациентов случаются эпизоды переедания (в моменты, когда они хотят съесть пищу, необходимую их организму, и отказывают себе в ней), которые они затем пытаются компенсировать рвотой или приемом слабительных средств. Следует объяснить пациенту, что цель любого лечения — помочь правильно организовать быт и наладить эффективный рацион питания, т.е. помочь им регулярно питаться разнообразной пищей (что может привести или не привести к набору веса). И, если они все-таки наберут вес, помочь им принять этот вес как “естественный” (каким бы он ни был в пределах здорового индекса массы тела).

Что касается вопроса о “здоровом весе”, врач должен знать, что ИМТ следует корректировать с учетом культурных различий. Например, средний ИМТ среди чернокожих британок и афрокарибских женщин немного выше, чем у белых женщин. Напротив, средний ИМТ азиатских женщин иногда может быть ниже.

## **15.5. Опровержение убеждения пациента о бесконтрольном увеличении его веса**

---

Часто пациентов останавливает от экспериментов с эффективным питанием убеждение, что в результате их вес неконтролируемо увеличится. Поэтому врач должен помочь пациенту оспорить доказательства этого убеждения. Прежде всего стоит выяснить, откуда пациент знает, что именно так и произойдет, если он будет регулярно питаться разнообразной пищей. Обычно пациенты не имеют прямых доказательств этого, предоставляя выборочные абстрагированные данные. Они могут вспомнить период в прошлом, когда у них был избыточный вес или когда их дразнили другие. Однако нет явных доказательств того, соблюдали ли они в то время эффективный сбалансированный режим приема пищи или нет.

Далее важно изучить предположения пациента о том, что скорость метаболизма стабильна, особенно по мере того, как его вес растет к нормальному уровню. На этом этапе полезно использовать материалы по psicoобразованию. Это поможет пациенту осознать принципы изменения

скорости метаболизма — что увеличение количества употребляемой пищи не приводит к постоянному увеличению веса. Необходимо подчеркнуть, что изменение скорости метаболизма и возвращение к стабильному весу подтверждается научными данными. Однако если у пациентов есть такие убеждения, это означает, что пациент нередко испытывает высокий уровень тревожности по поводу перехода к более эффективному образу питания.

Следующий шаг — обсуждение того, как эту “новую теорию” можно проверить с помощью поведенческого эксперимента (главы 21 и 22). Очевидный эксперимент заключается в том, чтобы пациент попробовал придерживаться эффективного режима питания (независимо от приступов переедания и рвоты) в течение определенного периода времени (с возможностью вернуться к “прежнему образу жизни” по истечении этого времени, если он почувствует, что это невозможно). А потом сделал прогноз о том, как изменится его вес за это время. Так можно провести эксперимент для сравнения двух гипотез, только одна из которых может быть верной: гипотеза пациента о том, что это приведет к значительному увеличению веса, и гипотеза о том, что этого не произойдет (разработанная, по возможности, на основе психообразовательных материалов). В рамках психообразования следует обратить внимание пациента на то, что быстро набрать значительное количество веса очень сложно и что для того, чтобы набрать вес, который прогнозирует пациент, требуется соблюдать рацион питания, выходящий далеко за рамки предложенных врачом объемов.

## 15.6. Роль взвешивания в перспективе

---

Важно рассмотреть роль и значение взвешивания на всех стадиях лечения. Это очень актуально в контексте темы “сам себе терапевт”. В начале лечения позиция многих пациентов будет колебаться между позицией крайнего избегания взвешивания и незнания своего веса и чрезмерной проверкой веса несколько раз в день. По причинам, о которых говорилось выше, ни одна из этих позиций не совместима с прогрессом или выздоровлением. Поэтому в начале лечения терапевт возьмет на себя основную ответственность за взвешивание (хотя пациент должен будет взять на себя ответственность за знание своего веса и работу с ним). Это также важно, поскольку врач несет ответственность за физическую безопасность пациента.

Ближе к концу лечения пациент и врач должны обсудить, как пациент может сам взять на себя эту ответственность. Например, пациент может взять на себя ответственность следить за своим весом дома, а не взвешиваться на сеансе. Если пациент завершает лечение, но по-прежнему не желает знать или контролировать свой вес должным образом, это — явный признак остаточных трудностей.

Существует ряд проблем, которые означают, что необходимо постоянно рассматривать вопрос о весе. Значительное увеличение или уменьшение веса может быть признаком того, что не все в порядке и пациент должен уметь реагировать на это. Например, мужчины в исследовании голодания [Keys et al., 1950] испытывали довольно сильные колебания веса в течение нескольких месяцев (если не лет) после окончания эксперимента. Поэтому важно понимать, что вес может значительно колебаться после окончания лечения, если его не контролировать должным образом, даже если лечение было успешным. Кроме того, люди, выздоравливающие от расстройств пищевого поведения, не застрахованы от риска ожирения, которое так распространено в современном обществе. На самом деле, клинический опыт подтверждает, что бывшие пациенты с РПП более склонны к набору веса, чем люди, не страдавшие расстройствами пищевого поведения. Поэтому, как часть плана по лечению рецидива, пациент должен иметь возможность регулярно взвешиваться (примерно раз в две недели/месяц, но не чаще раза в неделю, так как это показывает только изменения количества жидкости). Так он будет иметь возможность контролировать ситуацию. Они должны ожидать, что вес будет колебаться примерно на 2 кг в течение месяца. Поэтому если их средний вес составляет 55 кг, то они, вероятно, заметят колебания между 54 кг и 56 кг. Любое изменение веса выше или ниже этого диапазона может указывать на трудности и возможный рецидив. Это означает, что пациенту следует вернуться к использованию пищевого дневника для выявления трудностей до того, как они закрепятся. Однако важно понимать, что многие программы лечения предполагают доведение веса пациента до минимально здорового (около ИМТ = 20). При этом вес может быть гораздо выше и все равно находиться в здоровом диапазоне (ИМТ = 20–25). Поэтому пациент может заметить небольшой сдвиг в сторону увеличения. Но это может произойти просто потому, что он стал менее строг к своему питанию, что и привело к небольшому увеличению веса.

# Выводы

В этом разделе был рассмотрен ряд навыков и основных понятий, необходимых в процессе лечения расстройств пищевого поведения в рамках КПТ, хотя многие из этих навыков одинаково актуальны и для других подходов к лечению расстройств пищевого поведения. Теперь нужно перейти к рассмотрению ключевых навыков КПТ, которые лежат в основе изменений в убеждениях, эмоциях и поведении при всех психологических расстройствах. Только после этого мы сможем рассмотреть сами симптомы расстройств пищевого поведения.

## **Раздел III**

# **Основные навыки КПТ, применяемые при лечении РПП**

В этом разделе будет рассмотрено, как общие навыки КПТ могут быть использованы для лечения ряда симптомов, которые характерны для расстройств пищевого поведения, но также могут быть инструментами и при более широком спектре расстройств. Хотя этот раздел — введение как в когнитивные, так и в поведенческие техники, больше внимания все же будет уделено когнитивным аспектам; поведенческие эксперименты будут подробно рассмотрены в главе 23. В этом разделе внимание будет сосредоточено на применении основных методов КПТ к специфической патологии расстройств пищевого поведения.



## Метод вопросов Сократа

Сократовские вопросы (также называемые “метод вопросов Сократа”) — это техника, которую когнитивно-поведенческие терапевты используют для изучения содержания и смысла переживаний пациентов, а также для того, чтобы помочь пациентам рассмотреть альтернативную точку зрения. Сократовские вопросы основаны на следующих принципах [Wells, 1997].

1. Врач задает вопросы, на которые пациент в состоянии ответить.
2. Вопросы врача направлены на достижение определенной цели:
  - 1) для выяснения образа мышления, чувств или поведения пациента в конкретной ситуации; или 2) для помощи пациенту в рассмотрении альтернативной перспективы.
3. Вопросы носят открытый, а не закрытый характер (вопросы “когда”, “что” и “как”, а не “почему”).
4. Пациент не должен чувствовать, что врач его допрашивает.
5. Врач пытается искренне понять опыт пациента (т.е. ставит себя “на место пациента”).

### 16.1. Как применить метод вопросов Сократа

---

Сократовские вопросы состоят из трех типов вербальных структур: 1) общие вопросы; 2) уточняющие; и 3) повторные вопросы [Wells, 1997].

*Общие вопросы* предназначены для того, чтобы открыть конкретную область исследования. Врач обычно спрашивает о конкретном инциденте, который мог произойти с пациентом, чтобы изучить его мысли, чувства и поведение в тот момент. Например, типичный общий вопрос может звучать так: “Что случилось в последний раз, когда был эпизод передания?” Ниже приведены примеры общих вопросов.



1. Когда в последний раз у вас был эпизод переедания/рвоты/ограничения?
2. Что вы заметили сначала?
3. Какие чувства преобладали?
4. Какие мысли пронеслись у вас в голове? О чем вы думали?
5. Какие физические симптомы вы заметили?
6. Какие образы вы заметили или пережили?

*Уточняющие вопросы* направлены на прояснение конкретного момента или получение более подробной информации. После того, как терапевт открыл конкретную область исследования, он задает ряд конкретных вопросов, чтобы лучше понять мысли, чувства и поведение пациента в данной ситуации. Например, врач может задать такие вопросы, как “Можете ли вы вспомнить, где вы были и что делали непосредственно перед тем, как случился эпизод переедания?”, “Заметили ли вы что-нибудь, что могло спровоцировать эпизод переедания?” или “Как вы эмоционально чувствовали себя после рвоты?” Часто с помощью уточняющих вопросов можно выяснить предполагаемые наихудшие возможные последствия отказа от преодоления нерациональных моделей поведения или игнорирования безопасного поведения. Например: “Как вы думаете, что бы произошло, если бы вас не стошнило в тот момент?”; “Итак, вы считаете, что рвота — это эффективная стратегия для того, чтобы не набрать вес после эпизода переедания? Как вы это поняли?”

Ниже приведены примеры уточняющих вопросов.

1. Когда вы чувствовали себя злым и расстроенным, что вы делали в этот момент, чтобы справиться с этими чувствами?
2. Если бы в тот момент вы не вызвали рвоту, что самое худшее могло бы произойти?
3. Если сегодня вы встанете на весы и увидите, что ваш прогноз оказался верным, что будет самым худшим в этом случае?
4. Если на этой неделе цифра на весах примерно на один килограмм больше, чем на прошлой, что это значит в контексте вашего веса?
5. Насколько вы сейчас верите в то, что ваш вес увеличится?
6. Что вы будете делать, если ваш вес продолжит расти на следующей неделе?

Наконец, *повторные вопросы* — это краткое резюме того, что только что сказал пациент, которое обычно сочетается с последующим уточняющим вопросом для получения более конкретной информации (например, “Когда вы чувствовали себя одиноким и грустным из-за того, что ваш друг не пришел, делали ли вы что-нибудь, чтобы почувствовать себя лучше?”). Цель повторных вопросов — дать понять пациенту, что врач слушает и понимает то, что он говорит.



## Техника “падающая стрела”

Когнитивно-поведенческая модель лечения предполагает, что существует три уровня мышления: автоматические мысли, предположения и базовые убеждения. Эти уровни мышления имеют различные характеристики в плане конкретности, обусловленности и атрибуции: автоматические мысли, как правило, зависят от ситуации; предположения — обусловлены; а основные убеждения — глобальные, безусловные и внутренние. При расстройствах пищевого поведения автоматические мысли и предположения сосредоточены (среди прочего) на еде, фигуре и весе. Они маскируют более глобальные, конкретные базовые убеждения, связанные, например, с неудачей или любовью. Сосредоточение на поверхностных мыслях может происходить в ущерб устранению базовых убеждений, которые поддерживают расстройства. Например, у пациента с базовым убеждением “Я всегда буду один” могут быть автоматические мысли “Я такой толстый” или “Я плохой человек” и предположения “Если я буду толстым, люди не захотят со мной общаться” и “Если я похудею, я стану лучше”.

“Падающая стрела” — это техника, которую можно использовать для выявления основных предположений и базовых убеждений. Это способ преодоления автоматических, поверхностных убеждений, особенно тех, которые связаны с едой, фигурой и весом, и базовых убеждений, вызывающих и поддерживающих эти мысли. У некоторых пациентов метод “падающей стрелы” позволяет быстро выявить базовые убеждения, в то время как у других пациентов это может занять несколько недель. Очень важно, чтобы терапевт эмпатически отнесся к реакции пациента. Хотя базовое убеждение могло быть частью рабочей гипотезы врача в течение некоторого времени, пациент может впервые осознать глубину убеждения и интенсивность связанных с ним чувств. Не менее важно использовать язык пациента при определении базового убеждения. Например, человек с базовым убеждением, сосредоточенным на неудаче, может выразить это следующим образом: “Я бесполезен для общества”. Признаки того, что пациент достиг нижней допустимой границы или базового убеждения, обычно появляются

тогда, когда он продолжает возвращаться к одному и тому же утверждению или демонстрирует скольжение в сторону негативной эмоциональной реакции.

## 17.1. Как применить эту технику

---

Во-первых, важно составить представление о ситуации. Можно спросить у пациента: “Когда в последний раз вы испытывали настоящую ... (эмоцию)?” — или использовать пример из записей мыслей или дневника, который пациент вел на прошлой неделе. Пациент должен вспомнить ситуацию, а врач подсказывать, расспрашивать о мыслях, чувствах, триггерах, ощущениях и образах.

Во-вторых, пациента просят определить самую неприятную мысль. На этом этапе можно задать вопросы, направленные по нисходящей. Процесс техники “падающая стрела” заключается в следующем.

1. Использовать ключевые вопросы для выяснения наиболее мучительной мысли. Так пациент и врач начинают выяснять предположения, связанные с самопринятием и принятием другими.
2. Врач обобщает предположения и проверяет их точность.
3. Основываясь на этом, врач снова использует вопросы, чтобы перейти на следующий уровень, выясняя базовые убеждения.
4. Врач снова подводит итоги и проверяет, точно ли выявленные базовые убеждения отражают восприятие пациента.

Ниже приведен примерный список ключевых вопросов.

- Если это правда, то что в этом такого?
- С вашей точки зрения, что значит быть X?
- Что плохого в \_\_\_\_\_?
- Что самое плохое в \_\_\_\_\_?
- Что это значит для вас?
- Что это может сказать о вас?
- Что это говорит о том, какой вы?
- Что это значит для вас, если вы не можете быть X?

- Что это значит для других людей, если вы не X?
- Что самое плохое это может значить или сказать о вас?
- Что это говорит о том, что другие люди думают о вас?
- Что самое худшее в том, что другие люди могут подумать о вас?

## 17.2. Пример из практики: Сара

Сара пришла на сеанс и сообщила об эпизоде переедания, который был спровоцирован тем, что она увидела себя в зеркале, в примерочной магазина одежды. Терапевт решил использовать технику "падающая стрела", чтобы выявить возможные глубинные убеждения.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Итак, Сара, мы говорили о ситуации в примерочной, которая спровоцировала эпизод переедания. Не могли бы мы обсудить это подробнее? Можете ли вы вспомнить, как вы там оказались?	<i>Сосредоточиться на воспоминании для активизации деталей опыта</i>
<b>Сара.</b>	Да, я хотела купить платье. Я взяла его в примерочную и начала переодеваться. Потом я увидела себя в зеркале, и мне стало совсем противно. Все, что я могла видеть, — это складки жира. Мне хотелось плакать.	
<b>Терапевт.</b>	Похоже, вы были очень расстроены. Можете ли вы вспомнить, какие мысли проносились у вас в голове?	<i>Выявить негативные автоматические мысли</i>
<b>Сара.</b>	"Я отвратительна и похожа на шарик" и "Я буду становиться все больше и больше".	
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, какая из этих мыслей расстраивает вас больше всего?	
<b>Сара.</b>	Думаю, это "Я отвратительна и похожа на шарик".	

	<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b> “Я отвратительна и похожа на шарик” — это та мысль, которая действительно расстраивала вас, когда вы были в примерочной. С вашей точки зрения, что значит быть отвратительной и похожей на шарик?	<i>Начать снижение по стрелке</i>
<b>Сара.</b> Это ужасно, я себе не нравлюсь, у меня нет ни самоконтроля, ни силы воли.	
<b>Терапевт.</b> Итак, как вы думаете, что самое страшное в том, что вы себе не нравитесь или у вас нет силы воли?	
<b>Сара.</b> Другие люди будут думать, что я лентяйка и неряха. Они также будут считать меня отвратительной. Если я буду толстой, они не захотят со мной общаться.	
<b>Терапевт.</b> Итак, когда вы увидели себя в зеркале, вы подумали: “Я отвратительна и похожа на шарик” — это привело вас к мысли, что вы ленивы и у вас нет силы воли и что другие люди не захотят с вами общаться из-за этого. Так ли это?	<i>Продолжить дальнейшее снижение по стрелке</i>
<b>Сара.</b> Да.	
<b>Терапевт.</b> Полагаю, теперь можно спросить, что, по-вашему, самое худшее во всем этом?	
<b>Сара.</b> <i>(начинает плакать)</i> Это означает, что никто никогда не захочет узнать меня. Джонатан сочтет меня отвратительной и бросит меня.	
<b>Терапевт.</b> Если бы это случилось, что бы это говорило о вас?	
<b>Сара.</b> Никто никогда не захочет быть со мной. Я никогда не найду никого, кому бы я нравилась.	
<b>Терапевт.</b> А что, по-вашему, другие люди будут думать о вас?	

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Сара.</b>	Что я неряха, ленивая, они не захотят со мной общаться, они даже не захотят со мной разговаривать.	
<b>Терапевт.</b>	Как вы считаете, что все это говорит о вас?	<i>Достичь "самой глубокой мысли"</i>
<b>Сара.</b>	Я совершенно не чувствую себя привлекательной.	
<b>Терапевт.</b>	А что, с вашей точки зрения, самое плохое в этом?	
<b>Сара.</b>	Самое худшее — "Меня никто не любит".	

В данном примере врач следовал описанной выше технике, побуждая Сару вспомнить инцидент и описать свои мысли и эмоции во время события. Врач вызвал предположения у Сары о лени и о том, что если она толстая, то другие люди не захотят с ней общаться. Дальнейшее снижение вслед за "падающей стрелой" выявило основное убеждение "я совершенно непривлекательна". То, что это является самым главным страхом подтвердили также мысли и утверждения самой Сары.

### **17.3. Поиск и устранение проблем**

Один из аспектов этой техники, с которым могут столкнуться врачи-терапевты, — это заикливаться и повторять: "Что в этом плохого?". Это может показаться не только бестактным по отношению к пациенту, терапевты могут чувствовать, что они спрашивают очевидное, и это звучит автоматически. Важно варьировать вопросы, переходя от восприятия себя к восприятию других (например, "Что это значит для вас?" и "Если бы это было правдой, что, по-вашему, сказали бы о вас другие?"). Кроме того, вопрос о том, что это значит с точки зрения пациента, повышает точность, чувствительность и актуальность (например, "С вашей точки зрения, что значит иметь лишний вес, лениться, быть глупым и т.д.?").





## Когнитивная реструктуризация

Сократовские вопросы и техника “падающая стрела” — методы, представленные в предыдущих главах, — в целом направлены на то, чтобы вызвать и раскрыть искаженные мысли, начиная от негативных автоматических мыслей и заканчивая базовыми убеждениями. Методы, представленные в этой и последующих главах, направлены на то, чтобы определить и затем проверить эти мысли. Действительно, авторы обнаружили, что наиболее эффективная стратегия — использовать когнитивную реструктуризацию и расширенное мышление для “ослабления” убеждения, за которым следует поведенческий эксперимент, направленный на его активное ослабление или укрепление альтернативного убеждения.

Когнитивная реструктуризация направлена на то, чтобы дать пациенту возможность изменить свою первоначальную (искаженную) мысль, основываясь на анализе доказательств. Формируется альтернативная мысль, которая представляет собой более сбалансированную точку зрения. Важно отметить, что когнитивная реструктуризация должна быть направлена на формирование *сбалансированного* мышления, а не на “позитивное мышление”. Кроме того, поскольку многие пациенты придерживались этих искаженных убеждений в течение длительного времени, изменения вряд ли будут мгновенными. Терапевту и пациенту стоит помнить, что важный шаг — это посеять зерно сомнения. Это необходимо, чтобы пациент смог рассмотреть возможность того, что первоначальная мысль может быть не на 100% точной. Внесение такого сомнения необходимо для последующего внедрения поведенческих экспериментов. Пациенты часто испытывают трудности с этим переходом, потому что они понимают принцип логически, но эмоционально им трудно в это поверить. Опять же, пациента можно успокоить, что процесс изменения может быть медленным. А осознание того, что его убеждение может быть ошибочным, — уже прогресс, даже если он еще не считает это правдой.

Когнитивная реструктуризация — это жизненно важный навык, поэтому следует уделить время для его приобретения. Многим пациентам задания кажутся сложными. Врач должен постоянно тренироваться, и, чтобы овладеть этим навыком, может потребоваться время. Использование записей мыслей поможет обеспечить четкую структуру. В главе 22 приводится полное описание процесса оспаривания убеждений и выработки альтернативных убеждений, — важные методы КПТ при лечении расстройств пищевого поведения.

## Расширенное мышление

Одна из ключевых тем в расстройствах пищевого поведения — дихотомическое мышление пациентов. Обучение расширенному мышлению — это эффективная техника работы с этим черно-белым стилем мышления [Padesky, 1994]. С помощью этой техники можно стремиться помочь пациенту понять, что жизнь имеет много “оттенков серого”. Работу с расширенным мышлением можно использовать на уровне базовых предположений (например, “Если я толстый, то я отвратительный”) и на уровне основных убеждений (например, “Я плохой человек”). Такой метод предполагает работу либо с одним спектром мыслей, либо с несколькими спектрами мыслей, в зависимости от характера задействованных убеждений.

### **19.1. Работа с негативными автоматическими мыслями и базовыми убеждениями: работа над одной идеей**

---

Часто при работе с негативными автоматическими мыслями пациентов внимание сосредоточено на одном спектре — о том, что они худые или толстые. Например, многие пациенты воспринимают любое увеличение веса как свидетельство того, что они стали толстыми. Использование спектра ИМТ (например, в графике веса) поможет пациенту понять, что его реакция — это пример черно-белого мышления, а не свидетельство качественного изменения его состояния. Это может привести к обсуждению того, что пациент понимает под определением “быть толстым”.

**Пример из практики**

За четыре недели Фиона набрала 2 кг, и теперь ее вес стабилизировался. Индекс массы тела Фионы увеличился с ИМТ 20 до 20,8. Фиона интерпретировала это как то, что она стала “толстой”.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Фиона.</b>	Я такая толстая... посмотрите, сколько я набрала веса!	<i>Определить негативную автоматическую мысль</i>
	Терапевт. Я бы хотел уделить этому вопросу некоторое время. Я бы хотел провести линию с индексом массы тела, а затем выяснить, где вы находитесь на этой линии... Хорошо?	<i>Начать решать проблемы. Представить информацию в конкретной форме, которая поддается объективной оценке</i>
<b>Фиона.</b>	Хорошо.	
<b>Терапевт.</b>	Давайте изобразим линию здесь. Мы нарисуем линию, основываясь на научных терминах, которые мы обсуждали ранее. Вы помните, о чем мы говорили?	
<b>Фиона.</b>	Мы говорили о том, что любой человек с ИМТ менее 17,5 находится в диапазоне анорексии, от 17,5 до 20 — имеет недостаточный вес, от 20 до 25 — нормальный диапазон, от 25 до 30 — избыточный вес, а свыше 30 — ожирение.	<i>Проверить, как пациент запомнил объективные критерии</i>
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, давайте отметим это на нашей линии, а затем добавим ваш прежний ИМТ и ваш новый ИМТ на наш рисунок. Что вы думаете по этому поводу?	

X X

ВМІ 16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Анорексия	Недостаточный вес			Нормальный вес				Избыточный вес				Ожирение					

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Фиона.</b>	Ну, я думаю, что я все еще нахожусь на нижней границе нормального диапазона и не превратилась из худой в толстую. Однако я все еще чувствую себя толстой и боюсь, что буду продолжать набирать вес.	<i>Пациент генерирует альтернативную мысль, противопоставляя ее нежелательному результату. Нужно разработать план, позволяющий проверить эти два варианта</i>
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, мы будем продолжать взвешивать вас, чтобы посмотреть, что происходит с вашим весом, а также уделим больше времени размышлениям о том, почему вы чувствуете себя толстой.	

Расширенное мышление относительно одной идеи — полезная стратегия при работе с базовыми убеждениями [Padesky, 1994], которые могут лежать в основе расстройств пищевого поведения. Например, его можно использовать, если у пациента есть безоговорочное убеждение, что он неудачник (в главе 25 представлено больше информации о том, как работать с базовыми убеждениями).

## **19.2. Работа с условными убеждениями: убеждения с двумя идеями**

При расстройствах пищевого поведения часто бывает так, что две нежелательные идеи связаны между собой. Чаше можно столкнуться с такими примерами, как: “Если я буду худой, я буду успешной”; “Если я буду худой, я буду привлекательной”; “Если я буду худой, я буду счастливой”; и наоборот: “Если я буду толстой, я буду некрасивой”; или “Если я буду толстой, меня не будут уважать”. Кристин Падески (Christine A. Padesky) описала технику работы со связанными идеями как “построение двухмерных диаграмм спектров” [Padesky, 1994]. Полное описание того, как работать с двумя идеями, представлено в следующем разделе (устранение проблем, связанных с питанием, весом и фигурой при расстройствах пищевого поведения).



## **Дневник положительных событий**

При работе с негативными убеждениями (на любой стадии лечения) задача терапевта состоит не только в том, чтобы помочь пациенту найти доказательства против дезадаптивных убеждений, но и в том, чтобы помочь ему развить более адаптивные убеждения. Дневник положительных событий — эффективный инструмент, который помогает пациенту собирать данные в поддержку более адаптивных убеждений [Padesky, 1994]. Роль записей положительной информации заключается в том, чтобы помочь пациенту исправить ошибки в обработке информации и снизить вероятность того, что он будет отбрасывать любую потенциально адаптивную информацию. При работе с иррациональными убеждениями дневники положительных событий требуют целенаправленного, систематического сбора доказательств, поскольку природа дезадаптивных моделей означает, что они будут бороться за выживание, и пациенту может быть нелегко искать доказательства существования того аспекта себя, в который ему трудно поверить. Было обнаружено, что метафора Кристин Падески [Padesky, 1994] “модель как предубеждение” чрезвычайно полезна при объяснении ошибок в обработке информации и, следовательно, для обоснования ведения дневника положительных событий.

### **20.1. Пример из практики**

---

За последние несколько сеансов терапии Роберта вместе со своим терапевтом выработала более адаптивное базовое убеждение, что она “чего-то стоит”. Ее попросили оценить, насколько она одобряет это новое базовое убеждение по шкале от нуля до ста процентов (где 0% — “совершенно не верит в это”; 100% — “верит в это полностью”). Она оценила свое убеждение на 10%. Ее просили еженедельно определять эту оценку, чтобы следить за тем, как формируется это новое базовое убеждение. Роберта узнала о методике ведения дневника положительных событий с помощью метафоры “модель как предубеждение”.



Для того чтобы определить категории, по которым можно было бы собирать положительную информацию, Роберте задали несколько вопросов. Ее спросили, как она узнает, является ли она более достойной. Она не смогла ответить на этот вопрос, поскольку не считала себя обладательницей положительных качеств. Чтобы помочь Роберте, был задан вопрос о других людях, которых она знает и любит или может полюбить в будущем (например, ребенка). Роберту спросили, откуда она знает, что ее лучший друг — достойный человек. Ее спросили: “Если бы у вас был ребенок, как бы вы узнали, что он или она достойны?” На основе этих двух вопросов Роберта смогла составить список качеств, указывающих на то, что делает человека достойным. Ее спросили, считает ли она, что какие-либо из этих качеств есть у нее, и сможет ли она составить небольшой список.

Среди прочего Роберта отметила “доброту” как качество, которое означает, что она — достойный человек. Для Роберты доказательством доброты было то, что человек помогает другим. Поскольку у Роберты была тенденция не принимать во внимание все, что она делает для помощи другим, список того, что может считаться “помощью другим”, был составлен во время терапевтического сеанса. Так Роберта смогла определить эту информацию и записать ее в свой дневник положительных событий. Роберту попросили каждый день собирать информацию о том, когда она помогала другим. Поскольку она работала в “сфере оказания помощи нуждающимся”, Роберта смогла записать много эпизодов помощи другим в течение недели. И когда это обсуждалось на терапевтическом сеансе на следующей неделе, она смогла увидеть, что раньше она не обращала внимания на эту информацию. В последующие недели Роберта продолжала собирать положительные события по другим категориям, которые она создала. Так она начала заново оценивать свою значимость.

## 20.2. Поиск и устранение проблем

---

Пациент может обнаружить не очень большое количество данных, собранных в его журнале. Падески [Padесky, 1994] предполагала, что пациентам трудно искать доказательства, в существование которых они не верят, поскольку дезадаптивные базовые убеждения будут блокировать (в качестве стратегии выживания) любую адаптивную

информацию. Вначале, чтобы помочь пациенту собрать эти данные, врач должен внимательно прислушиваться к любым данным, которые спонтанно выявляются в процессе терапии и поддерживают новое адаптивное базовое убеждение. Важно также использовать сократовские вопросы, чтобы помочь пациенту изучить эти доказательства. Доказано, что пациенту поможет, если вначале он займет объективную/интеллектуальную позицию при сборе данных (например, скажет: “Неважно, если я эмоционально не верю, что это доказательство моего адаптивного базового убеждения в данный момент, но может кто-то другой поверит в это?”).

Опыт показывает, что, когда некоторые пациенты начинают собирать позитивные данные, окружающая среда может быть несколько токсичной, и вместо этого происходит укрепление старых негативных основных убеждений. Например, у одной пациентки был партнер, который настаивал на том, чтобы она всегда ходила с ним в паб, который он любил посещать со своими друзьями. Когда она начала регистрировать позитивные события для убеждения “Я интересный человек”, было получено очень мало доказательств, поскольку у нее не было ничего общего с людьми в этой среде. И каждый раз, когда она пыталась завязать разговор о чем-то, что ее интересовало, ее бойфренд унижал ее. Была подробно изучена эта невозможность получить какие-либо положительные данные. И было принято решение, что она попробует еще раз в более нейтральной обстановке на своем рабочем месте. В этой обстановке ей удалось получить позитивные данные, которые подтвердили ее новое убеждение. Однако из своего первого опыта она также узнала, что ей нужно больше думать о своих отношениях с партнером и завести больше собственных друзей, с которыми у нее есть что-то общее.



## Поведенческие эксперименты

Поведенческие эксперименты — это: “запланированные экспериментальные мероприятия, основная цель которых — помочь врачу и пациенту получить новую информацию. Эта информация помогает: 1) проверить достоверность существующих убеждений пациента о себе, других и мире; 2) построить и/или проверить новые, более адаптивные убеждения о себе и мире; и 3) внести вклад в развитие и проверку когнитивной формулировки” [Rouf et al., 2004]. Цель всех поведенческих экспериментов — опровергнуть предубеждения пациентов о той или иной форме опасности. Например, необходимо, чтобы пациент подверг себя воздействию ситуации, вызывающей тревожность, и действовал таким образом, чтобы проверить свое убеждение. Исключение — метод опроса. В этом случае пациент и врач составляют ряд вопросов, которые помогут проверить убеждения пациента и собрать новую информацию путем опроса других людей или наблюдения за окружающими.

В целом, поведенческие эксперименты преследуют три цели.

- Они помогают пациенту понять основные идеи, лежащие в основе КПТ — понять то, что убеждения были приобретены, их можно проверить, опровергнуть и обрести новые.
- Они помогают пациенту реструктурировать убеждения — пациент может понять, что причина, по которой он во что-то верит, не в том, что таков мир, а в том, что он научился видеть мир таким образом, в процессе взросления, из-за среды, в которой он находился.
- Они помогают изменить то, как пациент чувствует себя в определенных ситуациях — например, пациенты, которые могут чувствовать себя ужасно и неконтролируемо, когда смотрят на свой вес на весах, со временем могут перестать испытывать тревожность, поскольку они перестают верить, что их вес выйдет из-под контроля.

Поведенческие эксперименты всегда должны быть связаны с формулировкой случая (см. главу 8). Они дают пациентам возможность проверить свои тревожные прогнозы, которые вытекают из их предположений и основных убеждений.

## 21.1. Как разработать эффективные поведенческие эксперименты

---

В руководстве по поведенческим экспериментам в КПТ [Rouf et al., 2004] авторы выделили четыре этапа в разработке и проведении эффективных поведенческих экспериментов. К ним относятся: 1) планирование; 2) эксперимент; 3) наблюдение; и 4) обсуждение. На практике это происходит следующим образом. Сначала, основываясь на формулировке проблем пациента, врач и пациент планируют эксперимент по проверке одного из убеждений пациента. Затем пациент проводит эксперимент, идет наблюдение за результатами и вместе с терапевтом обсуждаются последствия эксперимента для убеждений. Затем врач и пациент планируют дальнейшие эксперименты, и цикл продолжается.

В руководстве [Rouf et al., 2004] выделяют два типа поведенческих экспериментов, которые соответствуют основным методологиям исследования и обычно используются в социальных науках. К ним относятся *проверка гипотезы* (ответ на вопрос: “Верно ли, что...?”) и *разведывание* (ответ на вопрос: “Что произойдет, если...?”). Выбор типа эксперимента зависит от вида убеждения и стадии лечения пациента.

### 21.1.1. Эксперименты по проверке гипотез

Эксперименты по проверке гипотез можно разделить на три типа.

*Проверка гипотезы А.* Это эксперименты, которые проверяют обоснованность определенной мысли. Например, пациент с булимией может верить, что регулярное эффективное питание приведет к тому, что он наберет значительное количество веса. Прежде чем пациент и врач смогут проверить альтернативное объяснение (например, что вес пациента не увеличится значительно), они проверяют убеждение пациента. Они постепенно изменяют структуру и содержание рациона пациента, чтобы вернуть его к более эффективному питанию, и определяют, увеличится ли его вес.

*Проверка гипотезы А в сравнении с гипотезой Б.* Это второй тип эксперимента, при проведении которого сравнивается первоначальное убеждение пациента с новой альтернативной точкой зрения, которая может быть более полезной. Например, со временем пациент с булимией может усомниться в своем первоначальном убеждении и выработать (с помощью терапевта) альтернативное убеждение — “регулярное эффективное питание не оказывает существенного влияния на вес”. Затем врач и пациент могут разработать серию экспериментов для дальнейшей проверки того, какое из двух предположений лучше объясняет наблюдаемую картину изменения или стабильности веса пациента с течением времени.

*Проверка гипотезы Б.* В этом типе эксперимента пациент и врач проверяют вновь приобретенные взгляды. Обычно такие эксперименты используются на более поздних стадиях терапии. Например, пациент с булимией, который достиг своего естественного веса, придерживаясь регулярного здорового питания, может с большей готовностью попробовать ряд продуктов, которых он раньше избегал. В качестве альтернативы врач может попросить пациента “расширить диапазон”, попробовать продукты, которые он никогда не ел раньше, или съесть значительно больше пищи в течение недели, чтобы проверить убежденность в том, что это может привести к значительному увеличению веса.

## **21.1.2. Разведывательные эксперименты**

Эти типы экспериментов подходят в тех случаях, когда пациенты действительно не имеют представления о когнитивных и поведенческих процессах, которые поддерживают их текущие трудности. Обычно эксперимент включает выполнение чего-то, что пациент никогда не делал раньше, и для чего у него нет четкого прогноза результата. Смысл эксперимента в данном случае заключается в том, чтобы пациент и врач выяснили, что произойдет, если пациент окажется в незнакомой ситуации или будет вести себя по-другому в знакомой ситуации. Например, пациент с анорексией, возможно, никогда не организовывал ужин для друзей из-за страха, что “никто не придет”. Врач может предложить пациенту организовать ужин, пригласить друзей, а затем понаблюдать за тем, что произойдет. Другой эксперимент может включать в себя разговор пациента с другом, партнером

или родителем в другой манере. Например, если пациент часто сдерживает спонтанное выражение своих истинных чувств при общении с близким другом, эксперимент может включать попытку быть более открытым в своих чувствах при общении. В другом контексте пациент может решить более настойчиво разговаривать с человеком, который его унижает или издевается над ним. После эксперимента врач и пациент могут совместно рассмотреть последствия открытий пациента для формулировки и плана лечения.

## 21.2. Наблюдательные эксперименты

---

В руководстве [Rouf et al., 2004] были представлены активные эксперименты (как описано выше), в которых пациент играет ведущую роль. В отличие от них, в наблюдательных экспериментах пациент — только наблюдатель. Такие эксперименты особенно полезны, когда активное участие в эксперименте слишком мучительно для пациента из-за его негативных (или даже катастрофических) убеждений о том, что произойдет. Например, пациент боится есть в общественных местах. Часто у таких пациентов есть убеждения о реакции окружающих на употребление определенных продуктов в их присутствии (например, что окружающие заметят и устанут на них, или что они будут делать замечания или унижать их). Пациенту следует понаблюдать за врачом в кафе, где он будет есть ряд “запрещенных” продуктов, указанных пациентом. В таком случае пациент сможет внимательно изучить реакцию других людей на такое поведение врача. Это может помочь проверить свои прогнозы без необходимости активного участия. Следующий шаг — проведение эксперимента самим пациентом.

## 21.3. Опросы

---

Опросные эксперименты заключаются в сборе данных путем наблюдения за событиями или опроса других людей. В лечении расстройств пищевого поведения чаще всего используются опросы для проверки убеждений пациентов о том, что другие люди считают важным. Например, различные пациенты проводили опросы, спрашивая друзей и коллег о том, что они считают привлекательным в женщинах или что заставляет их чувствовать удовлетворение своим телом. Следующие

примеры вопросов взяты из анкеты, которая была разработана совместно с пациентом, чтобы проверить его убежденность в том, что, как и он, “большинство людей постоянно думают о своей фигуре и весе и хотели бы быть стройнее”.

- Насколько вы довольны тем, как вы выглядите?
- Что оказывает наибольшее влияние на ваше отношение к себе? (Дайте варианты, включая внешний вид.)
- Как часто вы думаете о своей фигуре/весе?
- Какие чувства вы испытываете перед началом приема пищи?

Часто полезно, чтобы пациент спросил нескольких друзей и коллег, и врач также спросил нескольких человек. Нужно стремиться к тому, чтобы в опросе участвовало около 10 человек, так как это даст пациенту и врачу достаточно большое количество ответов на опросы, чтобы провести базовую статистику (например, “В процентах, сколько человек сообщили, что они довольны тем, как они выглядят?”). Кроме того, вопросы опроса всегда должны переходить от общего к конкретному. Например, при таком опросе можно начать с вопроса о мнении других людей о застенчивости (“Что вы думаете, когда видите, как кто-то смущается?”), а затем перейти к более конкретным вопросам, которые непосредственно проверяют убеждения пациента в дальнейшем (“Вы бы сказали, что люди, которые смущаются во время разговора без видимой причины, слабые или некомпетентные?”).



# Выводы

В этом разделе были описаны навыки КПТ, которые необходимы для изменения мыслей, эмоций и поведения при различных расстройствах, а также рассмотрены возможности их применения при расстройствах пищевого поведения. В следующем разделе рассматриваются методы КПТ, которые используются специально для воздействия на основные когнитивные элементы расстройств пищевого поведения: переоценка еды, веса и фигуры, а также образа тела.

## Раздел IV

# Решение проблем, связанных с переоценкой питания, фигуры и веса при РПП

В предыдущих разделах книги были рассмотрены возможности для использования общих навыков КПТ при лечении ряда симптомов, которые характерны для расстройств пищевого поведения, но могут встречаться и при более широком спектре расстройств. В этом разделе внимание будет сосредоточено на когнитивно-поведенческом лечении двух центральных когнитивных мишеней, характерных для расстройств пищевого поведения:

- на переоценке важности еды, веса и фигуры;
- на образе тела.

Хотя в этом разделе будут упоминаться некоторые методы, рассмотренные в предыдущем разделе, в последующих главах будут подробно описаны более конкретные методы реструктуризации этих убеждений.



## Переоценка питания, веса и фигуры

За годы развития когнитивно-поведенческого понимания расстройств пищевого поведения была определена общая для всех пациентов тема — существенное внимание, которое люди с расстройствами пищевого поведения уделяют своему весу, фигуре и приему пищи. Это чрезмерное влияние фигуры и веса на самооценку — ключевой диагностический критерий расстройств пищевого поведения. Если спросить пациента о его весе или питании, это, скорее всего, вызовет высокий уровень тревожности, который будет выражаться в целом ряде мыслей (например, “Я не могу даже *думать* о том, чтобы набрать вес!”). Действительно, многие пациенты настолько обеспокоены, что один из первых вопросов, который они могут задать врачу, — не собирается ли врач заставить их набирать вес. Взвешивание пациента — это часто тот момент, когда можно увидеть всю степень тревожности пациента, что позволяет врачу и пациенту полностью понять важность переоценки еды, фигуры и веса для преодоления РПП. Такая переоценка еды, фигуры и веса может понадобиться любому пациенту с расстройствами пищевого поведения, независимо от диагноза или веса. В рамках модели КПП такие убеждения и связанная с ними тревожность возникают из дисфункционального *защитного поведения* для определения самооценки [Fairburn et al., 2003]. В то время как большинство людей оценивают себя по целому ряду аспектов своей жизни, пациенты с расстройствами пищевого поведения оценивают себя исключительно по ограниченному набору критериев (например, способности быть худым). Такая ограниченная когнитивная направленность приводит к столь же ограниченным поведенческим моделям (например, контроль приема пищи). Таким образом, ограниченный набор убеждений и моделей поведения развивается в самоподдерживающуюся систему положительного подкрепления, как это показано в современных моделях КПП [Cooper, 1997; Cooper et al., 2004a; Fairburn et al., 2003]. Эта система еще сильнее поддерживается с развитием ограничительного питания — *защитного поведения*, когда пациент избегает приема пищи, чтобы снизить предполагаемый риск негативного результата

(например, неконтролируемое увеличение веса), а не избегает приема пищи, чтобы достичь предполагаемый позитивный результат (например, снижения веса).

Эти убеждения важны не только для непосредственной поддержки поведения при расстройствах пищевого поведения. Во многих случаях КПТ достаточно эффективно уменьшает поведенческие симптомы пациентов. Но КПТ не так эффективна в уменьшении чрезмерной озабоченности по поводу фигуры и веса [Wilson, 1999]. Учитывая роль переоценки еды, фигуры и веса в таких случаях, модель изменения поведения без сопутствующей когнитивной реструктуризации несет риск рецидива во многих подобных случаях.

Необходимо работать с чрезмерной озабоченностью едой, фигурой и весом как с основным поддерживающим РПП механизмом. Очень важно рассматривать эти убеждения как основные мишени лечения. И врач, и пациент должны четко понимать, что для того, чтобы КПТ привела к долгосрочному изменению поведения, необходимо изменить эти убеждения. Как авторы подчеркивали в главе 6, симптомы расстройств пищевого поведения часто имеют эгосинтонический компонент. Поэтому пациент может вкладывать много сил в поддержание своей системы убеждений. Действительно, нередко окружающие пациента люди (например, партнер) — часть этой системы, которая поощряет такие предположения, как “Если я буду худой, я буду более привлекательной” и “Если я наберу вес, мой партнер меня бросит”. С пациентами, которые не хотят менять свою систему убеждений, следует работать, используя мотивационную позицию, — подчеркивать обоснование и объяснять опасения относительно риска рецидива. Важно обсуждать такие изменения с пациентами. Это обязательное условие эффективного проведения КПТ, поскольку в конечном итоге устойчивое изменение поведения маловероятно, если сохранится такая оценочная модель.

## **22.1. Когнитивные и поведенческие проявления переоценки еды, фигуры и веса**

---

Как было описано в предыдущей главе, с помощью модели КПТ доказано, что существует три различных уровня мыслей: негативные автоматические мысли, предположения и базовые убеждения. Терапевты

лечили пациентов, которые сообщали о ряде негативных автоматических мыслей (например, “Я толстый”, “Я жирный”), связанных с едой, фигурой и весом. Такие негативные автоматические мысли часто обусловлены предположениями или “правилами жизни”, которых придерживается человек. Мысли, связанные с переоценкой питания, фигуры и веса, часто попадают в категорию *предположений*. Такие мысли часто — условные (т.е. они выражаются или могут быть реструктурированы в виде утверждений “если..., то...”). Предположения часто являются для человека способом преодолеть или компенсировать основное убеждение и обеспечить структуру или “правила” для жизни. Например, человек с основным убеждением “Я бездарный” может также иметь предположение “Если я буду худым, я буду более успешным”. Это будет его средством управления своим базовым убеждением, поскольку диета так поможет ему стать “способным”. Мы обнаружили эти предположения в записях пациентов о еде и мыслях, а также с помощью стандартизированных *методов исследования* [Cooper et al., 1997; Hinrichsen et al., 2006].

Предположения часто касаются связи между пищевым поведением и физическими изменениями. Они также могут касаться связи между питанием, фигурой и весом и личными, социально принятыми или желаемыми результатами (например, восприятие собственного интеллекта, популярности, успеха на работе). Если добавить эти вопросы в формулировку (см. главу 8), это поможет пациенту понять, как такие предположения или правила (как врачи их часто называют) поддерживают его расстройство пищевого поведения. Это также поможет врачу спланировать лечение, используя стратегии, описанные далее в этой главе.

Поэтому, прежде чем пытаться изменить убежденность в важности еды, веса и фигуры, крайне необходимо изучить базовые убеждения пациента, чтобы понять их идиосинкразическое выражение. Важно всегда использовать язык пациента. Будет полезно, если он придумает фразу, которая персонализирует “чрезвычайную важность еды, фигуры и веса” (например, “Мой вес имеет для меня огромное значение”; “Я не могу перестать думать о жире на животе”; “Я одержима своим весом”).

Большинство пациентов отмечают одно или оба из двух ключевых убеждений: вероятность того, что их питание выйдет из-под контроля (например, “Я не смогу съесть всего одно печенье, потому что я буду есть и есть, пока они все не закончатся”); и выход веса из-под контроля

(например, “Если я буду нормально питаться, то мой вес выйдет за пределы технических возможностей весов”). Для того, чтобы адаптировать КПТ к конкретному пациенту, очень важно выразить эти убеждения словами самого пациента. Однако у отдельных пациентов могут быть и другие убеждения, поддерживающие пищевое поведение, на уровне либо негативных автоматических мыслей, либо дисфункциональных предположений. К ним относятся мысли, связанные либо с восприятием пациента другими людьми (например, “Если я съем десерт, другие подумают, что я жадная”), либо с самовосприятием (например, “Если я ем меньше, чем другие, я в чем-то превосхожу их”). Эти убеждения нужно узнать у пациента (с использованием таких методов, как ведение пищевых дневников, сократовские вопросы и “падающая стрела”), проанализировать их и оценить по силе.

Как только эти убеждения будут определены, их необходимо включить в индивидуальную формулировку, чтобы составить план лечения для конкретного пациента. Для изменения этих убеждений требуется провести две процедуры, обе из которых основаны непосредственно на методе вопросов Сократа: прямые когнитивные вызовы (когнитивная реструктуризация) и поведенческие эксперименты. Каждая из них подробно обсуждается в этой главе и в других источниках [Cooper et al., 2000].

## 22.2. Формулировка случая с использованием переоцененных убеждений

---

Как было сказано выше, переоцененные убеждения имеют перво-степенное значение для понимания патологии моделей пищевого поведения. Поэтому важно, чтобы в формулировке случая (см. главу 8) врач и пациент указали “переоценку еды, фигуры и веса” (или более специфичный для пациента вариант). Терапевту и пациенту необходимо обсудить, как эти убеждения о чрезвычайной важности еды, веса и фигуры поддерживают его РПП, и какие специальные стратегии лечения, направленные на такие мысли, необходимо будет применить. На рис. 22.1 показан пример обычной формулировки с более подробным описанием этих убеждений. Они используются, чтобы объяснить пациенту конкретные мысли, которые определяют его поведение, связанное с расстройством пищевого поведения.



**Рис. 22.1.** Формулировка, которая показывает центральную роль убеждений относительно приема пищи, веса и фигуры на развитие и поддержание расстройств пищевого поведения

Иногда пациентам трудно представить, что их мысли и поведение могут быть неправильными или что они могут быть изменены. Кристин Падески [Padesky, 1994] определила, что предрассудки — это полезная аналогия для обсуждения этого с пациентами. Предрассудки — это убеждения, которых строго придерживаются, как будто они являются истиной, хотя на самом деле это не так. Однако человеку, придерживающемуся таких предрассудков, крайне трудно понять, что это всего лишь мнение и что другие могут его не разделять. Чтобы помочь пациентам понять, что у них могут быть предрассудки, направленные на них самих (например, “я толстый”; “я неудачник”), Падески предлагает пациентам подумать о ком-то из их знакомых, у кого есть предрассудки. Например, этот человек может быть расистом или сексистом, болеть за другую футбольную команду или придерживаться мнения, что “все женщины-водители — стервы”. Чтобы выяснить, как эти предрассудки



вливают на их друга, можно использовать метод вопросов Сократа. Как правило, пациент обнаружит, что его друг сохраняет свои предрассудки даже при наличии противоречивых доказательств, часто игнорирует или уничтожает такие доказательства. Полезное описание этой концепции есть в книге Хелен Кеннерли (Helen Kennerly) [*Kennerley, 2000*]. Здесь также представлена аналогия с футбольным болельщиком — убежденность в том, что выбранная им команда лучшая, приводит к тому, что проигрыш объясняется плохим зрением судьи, предвзятостью и т.д.! Большинство пациентов начнут проводить параллели со своими “предрассудками”. Нужно обсудить с пациентами, что, поскольку они так долго придерживались своих “предрассудков”, невозможно измениться в одночасье. Однако терапевту нужно убедить их, что автоматические мысли или убеждения не являются истиной. Поскольку пациенты так долго искали доказательства, подтверждающие только их предрассудки, теперь нужно совместно с терапевтом более взвешенно искать доказательства. В продолжение этого упражнения можно напомнить пациенту, что некоторые идеи, которых он в прошлом придерживался очень твердо, оказались совершенно неверными (например, люди раньше верили, что Земля имеет плоскую форму и является центром Вселенной, и потребовалось обнаружить много фактов, прежде чем они смогли поверить, что это не так). Необходимо также поговорить о роли когнитивного диссонанса в поддержании таких убеждений. Это можно сделать следующим образом.

“Я могу понять, почему вы считаете свое тело огромным — в конце концов, вам пришлось приложить столько усилий, чтобы сесть на диету. Для этого вы должны были убедить себя, что в этом есть смысл. Это нормальный образ мышления для любого человека — мы склонны концентрировать внимание на тех вещах, на которые тратим больше всего сил”.

Иногда пациент настаивает на том, что его не беспокоят вопросы питания, веса и фигуры. Например, пациент может сказать, что его питание было ограничительным в течение длительного периода времени, потому что он питался “здоровой пищей” (например, только фруктами). Он удивится, что именно такой режим питания связан с потерей веса. Считается наиболее эффективно рассматривать это утверждение как рабочую гипотезу (включить в формулировку, хотя и временно). Нужно предложить пациенту разработать новый рацион, содержащий

необходимые питательные вещества, которые обеспечат сбалансированное питание. Пусть соблюдает этот рацион в течение недели или двух. Это позволит врачу и пациенту выяснить, верна ли рабочая гипотеза. Если нет (как это обычно бывает) и пациент не способен питаться более сбалансированно, тогда можно использовать сократовские вопросы. А потом начать исследовать возможность того, что у него есть сильные убеждения, связанные с переоценкой питания, веса и фигуры. Это приводит к формулировке, которую пациент с большей вероятностью примет в качестве основы для лечения.

Некоторые пациенты с расстройствами пищевого поведения заявляют, что раньше у них была такая система убеждений, но теперь ее нет, и это оказывается верным при дальнейшем исследовании. Обычно это пациенты, которые болеют уже несколько лет. Во многих случаях переоценка питания, фигуры и веса присутствовала, когда РПП только начало развиваться, но со временем функция сместилась. Обычно в таких случаях функция смещается в сторону эмоциональной регуляции [McManus & Waller, 1995]. В этих случаях нужно выяснить, что изменилось в системе убеждений пациента. И как он оценивает себя сейчас, изменив формулировку соответствующим образом (возможно, добавив переоценку как “неактивную” часть формулировки, чтобы пациент мог увидеть ее роль в развитии расстройств). В таких случаях лечение, скорее всего, будет направлено на эмоциональные предшествующие и поддерживающие факторы (глава 25).

### **22.3. Предупреждение пациента о важности переоценки: круговая диаграмма самооценки**

---

Многие пациенты знают о том, какое значение они придают контролю за питанием, фигурой и весом. В тоже время они могут быть менее осведомлены о том, как это взаимодействует с другими сферами их жизни и об ограничениях такой системы убеждений. Доказано, что круговая диаграмма “самооценки”, проиллюстрированная Фэйрберном [Fairburn, 2004], — очень полезная отправная точка для того, чтобы заставить пациентов задуматься о том, как они оценивают себя. Можно представить ее следующим образом.

“Большинство из нас оценивают себя по тем или иным аспектам нашей жизни. По каким аспектам вы оцениваете себя? Какие сферы жизни

заставляют вас чувствовать себя хорошо, если в них все хорошо, или плохо, если в них все плохо?.. Я нарисую на доске круг в виде круговой диаграммы, а затем мы заполним его тем, что вы предложите. С чего вы хотите начать... и какую долю мы должны на это выделить?”

Возможно, нужно подсказать пациенту или привести примеры (например, “Мой друг очень хорошо играет на пианино, и это важно для него”). Одно из преимуществ выполнения этого упражнения на доске — то, что можно изменять пропорцию, отведенную каждой жизненной сфере.

На рис. 22.2 представлен пример заполненной круговой диаграммы. Когда пациенты смотрят на свою круговую диаграмму на доске, они часто понимают, что переоценка питания, фигуры и веса гораздо важнее, чем они считали ранее. У них возникают различные эмоциональные реакции на это, и многие из них шокированы, опечалены, рассержены или сожалеют о том, что другие сферы жизни (такие как семья или отношения) не получают должного внимания. Вместо этого они уделяют очень много внимания своей внешности. Затем терапевт и пациент могут вместе изучить круговую диаграмму.

“Глядя на свою круговую диаграмму, что вы думаете о том, как вы оцениваете себя? Насколько полезно или бесполезно так думать?”

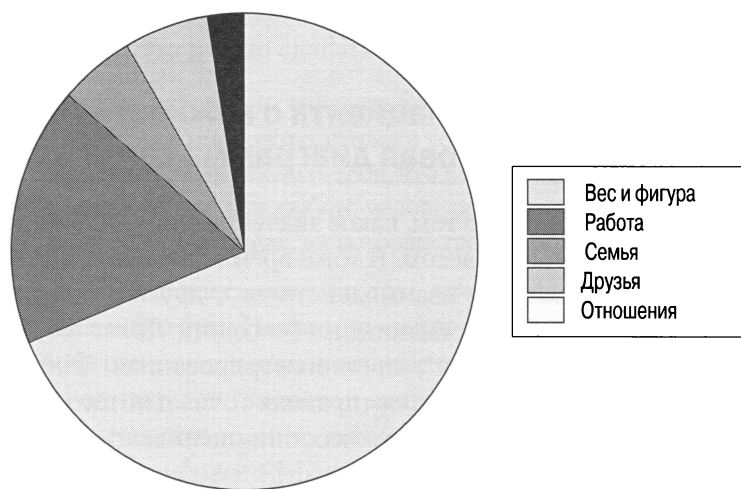


Рис. 22.2. Круговая диаграмма текущей самооценки пациента

Важно отметить порядок приоритетов, которые отдает пациент различным сферам жизни. Нужно заполнять круговую диаграмму по часовой стрелке сверху вниз. Важно подчеркнуть, что пациент отдает приоритет питанию, весу и фигуре, ставит это на первое место (и часто выражает сожаление о том, что мало уделяет внимания друзьям, семье и т.д., думает об этом в последнюю очередь и не в силах это изменить).

Используя метод вопросов Сократа, нужно обратить внимание пациента на две потенциальные трудности с его нынешним методом самооценки и побудить его к разработке альтернативных стратегий. Во-первых, существует дилемма “все яйца в одной корзине”, которая демонстрирует, что пациент участвует в очень рискованной стратегии. Если все пойдет не так, он будет чувствовать себя очень плохо (например, “Если я наберу пол килограмма, я буду чувствовать себя ужасно”). Полезная аналогия — трудоголик, которого сократили и он чувствует, что у него ничего не осталось в жизни. Цель — побудить пациента рассмотреть более сбалансированную модель самооценки, которая позволит ему справиться с разочарованием или неудачей в одной сфере, получив успех или удовлетворение в другой или в нескольких других сферах.

Вторая трудность, которая была выявлена авторами, заключается в выборе сфер жизни. Если использовать питание, вес и фигуру в качестве ключевой области, то возникает проблема, ведь такие цели очень трудно достичь и контролировать, и это очень дорого осуществлять.

Чтобы помочь пациенту разобраться в следующих моментах, можно использовать метод вопросов Сократа.

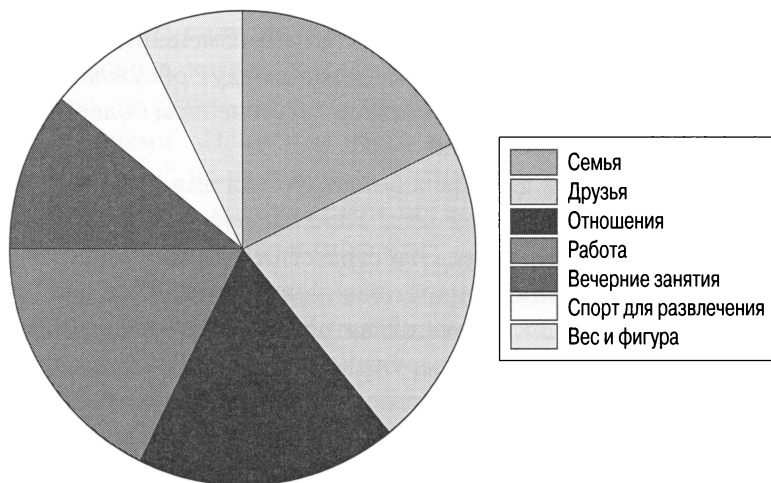
- Они всегда будут видеть кого-то, кто стройнее или привлекательнее их (тем более, что их образ тела потенциально искажен), при этом невозможно почувствовать себя лучшим.
- Эта сфера особенно подвержена проблеме “смещения целей”, наиболее яркий пример — постоянное снижение уровня “приемлемого” веса.
- Сосредоточенность на этой сфере обходится очень дорого (например, плохое самочувствие, госпитализация).
- Концентрация внимания на этой сфере ограничивает способность преуспеть в других областях (например, сконцентрироваться на работе, поддерживать дружеские отношения, иметь

детей) и даже может быть внутренне противоречивой (например, ограничительная диета может ограничить способность преуспеть в плане физического развития).

Некоторые пациенты утверждают, что они ничем не отличаются от многих знакомых им людей, которые также придают большое значение своей внешности. Это является возможностью внедрить континуальное мышление. Нужно признать, что большинство людей, не страдающих расстройствами пищевого поведения, придают определенное значение своей внешности. Они контролируют приемы пищи, фигуру и вес. Однако, используя сократовские вопросы, можно выяснить у пациента, чем эти люди отличаются от него, в том смысле, что их озабоченность по поводу еды, формы и веса сдерживается самооценкой в других сферах. Это и позволяет им чувствовать себя успешными, даже если они не самый худые среди тех, кого они знают. Если очевидно, что этот “другой индивид” придает такое же значение еде, фигуре и весу, обычно можно представить его как человека, имеющего проблемы с питанием, и вызвать у пациента предположение, что у этого человека, по-видимому, те же проблемы, что и у пациента.

Процесс лечения расстройств пищевого поведения нужно организовать как компромисс — работать не только над снижением важности сферы питания, фигуры и веса, но и над повышением важности ряда других существующих или новых сфер. Без такого обмена трудно мотивировать пациента на участие в лечении, поскольку он чувствует, что останется без ничего. Учитывая это, полезно будет в качестве домашнего задания попросить пациента нарисовать “идеальную” круговую диаграмму: как бы он хотел сбалансировать свои жизненные сферы, чтобы достичь своих личных ценностей [Vitousek, 2005]. Пример приведен на рис. 22.3 для сравнения с “текущей” круговой диаграммой. Если спросить пациента о том, чем он занимался раньше или всегда хотел заниматься, можно оживить ранее существовавшие личные ценности и сгенерировать новые идеи. Особенно полезно рассмотреть, чем пациент занимался до появления симптомов расстройств пищевого поведения. Например, стремление к худобе могло заставить его отказаться от хобби или друзей (например, чтобы избегать ресторанов). Эта круговая диаграмма часто заполняется иначе, чем предыдущая. В том смысле, что все остальные сферы

рассматриваются прежде, чем вес и фигура. Когда пациент так поступает, стоит обратить внимание на изменение акцентов в его мышлении на более широком уровне (еда, вес и фигура не просто менее важны, но и больше не приоритетные).



**Рис. 22.3.** Круговая диаграмма идеальной самооценки пациента

При использовании этого метода можно столкнуться с двумя проблемами. Во-первых, для некоторых людей текущая круговая диаграмма может показаться более сбалансированной, чем другие, пока в ходе обсуждения не выяснится, что доминирующая тема — необходимость быть совершенным во всех областях круговой диаграммы. Важно обратить внимание пациента на эту закономерность, чтобы поднять вопрос о том, не слишком ли много он пытается сделать (из-за чего он может потерпеть неудачу во всех сферах) и как можно вернуть в его жизнь равновесие. Такие пациенты, скорее всего, будут иметь высокий уровень перфекционизма [Shafraan et al., 2002; Slade, 1982] и их общий стиль мышления будет связан с широкой переоценкой достижений [Fairburn et al., 2003]. Поэтому лечение, возможно, придется модифицировать в соответствии с этим. Во-вторых, пациент может выразить беспокойство по поводу того, что он не сможет полностью отказаться от внимания к еде, фигуре и весу. Это повод вернуться к вопросу о расширенном мышлении, и подчеркнуть, что эта сфера все еще может быть представлена, но в меньшей степени.

## **22.4. Когнитивные и поведенческие стратегии лечения для изменения переоценки еды, веса и фигуры**

---

Прежде чем подробно описать стратегии лечения, важно повторить, что данная глава посвящена исключительно изменению переоценки еды, фигуры и веса. Используемые методы будут обсуждаться более широко в следующей главе. Это связано с изменением более широкого спектра убеждений и поведения.

Нужно использовать две ключевые стратегии для решения проблемы переоценки еды, фигуры и веса: *когнитивную реструктуризацию* и *поведенческие эксперименты*. Эти стратегии уже обсуждались в главах 18 и 21. Но здесь будут конкретно описаны возможности применения этих инструментов к основной патологии расстройств пищевого поведения. Авторами было обнаружено, что эти стратегии наиболее эффективны, если сначала использовать когнитивную реструктуризацию, чтобы “ослабить” убеждение и предоставить предположение, что это убеждение — не на 100% точное, в духе “любопытного терапевта”. Можно предварительно выдвинуть гипотезу об альтернативных убеждениях. За этим следует поведенческий эксперимент, который поможет предоставить конкретные доказательства в поддержку альтернативного убеждения и дискредитировать первоначальное убеждение или наоборот. Фактическое проведение запланированного поведенческого эксперимента и поощрение пациентов к изменению поведения (такого как проверки тела, употребление слабительных и частое взвешивание) очень важно для того, чтобы пациент смог изменить свои убеждения на когнитивном и эмоциональном уровне.

### **22.4.1. Когнитивная реструктуризация**

#### **22.4.1.1. Оценка доказательств за и против убеждения**

При использовании сократовских вопросов, для того чтобы помочь пациенту перестроить эти убеждения, нужно пройти шесть основных шагов. Использовать записи мыслей — полезный способ структурировать этот процесс. Нужно поощрять пациента к выявлению таких мыслей в рамках домашнего задания.

- *Шаг 1. Согласие с “текущим убеждением”.* Если убеждение является предположением, нужно обозначить его как утверждение “если..., то...”, используя язык пациента (например, “Ты никому не нравишься, когда ты толстый” может превратиться в “Если я толстый, то я не буду нравиться людям”). Кроме того, попросите оценить силу этого убеждения (например, 90%). Также важно выяснить, когда и как возникло это убеждение, и посмотреть, можно ли сузить круг убеждений, например, люди могут стать “мужчинами”. Пациенты часто воспринимают такие убеждения как “истину”, но изучение развития убеждения (включая определение времени, когда пациент так не думал) будет способствовать лучшему пониманию и гибкости.
- *Шаг 2. Поиск доказательств в пользу убеждения.* Хотя пациент скорее всего сможет быстро найти подтверждающие доказательства (например, “Дети в моем классе сказали мне, что я им не нравлюсь, потому что я толстый”), его может удивить, что доказательств не так уж и много. Терапевту, возможно, придется более подробно изучить эти доказательства вместе с пациентом, чтобы убедиться, что спектр когнитивных искажений можно идентифицировать (см. ниже). Это должно быть основано на искреннем интересе со стороны врача, чтобы пациент чувствовал, что врач действительно хочет узнать о его убеждениях. И не должно выглядеть так, как будто врач просто указывает на то, что его убеждения плохо обоснованы. Такой подход подразумевается в позиции “любопытного терапевта”.
- *Шаг 3. Поиск доказательств против убеждения.* Неудивительно, что в первом случае пациенту может быть значительно труднее. Поэтому важно помочь пациенту создать эту доказательную базу на основе его прежнего опыта (и, опять же, выявить когнитивные искажения, которые приводят к тому, что пациент пропустит или отбросит эти доказательства). Вопросы, которые могут в этом помочь, должны быть основаны на том, что это убеждение пациента (а не на том, что вы сомневаетесь в нем, чтобы пациент почувствовал это), и могут включать в себя вопросы, подобные приведенным ниже.
  - Было ли когда-нибудь время, когда вы так не думали?
  - Бывало ли такое, что вы не передали пиццей?



- Согласны ли ваши друзья или семья с вашим убеждением, что вы толстый, или они склонны спорить с вами?
- *Шаг 4. Определение когнитивных искажений, которые могут объяснить приверженность этому убеждению.* Полезно обсудить с пациентом когнитивные искажения в целом на стадии психобразования, а затем вернуться к этой теме, чтобы побудить пациента четко сформулировать, как эти искажения могут влиять на его убеждения и поведение. Можно предложить пациенту составить карту наиболее распространенных искажений. Например:
  - черно-белое мышление (например, “Я не смогу съесть только одно печенье, я должен съесть всю пачку”) (см. раздел 22.4.1.2, где более подробно описаны конкретные подходы к этому искажению);
  - катастрофизация (например, “Если я буду весить больше 55 килограммов, моя жизнь закончится”);
  - суеверное мышление (например, “Даже мысль о нормальном питании заставит меня набрать вес”).

Нужно также попросить пациентов представить, что бы они чувствовали или делали, если бы у них не было этих искажений (например, “Мне пришлось бы гораздо дольше выяснять, считают ли меня окружающие нормальной”; “Возможно, я бы не так сильно корила себя”), чтобы можно было понять плюсы и минусы этих способов “упрощения” взглядов на мир.

- *Шаг 5. Разработка “альтернативного убеждения”.* Альтернативное убеждение — это убеждение, которое противоречит “текущему убеждению”, хотя оно будет менее жестким. Контраст между доказательствами в пользу текущего убеждения (например, “Люди будут смотреть на меня и комментировать, если я не буду прикрываться как можно сильнее”) и доказательствами того, что оно больше не применимо или что оно было ограниченным в то время (например, “Такое случалось в школе, но это было связано с тем, что мои «друзья» были жестокими”), должен привести к альтернативному убеждению (например, “Возможно, люди не будут комментировать меня больше, чем других, и это может не иметь значения”). Снова попросите пациента оценить силу этого убеждения

(например, 30%). Сила этого убеждения, скорее всего, будет меньше, чем “текущего убеждения”. Поэтому следующий (и последний) этап — ключевой в изменении дезадаптивного убеждения.

- *Шаг 6. Поиск доказательств для сопоставления убеждений.* Он включает в себя как дальнейший исторический обзор, так и изучение текущего опыта.

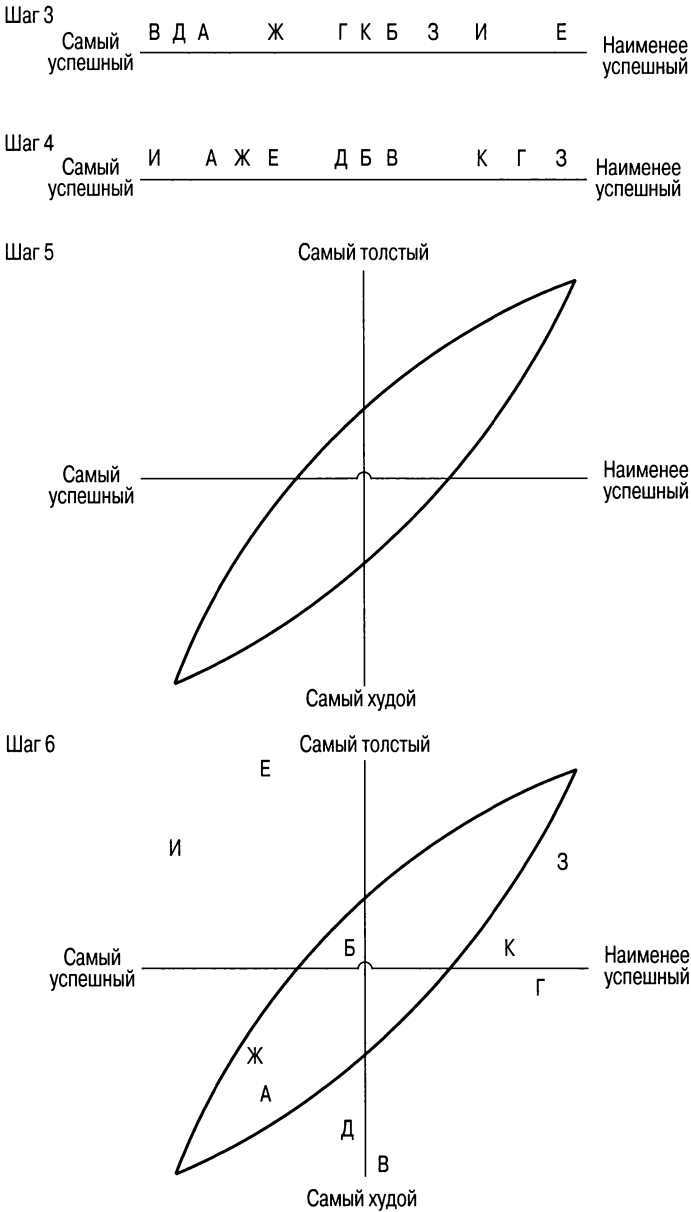
Например, пациента можно попросить проследить, не выходит ли его питание из-под контроля (например, записать, сколько раз он съел “запрещенную” пищу без переедания, чтобы определить точность его убеждений; определить, является ли употребление “запрещенной” пищи или отсутствие углеводов в течение предыдущих 12 часов предшествующим фактором эпизода переедания), и изучить поведение других людей по отношению к нему (например, определить, относятся ли другие к нему по-другому, потому что он позавтракал). Нужно использовать такой метод в качестве домашнего задания, чтобы побудить пациента подумать о том, как бы он чувствовал себя или действовал, если бы ему не приходилось действовать по правилам, вытекающим из его переоценки еды, веса и фигуры (например, как бы он чувствовал себя после десерта, если бы у него не было убеждения, что другие посчитают его жадным?). Это позволит врачу вместе с пациентом оценить плюсы и минусы таких убеждений. Опять же, такая переоценка будет полезна сама по себе. Но больше всего она нужна, чтобы освободить мышление пациента настолько, чтобы он мог начать проводить поведенческие эксперименты, описанные ниже.

#### **22.4.1.2. Использование расширенного мышления для изменения переоцененных убеждений**

Особая проблема пациентов с РПП заключается в том, что они придерживаются очень жестких убеждений, которые в значительной степени персонализированы. С такими убеждениями пациенту очень сложно бросить вызов мыслям с помощью когнитивной реструктуризации, как описано выше. Поэтому очень важно, чтобы терапевт работал с черно-белым мышлением и сделал возможным такое гибкое мышление. Расширенное мышление — это хорошо зарекомендовавшая себя техника в КПТ [Padesky, 1994]. Однако есть доказательства, что с множествами нужно работать более сложным образом, обучая пациента

методам преодоления двух убеждений одновременно. Например, если пациент считает: “Худые люди всегда более успешны”, то нужно использовать следующий вариант расширенного мышления.

- *Шаг 1.* Запишите текущее убеждение и оцените его силу (“Худые люди всегда более успешны” — 90% уверенности).
- *Шаг 2.* Попросите пациента записать имена десяти человек, которых он знает (друзей, родственников или знакомых, но не себя). Количество этих людей можно ограничить, только если убеждение конкретизировать соответствующим образом (например, если пациент считает, что успешны только худые *женщины*, то список должен состоять из женщин).
- *Шаг 3.* Пусть пациент проведет линию, один конец которой обозначит как “самый худой”, а другой — как противоположный (на языке пациента, например, “наименее худой”, “самый толстый”), и расположит выбранных людей в соответствующих местах на этой линии (начиная с людей, занимающих крайние точки на линии). Важно отметить, что некоторые пациенты могут испытывать дискомфорт при навешивании ярлыков на людей таким образом. В таком случае их нужно заверить, что это необходимо сделать ради проведения эксперимента. До этого момента это обычное расширенное мышление.
- *Шаг 4.* На новом листе бумаги (чтобы избежать влияния предыдущего спектра) попросите пациента повторить шаг 3, но с линией, обозначенной от “наиболее успешного” до “наименее успешного” (опять же, с терминами, которые имеют смысл для пациента). Теперь есть два континуума, основанные на одних и тех же людях.
- *Шаг 5.* Представьте текущее убеждение в виде диаграммы (рис. 22.4), сказав: “Итак, ваше убеждение заключается в том, что успешными являются только худые люди. Если я правильно понял, и мы соединим эти две линии так (*нарисовать линии под прямым углом на белой доске*), то мы отобразим выбранное вами убеждение в виде диаграммы (см. рис. 22.4), а затем нанесем выбранных вами людей на этот график. Их нужно расположить вдоль этой линии (*рисуем линию под углом 45 градусов к обеим осям*): худые люди будут успешными, толстые люди будут менее успешными,



**Рис. 22.4.** Диаграмма, на которой продемонстрированы основные шаги в процессе составления пар множеств для проверки убеждения “Худые люди всегда более успешны” (каждая буква обозначает одного человека)

а все остальные будут располагаться вдоль линии соответственно. Я правильно понял? (*Пациент соглашается.*) “Хорошо, но вы также сказали, что верите в это только на 90%, а не на 100%. Поэтому, вполне вероятно, что они не попадут точно на линию в каждом случае. Давайте определим приблизительно их позиции, отметим очень близко к линии, не точно на нее. Мы можем сказать, что все они должны попадать в эту узкую область вокруг этой линии (*нарисуйте эллипс вместо диагональной линии, причем плотность эллипса определяется степенью уверенности*). Это справедливо? (*Пациент соглашается.*) На что бы это указывало, если бы эти люди не вписывались в этот шаблон (порождая альтернативное убеждение), и насколько сильно вы в это верите?” (*Обычно 0% или другая очень низкая степень уверенности.*)

- **Шаг 6.** Проверка точности текущего убеждения должна проходить с позиции “любопытного клинициста”, который хочет узнать, верна ли идея или нет: “Хорошо, давайте посмотрим, насколько это верно. Давайте начнем с кого-нибудь из вашего списка”. (*Случайным образом или в алфавитном порядке выберите человека из списка, отметьте его на графике.*) Так можно подтвердить, что информация о людях, выбранных пациентом, всегда опровергает его убеждения (т.е. они разбросаны по графику, а не находятся на линии предубеждения или в эллипсе). Важно проработать всех людей, не вынося никаких суждений о точности расположения человека на графике (относительно предсказания пациента). Так терапевт может сохранить сократовскую позицию и побудить пациента работать дальше, а не чувствовать, что он знает меньше, чем врач. Поэтому врач должен сказать что-то вроде: “Хорошо, я думаю, что нам нужно подумать об этом убеждении. Кажется, оно не относится к тем людям, которых вы выбрали. Почему так происходит?”
- **Шаг 7.** Пациенту следует заново оценить силу своего убеждения и попытаться переформулировать его (например, правильно ли он выбрал атрибут, который ассоциируется с худобой; выбрал ли он подходящих людей?). Пациенты часто приходят к выводу, что степень важности худобы нужно определять по атрибуту, который отличается от выбранного ими изначально (например,

привлекательность, а не успех). Это приведет непосредственно к следующему шагу.

- *Шаг 8.* Пациенту необходимо повторить это упражнение в качестве домашнего задания, чтобы посмотреть, сможет ли он определить, какие признаки достоверно ассоциируются с худобой, ограничениями и т.д. Опять же, убеждения можно обсудить с врачом и оценить на прочность вначале. Но пациент может взять на себя ответственность и инициативу на этом этапе.
- *Шаг 9.* Врач использует сократовские вопросы, чтобы пациент убедился, что убеждение “худоба приводит к атрибуту X” — нерациональное. Но пациенту важнее понять, что “атрибут X” (например, контроль, счастье, дружеские отношения) — ключ к тому, к чему он стремится. Это приводит к обсуждению других возможных способов для достижения “атрибута X”, а не диеты и т.д.

Опять же, эта техника ценна тем, что позволяет освободить мышление человека настолько, чтобы он смог рассмотреть возможность участия в поведенческих изменениях и экспериментах. Здесь важно отметить два момента. Во-первых, пациентам иногда будет казаться, что они чувствуют, что стратегию нельзя применить к другим людям, только к их ситуации. В таком случае сократовские вопросы полезно расширить и спросить, почему они применяют это правило только к себе. Такой подход — часто средство для выявления важных мыслей на уровне основных убеждений и для начала изменения таких убеждений на уровне моделей (глава 25).

Во-вторых, диаграммы пациента иногда показывают, что есть два человека, которые обычно занимают позиции, наиболее ярко иллюстрирующие данное убеждение (например, сестра с избыточным весом, которую считают непривлекательной/глупой/неинтеллигентной и худая мать, которую считают привлекательной/умной/яркой). В таких случаях нужно помочь пациенту определить, что он основывает свою систему убеждений на двух значимых людях, которые сами по себе — не идеал по отношению к другим людям, которых пациент знает. Опять же, если рассмотреть вопрос о том, почему пациенты оценивают себя таким образом, это приведет к тому, что они ослабят свои сравнения и смогут попробовать провести поведенческие эксперименты или рассмотрят убеждения на уровне моделей.

### 22.4.1.3. Опросы

Если пациенту трудно получить доказательства, чтобы сопоставить текущее убеждение с его альтернативой, опрос — эффективный способ для расширения кругозора. Это особенно важно, когда убеждение связано с мнением других людей, а не с чем-то, что можно сделать объективным (например, “Другие люди всегда уверены в том, как они выглядят”) или когда убеждение трудно проверить с помощью поведенческих экспериментов, поскольку оно слишком зависит от случайности или поведения других людей (например, “Я недостаточно красива, чтобы найти себе парня”). Необходимо провести опрос для проверки таких убеждений (противопоставить их потенциальным альтернативным убеждениям), где человек и врач параллельно ищут доказательства. Чтобы показать, что высказанные мнения — это не просто случайность, когда друзья пациента добры или врач пытается предвзято оценить результаты, важно чтобы и пациент, и врач параллельно проводили свои опросы.

Врач предлагает узнать мнение еще десяти человек (десять человек — это удобно для последующего подсчета процентов). Это могут быть либо люди, работающие в больнице, либо знакомые пациента. Независимые и анонимные участники — часто наиболее ценные, поскольку они позволят пациенту воспринимать мнения объективно. Пациент и врач разрабатывают вопросы вместе. Поскольку у пациентов может быть склонность к составлению вопросов, которые противоречат их первоначальным убеждениям (например, “Важно ли вам, чтобы ваш партнер был худым?”), врачу нужно поощрять включение других, более открытых вопросов (например, “Какие три характеристики партнера для вас наиболее важны?”). Соответствующие вопросы нужно напечатать на листе бумаги и раздать каждому. При этом врач и пациент должны получить по пять листов с ответами в течение следующей недели. Текущее убеждение пациента нужно противопоставить альтернативному убеждению и каждое из них необходимо оценить (например, “Никто не считает, что женщина может найти себе парня, только если она не худая” — оценка 85%; “Другие люди считают, что худоба — не самое важное достоинство, на которое следует обращать особое внимание, при поиске парня” — оценка 20%). Опрос позволит проверить эти убеждения, тем самым поможет пациенту рассмотреть альтернативные интерпретации и возможные поведенческие эксперименты.

**Пример из практики: Джемма**

Джемма считает, что для того, чтобы у нее был парень, необходимо быть худой. Она уверена, что все разделяют это убеждение и ставят “хорошую фигуру” на первое место в списке достоинств, которые они ищут в партнере. Джемма и терапевт договорились, что она попросит каждого из своих друзей и знакомых перечислить три важные качества, на которые они в первую очередь обращают внимание при поиске партнера. Когда врач и Джемма просматривали результаты на следующем сеансе, Джемма с удивлением обнаружила, что при опросе были самые разные ответы (например, чувство юмора; доброта; интересный; красивые волосы), и что большинство даже не упоминало худобу. Терапевтическая дискуссия переходит к тому, что Джемма рассмотрела другие причины, почему у нее нет парня в настоящее время (например, ее не впечатляют мужчины, которых она знает в настоящее время; она избегает общественных мероприятий из-за беспокойства по поводу своей внешности).

Терапевты часто используют видеозаписи, чтобы усилить влияние этого метода при работе с завышенной оценкой значения веса и фигуры (например, “Я такая толстая, что выгляжу как беременная на 6 месяце”). Пациент должен оценить свою уверенность в этом убеждении и в альтернативном убеждении. Нужно снять короткое видео с пациентом (часто при попытке преувеличить характеристику, которая его беспокоит). Например, попытку принять позу, которая, по его мнению, подчеркивает его талию. Видео можно использовать для проверки убеждений (например, “Первое, что люди заметят во мне, это мой живот” — оценка 90%; “Большинство людей увидят во мне другие характеристики, а не мой живот” — оценка 5%). Опять же, это позволит провести прямое сравнение ключевых убеждений, если попросить людей определить, на что они больше всего обратили внимание на видео о пациенте. Этот элемент когнитивной реструктуризации — первый шаг к постановке конкретных поведенческих экспериментов (например, ношение одежды, которая не скрывает тело, и обнаружение того, что это не вызывает негативных комментариев со стороны окружающих).

**22.4.2. Поведенческие эксперименты**

Три описанных выше метода когнитивной реструктуризации направлены на “ослабление” твердого убеждения и выработку возможных



альтернативных убеждений. Во многих случаях, даже несмотря на такое воздействие, пациент все еще в значительной степени придерживается первоначального убеждения. На этом этапе можно представить обоснование для проведения поведенческого эксперимента.

Ключ к успешному поведенческому эксперименту — четкая идентификация убеждений, которые способствуют возникновению нерациональных моделей поведения, и конкретных предубеждений пациента о том, что произойдет, если его страх окажется обоснованным (т.е. доказательства “текущего убеждения”) и что произойдет, если его страх окажется необоснованным (т.е. доказательства “альтернативного убеждения”). Эксперимент нужно проводить совместно в стиле любопытного клинициста, чтобы пациент не чувствовал давления, при котором его заставляют генерировать альтернативы, которые не имеют для него особого значения. Чтобы определить альтернативы предубеждениям следует использовать сократовские вопросы. Поскольку пациенты часто считают, что альтернатив не существует, полезно напомнить им информацию по этой теме из психообразования, проведенного ранее (см. главу 13), чтобы помочь в создании таких прогнозов.

При проведении поведенческих экспериментов есть два важных момента, которые пациент должен четко понимать. Во-первых, при проведении эксперимента важно вносить конкретные изменения, но сохранять как можно больше составляющих привычного образа жизни в неизменном виде, включая пищевое поведение (например, если добавить еще один перекус в рацион, но пациент будет компенсировать его дополнительными физическими упражнениями — невозможно будет получить подлинную информацию о потенциальном влиянии на вес). При проведении поведенческих экспериментов, связанных с опасениями по поводу увеличения веса, нужно обязать пациента не взвешиваться между сеансами. Важно объяснить пациенту, что это позволит избежать отказа от эксперимента пациентом только потому, что в один из дней недели между сеансами у него произошло однократное колебание веса. Во-вторых, “случайный” эксперимент (например, пациент меняет вид йогурта, потому что его любимой марки не было в продаже, и это никак не влияет на его вес) с меньшей вероятностью будет эффективным, чем “запланированный” эксперимент (например, пациент намеренно переходит на новый йогурт, чтобы определить, повлияет ли

это как-то на его вес). Вероятность того, что запланированный эксперимент окажется эффективным, выше, поскольку пациент сможет заранее оценить “альтернативное” убеждение. Результат запланированного эксперимента пациенту сложнее отрицать. Однако “случайные” эксперименты также имеют ценность. В некоторых случаях они полезны для пациента, ведь побуждают его попробовать запланированный эксперимент, демонстрируют, что текущие убеждения не являются на 100% точными.

#### **22.4.2.1. Поведенческие эксперименты для опровержения убеждений о неконтролируемом увеличении веса**

Следующий пример демонстрирует поведенческий эксперимент, разработанный для проверки убеждения, что нормальное питание спровоцирует неконтролируемое увеличение веса. Как всегда, важно начинать поведенческий эксперимент с уровня, на котором у пациента есть определенная тревожность. Но эта тревожность не должна быть настолько подавляющей, чтобы пациент не смог его выполнить. Те же принципы следует применить, независимо от количества, которое пациент боится съесть (будь то три приема пищи в день или одно печенье в неделю), или от модели поведения (например, начать есть в определенное время).

#### ***Пример из практики: Карен***

Карен проходит лечение от ограничительной нервной анорексии. Хотя она хорошо вовлечена и мотивирована, ей трудно увеличить количество приемов пищи до трех раз в день. Карен и ее врач совместно определили, что ее трудности вызваны убеждением, что трехразовое питание приведет к резкому увеличению веса. Ключевой элемент — предлагаемое изменение поведения должно порождать мысли, которые приводят к тревожности, хотя и на терпимом уровне.

Если такой тревожности нет (например, пациентка считает, что предлагаемое изменение поведения никак не повлияет на ее вес), то маловероятно, что мысли, которые реструктурируются при проведении поведенческого эксперимента, критические для пациентки.

---

**Основные цели  
и принципы**


---

*Неделя 1*

- Терапевт.** Итак, Карен, похоже, вы убеждены, что если вы будете питаться три раза в день, то ваш вес будет стремительно расти. *Установить “текущее” убеждение*
- Карен.** Да, именно так и произойдет.
- Терапевт.** Хорошо, теперь я понимаю, почему вам было так трудно принимать пищу три раза в день. Однако мне интересно, как мы можем быть уверены, что то, что, по вашему мнению, произойдет, действительно случится? Как вы думаете, мы могли бы попробовать провести эксперимент?
- Карен.** Мммм, хорошо.
- Терапевт.** Как вы думаете, сколько веса вы наберете за неделю, если будете питаться три раза в день? *Уточнить прогноз*
- Карен.** Безусловно, 5 килограммов!
- Терапевт.** Насколько вы уверены в этом по шкале от 0 до 100%? *Оценить уверенность в этом убеждении*
- Карен.** На 95%, может быть, больше.
- Терапевт.** Значит, вы вполне уверены в таком исходе. Хорошо, тогда какие еще возможны исходы?
- Карен.** Ну, я помню всю информацию из раздаточного материала, который вы мне дали, о том, как трудно набрать вес — сколько нужно есть. Поэтому мне *следует* полагать, что я вообще не наберу много веса, но мне действительно трудно в это поверить.

---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Терапевт.** Можете ли вы более конкретно сформулировать эту альтернативу, даже если в нее довольно трудно поверить?
- Карен.** Ну, я думаю, что мой вес останется примерно таким же — может быть, увеличится максимум на 1 килограмм, но я не могу представить, что это произойдет!
- Терапевт.** Насколько сильным было бы это убеждение на той же шкале от 0 до 100%?
- Карен.** Не более 5%. Возможно, 0%, если быть честной. Я действительно не могу представить, как я могла бы набрать всего 1 килограмм, если бы я так питалась.
- Терапевт.** Хорошо. И еще есть данные о естественном колебании веса, о котором мы уже говорили, невозможно сделать какие-либо выводы о том, как меняется ваш вес, на основании изменения веса за одну неделю. Поэтому нам нужно подумать о том, как долго вам придется менять свое поведение, чтобы проверить эти два убеждения. Если ваш вес будет расти, как вы и предсказывали, сколько недель вы должны будете наблюдать его рост, прежде чем убедитесь, что он действительно растёт?
- Карен.** Две недели. Максимум три.
- Выработать “альтернативное” убеждение, основанное на предварительном психообразовании*
- Выработать “альтернативное” убеждение, основанное на предварительном психообразовании*

---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Терапевт.** Можете записать это предсказание вместе с вашей оценкой уверенности... Хорошо. Теперь давайте подумаем об альтернативном убеждении — что ваш вес не увеличится. Как долго ваш вес должен оставаться неизменным или увеличиваться не более чем на килограмм в неделю, чтобы вы могли быть уверены в правильности этого убеждения.
- Карен.** Трудно сказать. Думаю, мне следовало бы сказать “одна неделя”, потому что я так уверена, что поверить в это невозможно. Но я думаю, что хочу больше. Может, скажем, четыре недели?
- Терапевт.** Конечно, можно. Итак, это убеждение заставило бы вас ожидать, что в течение следующих четырех недель вы не прибавите в весе или, по крайней мере, не наберете более четырех килограммов. Но ваша вера в это составляет примерно от 0% до 5%. Я правильно понял?
- Карен.** Да.
- Терапевт.** Вы можете записать и это предсказание вместе с вашей оценкой уверенности... Хорошо.
- Карен.** Итак, что мне нужно сделать, чтобы проверить, права я или нет? Вы собираетесь заставить меня есть больше?
- Терапевт.** Как вы думаете, что вы могли бы сделать, чтобы проверить свое “текущее убеждение” и сравнить его с “альтернативным убеждением”?
- Укрепить альтернативного убеждение*
- Допускаем, что прогноз не будет 100%-ным — это не критично, если только он не будет далеко от 100% с очень большим отрывом (может указывать на третье убеждение, которое следует рассмотреть)*

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Карен.</b>	Я полагаю, что единственный способ — это попробовать питаться так, как мы обсуждали. Если я буду питаться три раза в день в течение недели, то, по крайней мере, смогу убедить вас, что я права. И нельзя от меня ожидать, что я буду так питаться впредь.	<i>Происходит два взаимосвязанных события: снижение риска черно-белого мышления в отношении изменения веса и создание основы, необходимой при взвешивании пациента (см. ниже)</i>
<b>Терапевт.</b>	Итак, вы собираетесь попробовать так питаться сначала хотя бы неделю? Тогда мы сможем увидеть, какое убеждение может быть верным, и планировать дальше. Но я бы не стал радоваться из-за результатов одной недели. Даже если вы не наберете весь вес за неделю или даже не наберете его вообще, мы должны помнить о нормальных колебаниях веса. Чем дольше вы будете продолжать, тем точнее вы сможете определить, какое убеждение более точное.	<i>Зафиксировать убеждения и предубеждения для рассмотрения на следующем сеансе Обратить внимание на использование “ваших” текущих и альтернативных убеждений (а не альтернативных убеждений), чтобы сохранить право собственности пациента на убеждения (и, следовательно, на эксперимент) Пациент пытается переложить ответственность за поведенческий эксперимент на клинициста. Врач возвращает ответственность пациентке, которая предлагает эксперимент. Затем врач напоминает пациентке о необходимости использовать все необходимые временные рамки</i>
<b>Карен.</b>	Хорошо, давайте попробуем сначала пару недель, как я сказала. Три, если я выдержу.	

	<b>Основные цели и принципы</b>
<p><b>Терапевт.</b> Если вам это подойдет, тогда давайте попробуем. Давайте запишем это в ваш дневник домашних заданий. Три приема пищи в день, каждый день... “текущее убеждение” и насколько оно сильно, а также “альтернативное убеждение” и насколько оно сильно. Итак, с сегодняшнего дня и до нашей встречи на следующей неделе вы будете стараться питаться три раза в день столько дней, сколько сможете — чем чаще вы будете это делать, тем надежнее будут результаты эксперимента. На следующей неделе мы посмотрим, что произошло с вашим весом. Тогда мы сможем понять, насколько обосновано ваше убеждение. Запишем это в журнал прогнозов.</p>	<p><i>Согласовать домашнее задание — поведенческий эксперимент</i></p>
<p>На рис. 22.5 показан журнал прогнозов, который нужно вести в процессе проведения поведенческого эксперимента. На его основе пациент определяет сравниваемые убеждения, а также составляет прогнозы. Пустой образец этого журнала предоставлен в приложении 4.</p>	
<p><i>Неделя 2</i></p>	
<p><b>Терапевт.</b> Итак, у нас прошла неделя проведения эксперимента. Сколько дней вам удалось соблюдать трехразовый прием пищи?</p>	<p><i>Проверить соблюдение правил поведенческого эксперимента</i></p>
<p><b>Карен.</b> <i>(Проверяет итоговый лист в конце дневника)</i> Шесть дней из семи. Это было так трудно.</p>	
<p><b>Терапевт.</b> А вы взвешивались между нашими сеансами?</p>	

Проверяемое убеждение (Оцените силу убеждения 0-100%)	Эксперимент. Что я сделаю, чтобы проверить убеждение? Когда я это сделаю?	Прогноз. Что именно, по моему мнению, произойдет? Как я узнаю, произошло это или нет? (Оцените силу убеждения 0-100%)	Альтернативный прогноз. Что еще может произойти? (Оцените силу убеждения 0-100%)	Выводы. Что произошло на самом деле? Был ли верным первоначальный прогноз?	Переоценка убеждения. Какова моя точка зрения сейчас? Как я оцениваю приведенные выше убеждения в свете эксперимента?	План. Что я могу сделать еще для дальнейшей проверки убеждения?
Если я буду есть нормальную пищу, мой вес увеличится (99%)	Питаться три раза в день каждый день в течение недели и посмотреть, что произойдет с моим весом. Чтобы быть уверенной, нужно делать это в течение как минимум трех недель, так как вес может колебаться	Мой вес будет увеличиваться на 5 кг каждую неделю (95%)	Мой вес останется прежним или немного увеличится, но не более чем на 1 кг каждую неделю (0%)	Вес увеличился на 0,2 кг. Мой прогноз оказался неверным, мой вес увеличился не так сильно, как я предполагала	Текущее убеждение = 70% Альтернативное убеждение = 20%	Продолжить эксперимент, чтобы я могла более четко определить, какое убеждение является верным

Рис. 22.5. Записи поведенческого эксперимента Карен



---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Карен.** Нет, но мне очень хотелось. Я чувствую себя такой толстой! Но я постоянно напоминала себе о том, что мы обсуждали — о тех естественных колебаниях веса.
- Терапевт.** Ваше “текущее убеждение” заключалось в том, что, если вы будете питаться три раза в день всю неделю, ваш вес увеличится на 5 килограммов. Вы соблюдали режим питания в течение шести дней, так сколько, по-вашему, вы наберете, когда мы вас взвесим
- Повторить прогноз, если эксперимент был проведен полностью, или получить измененный вариант прогноза, если нет (как в данном случае)*
- Карен.** По крайней мере, 4 килограмма — 100% уверенности. Может быть, даже полных 5 килограммов — вероятно, я верю в это на 95%.
- Терапевт.** И “альтернативное убеждение” заключалось в том, что ваш вес увеличится не более чем на 1 килограмм — возможно, даже вообще не изменится. Насколько вы верите в это?
- Карен.** Ни насколько — могу ли я иметь отрицательный результат по шкале от 0 до 100%?
- Терапевт.** Тогда давайте посмотрим, что из этого верно. Пришло время взвесить вас. Помните, что это всего лишь одна неделя, а по результатам одной недели почти ничего нельзя узнать точно. Важно, чтобы мы не использовали черно-белое мышление и не решили, что ваш вес снижается или повышается на основе разницы между прошлыми показателями и сегодняшним днем. Однако мы построим график, а затем посмотрим на тенденцию, когда пройдет несколько недель и показатели выровняются.
- Повторить важность результатов этой недели как одного показателя данных. Для уверенности в прогнозах потребуются несколько таких показателей данных (см. выше)*

---

**Основные цели  
и принципы**


---

Я помню, вы предположили, что четыре недели — это тот срок, который будет иметь смысл для вас. Поэтому мы просто будем использовать сегодняшний вес как первый из четырех показателей взвешиваний и возьмем среднее значение через несколько недель.

*(Врач записывает вес пациентки, который существенно не изменился, и они совместно фиксируют как ее фактический вес, так и прирост, спрогнозированный на основе “текущего убеждения”).*

**Карен.** Я не могу в это поверить — мой вес почти не изменился.

**Терапевт.** Итак, что это говорит о двух ваших убеждениях?

**Карен.** Ну, я полагаю, что я должна сказать, что мое убеждение ошибочное, но я не уверена.

**Терапевт.** Учитывая то, что мы говорили о необходимости рассматривать изменения в течение нескольких недель, я понимаю, почему вам может понадобиться больше времени, чтобы определиться. Возможно, важнее подумать о том, насколько вы уверены в своем “текущем убеждении” и в своем “альтернативном убеждении”. Итак, как вы оцениваете свою уверенность в убеждении “Я поправлюсь на 5 килограммов” сейчас?

*Сравнить убеждения, учитывая этот первый показатель данных, подчеркнуть, что это всего лишь одна неделя и есть естественные колебания веса (поэтому это не тенденция)*

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Карен.</b>	Ну, не так много, может быть, 70%? Я ошеломлена — это не может быть правдой.	<i>Изменение в силе убеждений — хороший предшествующий фактор изменений в самих убеждениях</i>
<b>Терапевт.</b>	А ваше убеждение “мой вес останется стабильным”?	
<b>Карен.</b>	Э... немного больше... может быть, 20%? Я знаю, что это не дает 100%, но мне кажется, что это правильно.	
<b>Терапевт.</b>	Ну, чтобы убедиться, что это не обман и что не произошло чего-то странного, давайте повторим эксперимент в течение следующей недели и посмотрим, что произойдет в следующий раз? Затем мы можем вывести среднее значение за четыре недели проведения эксперимента и сравнить его с последними четырьмя неделями, чтобы понять, есть ли какая-либо достоверная закономерность, подтверждающая одно из двух убеждений.	<i>Терапевт должен быть абсолютно объективным в отношении этого изменения веса, независимо от того, что произошло. Нужно подчеркнуть необходимость проводить запланированный эксперимент, не делать немедленных выводов и продолжать эксперимент в течение определенного периода времени</i>
<b>Карен.</b>	Хорошо.	

Этот процесс необходимо продолжать в течение нескольких недель, пока пациент не поймет, что первоначальное убеждение не соответствует действительности и что он может иметь три полноценных приема пищи в день без значительного увеличения веса. Затем эксперимент можно усовершенствовать или развить для дальнейшей проверки связанных с ним убеждений (например, “Если я буду есть «нездоровую» пищу, такую как пицца или чипсы, мой вес будет постоянно увеличиваться”). Известно, что пациент становится более готов идти на больший “риск” в последующих экспериментах по мере продолжения процесса. Это ускоряет процесс выздоровления. Опять же, количество съеденного — не стандартный показатель, который можно установить для всех пациентов (например, это может быть одно печенье в неделю или разрешение на любую пищу до полудня). Также не может быть стандартных временных рамок для экспериментов.

Главное — определить, что предлагаемое изменение поведения затрагивает мысли, которые вызывают значительный, но управляемый уровень тревожности. Такие изменения могут быть определены только в сотрудничестве с пациентом (или, в долгосрочной перспективе, только самим пациентом, когда он усвоит принципы поведенческих экспериментов). Прогнозируемые последствия также будут разными (например, “Мой живот станет больше”; “Я буду больше есть”), но процесс установления прогнозов для сравнения убеждений будет выглядеть одинаково для всех пациентов.

В духе сотрудничества важно, чтобы врач не проводил эксперимент как “эксперт”, который может предвидеть результат. Позиция “любопытного терапевта” позволит ему сказать: “Я не знаю, какое из ваших убеждений правильное. Я знаю, что так написано в книгах. Но я также знаю, что люди — разные, и, возможно, вы — исключение (например, вам нужно всего 1 000 ккал в день, чтобы прожить). Поэтому нам обоим нужно, чтобы вы попробовали провести этот эксперимент, чтобы показать, какое убеждение является верным”. Повторение эксперимента позволяет пациенту подтвердить и расширить выводы. Эксперимент, скорее всего, поставит под сомнение убеждения, которых пациент придерживался в течение многих лет, поэтому пациенту потребуется время, чтобы включить новую информацию в свою систему убеждений.

Терапевты, изучающие поведенческие эксперименты, часто интересуются, что произойдет, если эксперимент “пойдет не так” и убеждения пациента получают поддержку. Учитывая экстремальный характер прогнозов многих пациентов (например, набирать по килограмму в неделю в течение длительного периода времени), это вряд ли произойдет со временем (поскольку для этого потребуется чрезвычайно большое увеличение потребления пищи, а не просто небольшое увеличение количества дополнительной еды). Однако случайные колебания веса или изменения в окружающей среде могут означать, что убеждение поддерживается в течение короткого времени (например, вес иногда увеличивается на килограмм за неделю). Ключевой момент здесь — четкое понимание того, что такие колебания могут происходить. Следует напомнить пациенту, что именно поэтому была согласована договоренность о проведении эксперимента в течение определенного времени. Считается, что наиболее эффективно говорить

об этом *до* взвешивания пациента (см. пример Карен). Проблема здесь заключается не столько в нерациональной модели убеждений пациента, сколько в том, что врача подкупает черно-белое мышление пациента. Ценность подхода “любопытного терапевта” заключается в том, что он позволяет заниматься подлинным исследованием ситуации, не запутываясь и не отвлекаясь на эмоциональную реакцию пациента.

Другие примеры часто используемых поведенческих экспериментов приведены в табл. 22.1.

#### **22.4.2.2. Поведенческие эксперименты для опровержения убеждений о мнении окружающих**

Некоторые пациенты считают, что они должны быть худыми, чтобы нравиться окружающим. Пациенты могут высказать такое убеждение, как: “Другие люди не смогут принять меня, если я не буду худой”. Пациентка с таким убеждением может испытывать частые автоматические мысли о том, что она не сможет найти себе парня, например: “Мужчин волнует только то, как выглядят женщины”.

В основе этого убеждения лежит предположение, что пациентка не может нравиться такой, какая она *есть*, а только такой, как она *выглядит*. Следовательно, просьба заняться поведением, которое может привести к изменению веса и фигуры, кажется крайне угрожающей. Когда это убеждение сочетается с верой в то, что нормальное регулярное питание приведет к значительному увеличению веса, пациенты могут оказаться очень невосприимчивыми к идее изменений. Один из эффективных способов проверить это убеждение — попросить пациента собрать больше информации у близких ему людей. Пример этого (Джемма) приведен ранее в этой главе (раздел 22.4.1.3). Менее прямой подход к этому эксперименту заключается в том, чтобы и врач, и пациент спросили разных людей о том, что делает человека привлекательным, чтобы проверить убеждения пациента.

**Таблица 22.1.** Примеры поведенческих экспериментов, направленные на решение проблем с завышенной оценкой значения еды, фигуры и веса

<b>Убеждение, которое можно проверить</b>	<b>Поведенческий эксперимент, который можно провести</b>
Если я съем десерт, окружающие подумают, что я жадная	Съесть десерт в присутствии коллег или членов семьи и посмотреть, скажут ли они, что я жадная или как-то прокомментируют это
Если я съем пищу или еду на вынос, или шоколад, я потеряю контроль над собой и произойдет эпизод переедания	Выделите определенное время, чтобы попробовать еду, которую боитесь употреблять, используйте градуированный подход к интенсивности тревоги
Если я не буду взвешиваться три раза в день, мой вес выйдет из-под контроля	Ограничить взвешивание до одного раза в неделю в запланированное время, чтобы проверить влияние такого режима взвешивания на изменения веса
Сначала я наберу один килограмм, а потом — все пятьдесят	Поставить цель есть больше в течение недели, чтобы набрать один килограмм, и посмотреть, будет ли это продолжаться
Я такая толстая, что другие люди думают, что я беременная (пациентка с недостаточным весом)	Видеоэксперимент с опросом — пациентка должна попытаться казаться беременной (например, стоять, пытаясь выпятить живот), а другие должны сказать, что они в первую очередь замечают в человеке на видео
Если я наберу вес, люди заметят это и сочтут неприятным	Пациент должен зайти в место, которое он обычно посещает (например, в столовую на работе), надеть дополнительные слои одежды (или каким-либо другим способом изменив свою фигуру), и купить товары, как обычно. Через пять минут заходит друг пациента и спрашивает продавца на кассе, заметил ли он, что пациент заходил, и не было ли в нем чего-нибудь необычного

### 22.4.3. Метафора “анорексичный гремлин” для облегчения внедрения методов КПТ

Для некоторых пациентов применение описанных выше стратегий КПТ происходит довольно естественно. Однако для других внедрение может стать настоящим испытанием. Это особенно актуально для людей с хроническими расстройствами пищевого поведения в анамнезе. Часто такие трудности возникают не из-за отсутствия мотивации со стороны пациента, а из-за ограниченного понимания и трудностей в отделении себя от расстройств пищевого поведения. Терапевтам известны случаи, когда пациент интеллектуально усваивает КПТ, но сообщает, что она не оказывает должного воздействия на эмоциональном уровне. Аналогичным образом некоторые пациенты могут испытывать трудности с эффективным применением КПТ вне сеанса терапии. Иногда врач знает, что пациент усердно работает, но заметных изменений не происходит. Это приводит к разочарованию с обеих сторон.

Такие трудности могут возникать отчасти из-за укоренившейся природы анорексического образа мышления, который отражает эгосинтонический элемент анорексии. (Хотя такие трудности возникают при всех диагнозах, было обнаружено, что они чаще встречаются у людей с ограничительной формой РПП и стремлением к худобе.) Это неспособность различать адаптивные, здоровые мысли и дезадаптивные, искаженные мысли, что приводит к неспособности выявлять и преодолевать негативные автоматические мысли и дезадаптивные базовые убеждения.

Чтобы устранить эти ограничения, была разработана техника, известная как метафора “анорексичный гремлин” [Mountfort & Waller, 2006]. В течение нескольких сеансов нужно разработать совместно с пациентом описание его расстройства пищевого поведения как живого организма<sup>1</sup>. Этот процесс должен включать в себя: сбор деталей, касающихся внешнего вида, размера, формы, голоса и т.д. Пациент называет организм

---

<sup>1</sup> Концепция по отделению анорексии не новая. Но она имеет свои недостатки [Vitousek, 2005]. Доказано, что анорексичное мышление — часть собственного “я” пациента, один из ряда личностей, которые живут в сознании пациента. Метафору с гремлином используют для повышения эффективности КПТ. Таким образом добавляется понимание мотивации, но пациент не освобождается от ответственности за изменения. — *Примеч. авт.*

так, как ему кажется наиболее подходящим образом. Многие пациенты называют свое РПП “голосом анорексии”. Было обнаружено, что большинство из них не испытывают никаких проблем при выполнении этого упражнения. Необходимо попросить пациента понаблюдать за своим гремлином, отмечать его особенности и характер. Можно попросить пациента в течение недели записывать, когда он находится рядом, когда он громче всего и т.д. Далее нужно представить этого гремлина как независимый организм, который борется с пациентом за выживание, используя любую необходимую тактику. Такая тактика может включать: запугивание пациента (например, “Тебе нельзя есть шоколад”); обещания (например, “Если ты сегодня пойдешь в спортзал, ты будешь выглядеть лучше”); угрозы (например, “Если ты не будешь делать то, что я скажу, ты станешь толстой и никому не понравишься”). Затем пациента поощряют быть бдительным в те моменты, когда голос гремлина доминирует, и начать сомневаться в обоснованности этого голоса. В действительности, голос гремлина — искаженные представления о еде, фигуре и весе, в то время как “здоровый” голос пациента — опровержение таких иррациональных предубеждений и создание альтернативного, более адаптивного убеждения. Было обнаружено, что, создавая многогранный образ, пациентам легче идентифицировать негативные мысли. У них также появляется обоснование для борьбы с голосом, поскольку так они понимают, что гремлин “борется за выживание”.

Эта техника универсальная, ее можно применять во многих областях КПТ, включая как поведенческие эксперименты, так и когнитивную реструктуризацию. Ее также следует использовать, чтобы рассмотреть жизнь без анорексии. Например, есть пациенты, которые выбрасывают гремлина в мусорное ведро или оставляют его в шкафу в кабинете врача. Это также полезно при решении проблемы искаженного восприятия образа тела (глава 23). Однако этот подход меньше подходит пациентам, которых лечат против их воли, или тем, кто все еще видит больше положительных аспектов в своем расстройстве пищевого поведения. Навешивание подобного ярлыка может оттолкнуть некоторых пациентов. Как и в случае с любыми метафорами, этот подход нужно тщательно изучить перед использованием в процессе лечения пациентов с эпизодами насилия в анамнезе. Например, он не будет эффективным для пациентов, которые подвергались насилию. Если такие пациенты считают, что они “заслужили” свою анорексию.



## 22.5. Выводы

---

В главе были описаны основные стратегии КПТ для работы с ключевым когнитивным компонентом расстройств пищевого поведения: убежденностью в чрезвычайной важности еды, веса и фигуры. Их нужно применять независимо от диагноза, но необходимо использовать в контексте формулировки случая конкретного человека. Авторы подчеркнули важность как когнитивной реструктуризации, так и поведенческих экспериментов, а также необходимость их совместного использования для достижения более эффективного изменения этих убеждений и связанного с ними поведения. Многие из методов, представленных в этой книге, применяются при лечении других элементов расстройств пищевого поведения (см. предыдущие разделы). Но именно в этой главе внимание терапевта сосредоточено на том, чтобы справиться с центральной патологией таких случаев.

## Образ тела

Хотя считается, что искаженный образ тела — ключевой элемент расстройств пищевого поведения, он присутствует не всегда. Природу нарушения образа тела также можно изменить. Существует три аспекта образа тела, которые преобладают при расстройствах пищевого поведения. Они обычно встречаются вместе, хотя и не всегда.

- Нарушение образа тела, при котором пациент имеет сильно искаженное представление о своем теле.
- Неудовлетворенность образом тела, когда пациент может иметь или не иметь точного восприятия. Он не удовлетворен тем, что видит.
- Образ тела потенциально может выйти из-под контроля, из-за этого пациент боится избыточного веса (проявляется как крайний страх полноты и набора веса).

В более широком контексте, прежде чем начать лечение этого симптома, необходимо рассмотреть четыре важных фактора.

- У пациентов с расстройствами пищевого поведения бывают разные фигуры и телосложение. У них также есть различия в отношении неудовлетворенности своим телом и точности восприятия тела, поэтому терапевтам необходимо подбирать индивидуальные методы лечения для работы с образом тела.
- Прежде чем начать работать с пациентами над их образом тела, врачу нужно осознать собственное отношение к весу и фигуре, а также то, какие явные или неявные послания он может передавать. Известно, что эта область требует особого внимания со стороны врача. Это необходимо, чтобы не запутаться в дисфункциональной системе оценки пациента (например, поверить в убеждение пациента, что индекс массы тела 26 означает, что он “толстый”).

- Необходимо учитывать реакцию пациента на врача. Вполне вероятно, что пациент оценит фигуру и телосложение врача. Терапевтам часто задают такие вопросы, как “Каков ваш индекс массы тела?” и “Как часто вы занимаетесь спортом?”.
- Важно узнать реакцию других медицинских работников на пациентов. Случается, что другие врачи придерживаются нереалистичного или бесполезного отношения к таким пациентам, сосредоточивая внимание на их внешности. Они могут приводить примеры людей с избыточным весом, которые достигли похудения, хотя данному пациенту нужна только стабилизация веса. Такие медицинские работники могут даже восхвалять людей с недостаточным весом за их “силу воли”.

Хотя люди с ожирением часто испытывают стремление к худобе и недовольство своим телом, как и пациенты с расстройствами пищевого поведения, у них есть дополнительные веские причины чтобы похудеть (например, диабет, болезни сердца и т.д.). Более того, эти пациенты, возможно, получили указание от других медицинских работников похудеть. Поэтому предоставленная ниже информация предназначена для тех, кто страдает расстройствами пищевого поведения, а не для страдающих ожирением пациентов без РПП.

## 23.1. Что такое образ тела?

---

Образ тела — это отношение к своему телу и его физическое восприятие. Он основан на сумме положительных и отрицательных установок, накопленных в течение жизни. На это отношение сильно влияют люди, начиная с семьи, затем друзья, окружающие, места и события. Можно определить эти установки, если подумать о том, как мы говорим с собой о своем теле, как мы обращаемся со своим телом и как мы видим, что другие говорят о нашем теле и обращаются с ним.

Изменение образа тела — сложный вопрос в рамках расстройств пищевого поведения, поэтому его крайне важно тщательно сформулировать. Такие расстройства многогранные. А лечение будет зависеть от точного определения проблем, которые являются ключевыми для конкретного человека. Любая из перечисленных ниже проблем может быть актуальной для пациента:

- неправильная интерпретация дискомфортных эмоций как “чувствовать себя жирным” (например, пациент может стать более сосредоточенным на своем теле и недовольным им, когда срывает базовое убеждение);
- неточное восприятие тела (как показал эксперимент по восприятию тела в ходе оценки — см. главу 4);
- переоценка фигуры и веса (когда человек не может смириться с тем, что выглядит не идеально, и считает это самым важным в своей жизни);
- подкрепление своих убеждений таким поведением, как проверки тела, ношение мешковатой одежды и избегание определенных видов деятельности, где тело может быть открыто;
- нереалистичные ожидания/убеждения (например, отрицание влияния возраста и генетики, сравнение себя с другими, идиосинкразические убеждения).

Ключ к изменению всего этого — развитие принятия тела.

## **23.2. Цель лечения: принятие, а не удовлетворение**

---

К сожалению, считается нормальным, когда женщины, а все чаще и мужчины, выражают неудовлетворенность своим телом. В современном мире, где доминирует убеждение, что человек может достичь всего, если будет достаточно упорно работать (такая работа может означать диету и чрезмерные физические упражнения для достижения “идеального тела”), пациенту нереально достичь полного удовлетворения своим телом. Поэтому цель следующей стадии терапии — *принятие* образа тела пациентом, а не *удовлетворение* им. Как было описано и в предыдущей главе, важно работать над снижением ценности “идеального” тела и развитием более реалистичного и принимающего отношения к собственному телу. Другими словами, нужно стремиться привести пациента к тому состоянию, когда его тело находится в сравнительном равновесии с тем, как он оценивает себя (см. главу 22, раздел 22.3).

Концепцию принятия можно применять к пациентам с коморбидным расстройством пищевого поведения и ожирением. Хотя пациент может заявить, что он хотел бы вернуться к здоровому весу, важно быть реалистичным в отношении таких целей (не забывать при этом, что снижение

веса на 10% принесет значительную пользу здоровью). Принятие таких пациентов — понимание того, что, хотя они и страдают ожирением, это не повод для осуждения (как они могут считать и как им говорили окружающие). Принятие в равной степени включает в себя понимание того, что не существует быстрого средства для похудения, а потеря веса, скорее всего, будет происходить в течение нескольких лет.

Один из аспектов лечения — помочь пациенту увидеть свое тело как единое целое, со всеми его функциями и возможностями, а не как набор отдельных частей тела, которые нужно оценивать по отдельности на эстетической основе. Цели лечения заключаются в том, чтобы способствовать:

- принятию формы тела;
- принятию и пониманию стабилизации веса (для пациентов с нормальным весом и ожирением);
- принятию и пониманию необходимости увеличения веса (для пациентов с ИМТ менее 20);
- снижению переоценки питания, фигуры и веса (см. предыдущую главу);
- снижению ригидности и перфекционизма в отношении образа тела;
- пониманию того, что процесс изменения образа тела, вероятно, будет более постепенным, чем другие стадии лечения (например, изменение пищевого поведения).

### **23.3. Основа для работы с образом тела**

---

Существует удивительно мало эмпирических данных, касающихся лечения образа тела. Было проведено мало исследований, в которых было бы определено, что делать для какого пациента и на какой стадии лечения. Однако необходимость вмешательства подтверждается тем, что плохой образ тела в конце лечения — негативный прогностический фактор [Garner & Garfinkel, 1997]. Учитывая отсутствие доказательств, нужно использовать принципы КПТ для разработки и формулирования лечения нарушений образа тела у отдельных пациентов. Тщательное понимание и формулировка дилемм индивида очень важны для выбора соответствующих вмешательств. Для некоторых

пациентов потребуется лишь минимальное вмешательство в образ тела. Для других потребуется более глубокая работа. В общих чертах такое лечение состоит из: разработки формулировки образа тела, изучения соответствующего психообразовательного материала и выявления и оспаривания нерациональных убеждений в сочетании с использованием поведенческих экспериментов. Основные техники, которые можно использовать, описаны ниже.

### 23.3.1. Разработка формулировки для понимания образа тела

Очень важно включить в формулировку понимание развития и роли негативного образа тела. У пациентов будет много неоспоримых убеждений о своем теле. Нужно потратить время и изучить, как и когда такие убеждения сформировались, и мягко исследовать обоснованность таких убеждений. Часто это можно сделать в форме временной линии, связав развитие убеждений с окружающими людьми и происходящими событиями (например, убеждения о себе, возникшие в результате замечаний от сверстников в начале полового созревания). Важно отметить, что нужно искать исключения из убеждений. При изучении этой проблемы будут полезны следующие вопросы.

- Когда вы впервые начали обращать внимание на свой вес и фигуру?
- Когда вы впервые поверили в то, что вы толстый?
- Когда вы впервые начали оценивать себя по своему весу и/или фигуре?
- Когда вы впервые осознали, что вес и фигура имеют значение?
- Что говорили/говорят другие (например, мать, отец, партнер) о вашей фигуре или весе?
- Был ли кто-то, кто не критиковал ваш вес или внешний вид?
- Были ли моменты, когда вы чувствовали себя хорошо из-за того, как вы выглядите?
- Как вы оцениваете других людей?
- Когда вы впервые начали сидеть на диете?
- Дразнили ли вас за то, как вы выглядите?

- Когда вы впервые стали ассоциировать худобу с успехом/счастьем?
- Что мешают вам делать переживания по поводу своей фигуры/веса, а что помогают?
- Что вам *нравится* в вашей внешности?

### **23.3.1.1. Использование фантазии для изучения значения и эмоциональной привлекательности образа тела**

Для того чтобы лучше понять эмоциональные аспекты индивидуального развития образа тела пациента, ему необходимо осуществить следующие шаги.

1. Закрыть глаза и вспомнить самый ранний образ себя.
2. Подробно описать свою внешность.
3. Вспомнить важные события или переживания, которые произошли в то время и повлияли на его образ тела.
4. Вспомнить, какие из этих событий заставили его чувствовать себя удовлетворительно или неудовлетворительно.

Следует обратить особое внимание на связи или ассоциации между негативными эмоциями и телом, а также на то, как они развивались. Этот процесс можно повторить для других значимых периодов в жизни пациента (например, половое созревание, ранние отношения).

### **23.3.1.2 Выявление убеждений, связанных с образом тела**

Когда врач и пациент начинают исследовать образ тела пациента и его историю, то связанные с ним убеждения и предположения становятся более ясными. Следующий этап — признать и записать эти убеждения, которые могут быть примерно такими.

“Я так стараюсь быть худой. Раньше мне это удавалось... это было то, что я могла делать... Мне казалось, что я хорошо выгляжу”.

“Если я толстая, значит, я неряха. Я не могу выходить в общество, делать что-то, ездить в отпуск или иметь парня, пока не стану худой”.

Понимание значения и убеждений, связанных с образом тела/весом, позволяет врачу и пациенту совместно бороться с этими убеждениями (см. главу 22). Поскольку нарушение образа тела, возможно, развивалось с детства, оно может быть очень устойчивым к изменениям.

Также полезно выявить и изучить убеждения о причинно-следственной связи в истории веса пациента. Некоторые пациенты, которые ранее имели меньший вес или более стройную фигуру, считают, что в то время они были намного счастливее (например, “Тогда мои отношения были хорошими. Но с тех пор, как я стала толще, они испортились”). Историю веса/фигуры можно использовать, чтобы изучать правдивость этих убеждений. Также можно отнести эти убеждения пациента о его прежнем весе/фигуре к многочисленным факторам/переживаниям, которые происходили в то время. (Как и в предыдущей главе, так можно поставить под сомнение убеждение, что худоба равнозначна счастью или успеху.) Проводя такое обсуждение истории с помощью сократовских вопросов, можно подтолкнуть пациента на поиск более реалистичной оценки. Например, какая модель лучше всего описывает историю пациента: набор веса, который привел к ощущению ничтожности, или одиночество, которое привело к перееданию, за которым последовал набор веса? Действительно ли именно образ тела делал их несчастными в подростковом возрасте? Или их настроение было более тесно связано с экзаменами и семейными стрессами? Аналогично, для пациентов с циклической историей диет, переедания и рвоты можно выделить общие изменения в весе и фигуре. Важно напомнить пациенту о том, что чрезмерные диеты — нерациональная долгосрочная стратегия для снижения веса и изменения фигуры. В некоторых случаях, полезно составить представление о семейном (генетическом) образе тела и истории веса. Это поможет подчеркнуть, что из-за генетики невозможно достичь желаемого образа. Нужно спросить пациента, какие части тела он унаследовал от кого-то в семье. Это поможет объяснить ему такую связь и сделает процесс более увлекательным для пациента.

## **23.4. Психобразование в отношении образа тела**

---

Как и все составляющие КПТ, психобразование также чрезвычайно важно при лечении расстройств пищевого поведения. После того, как пациент и врач совместно разработали все аспекты формулировки образа тела и выявили соответствующие убеждения, врач может ввести психобразование, адаптировав его под конкретного пациента. Ключевые элементы психобразования: понимание роли и функций своего тела, осознание роли физиологии в изменении веса и потребности в энергии, а также влияние общества на фигуру и образ тела.



### 23.4.1. Понимание функций тела

Как только пациент понимает, как сформировался его образ тела, нужно стремиться расширить его отношение к своему телу. Пациенты часто односторонне относятся к своему телу, воспринимают его как объект, который нужно контролировать и делать меньше. Поэтому следует работать с пациентом, чтобы достичь более сбалансированной перспективы, чтобы он видел свое тело не как объект, который нужно уменьшить, а как инструмент или существо с жизненно важными и бесценными навыками, функциями и способностями. Цель состоит в том, чтобы побудить пациента понять и принять, что его тело рассказывает историю его жизни: шрамы, опыт, выбор, отношения и связи с семьей. Например, пациенту можно предложить изучить другие варианты объяснения, такие как: “Мои бедра более мускулистые, чем мне хотелось бы в идеале, но мне нужны сильные ноги, чтобы правильно ездить на лошади. Если бы мои бедра были тоньше, я бы не был таким хорошим наездником”. Представленные ниже вопросы помогут инициировать обсуждение других функций организма.

Вопросы	Возможные ответы, встречающиеся вопросы для обсуждения
• Для чего вы используете свое тело?	• Для общения, для жизни, для движения, для размножения, для защиты, для удовольствия
• Какое у него предназначение?	• Помочь мне быть счастливой
• Как ему этого достичь?	• Остаться здоровым, чтобы я могла использовать его для достижения этих целей
• Как ваша жизнь изменила ваше тело?	• Операции, шрамы, беременность, татуировки, пирсинг, возраст
• Какими “врожденными способностями” обладает ваше тело?	• Жизнедеятельность; сердце, легкие и другие жизненно важные органы для жизни; жир для защиты этих жизненно важных органов, чтобы согреть меня; гормоны; репродуктивная система
• Что бы вы не могли делать, если бы ваше тело было другим?	• Ходить; вынашивать ребенка; заниматься спортом

*Окончание таблицы*

Вопросы	Возможные ответы, встречные вопросы для обсуждения
• Как вы используете свое тело в общении с другими людьми?	• Для создания комфорта, для объятий, для секса, для кормления грудью, для передачи эмоций, чтобы замечать, что у меня есть общие черты с членами семьи
• Как ваше тело взаимодействует с окружающей средой?	• Говорит мне, что погода жаркая, холодная, идет дождь, дует ветер; обеспечивает “чувствами”; осязание
• Какие сообщения передает вам ваше тело?	• Гормоны дают мне знать, когда я взволнована, напугана, влюблена и т.д.
• Как меняется ваше тело?	• Ежедневно, с возрастом

## 23.4.2. Роль физиологии

После того как пациент получил представление о формировании образа собственного тела, полезно расширить это представление и включить в него психообразовательные материалы о роли физиологии.

### 23.4.2.1. Модель “заданного веса”

Теория заданного веса обсуждалась в главе 15. Часто полезно вернуться к этой теории, чтобы укрепить идею о том, что существует вес, ниже которого ваше тело “запрограммировано” не понижаться.

### 23.4.2.2. Потребность организма в жировой ткани для здорового биологического функционирования

Важно признать, что для оптимального функционирования организму необходим минимальный уровень жировой ткани. А уровень жира в организме ниже этого показателя — нездоровый. Для женщин жир должен составлять примерно 25% от массы тела, в то время как для мужчин этот показатель — 10–15%. При показателях ниже этих, даже если вес находится в пределах здоровой нормы, будет снижаться сопротивляемость болезням, появится слабость и раздражительность, а также изменится фертильность. Уровень жира в организме быстро увеличивается в подростковом возрасте у молодых женщин с нормальным весом (в начале подросткового возраста содержание жира в организме составляет около

16%, а к концу — около 25%). В то время как у молодых мужчин доля жира в организме в подростковом возрасте уменьшается. Увеличение количества жира в организме у женщин связано с повышенным накоплением жира вокруг груди, бедер и ягодиц. Это приводит к формированию более женственной фигуры, а также к отложению жировых запасов, необходимых для оптимального протекания беременности. У мужчин жир распределяется более централизованно. И юношам приходится сталкиваться с менее резкими изменениями фигуры по сравнению со своими сверстницами. Чтобы получить более подробную информацию по этим вопросам, нужно обратиться к материалам по психообразованию о жире и составе тела (приложение 2).

### 23.4.3. Влияние общественного представления о красоте

В некоторых случаях врачу полезно обсудить с пациентом общественные представления о красоте и то, как эти представления могут отличаться в зависимости от культуры и времени. Можно рассмотреть исторические аспекты красоты. Например, изучить действия, которые осуществлялись ранее для того, чтобы соответствовать идеалу (например, корсеты, перевязывание ступней ног, выщипывание бровей), и то, как эти действия воспринимаются сегодня. Кроме того, врач может обсудить текущие культурные различия в восприятии привлекательности, связанные с более современными методами (например, диеты, липосакция, увеличение груди, загар). Используя критический анализ предполагаемых источников культурных ценностей (например, средств массовой информации), нужно попросить пациента рассмотреть соответствующие вопросы (например, влияние таких общественных ожиданий на современных женщин; как воспитание в таком обществе может повлиять на убеждения человека о собственной фигуре; почему журналы уделяют так много места противоречивой информации о диетах, внешности и т.д.). Можно порекомендовать пациентам прочитать и совместно обсудить полезную статью Келли Браунелл (Kelly D. Brownell) о противоречиях между разумным питанием и культурными ожиданиями [*Brownell, 1991*].

## 23.5. Лечение искаженного образа тела

---

Как уже было сказано выше, существует удивительно мало данных о лечении нарушений образа тела. Отчасти это может быть связано

с предположением, что проблема с образом тела обычно саморазрешается, когда решены другие аспекты психопатологии [Fairburn & Cooper, 1989]. Однако это не всегда так. Было обнаружено, что при лечении будет полезным индивидуально подобранное сочетание поведенческих экспериментов, экспозиционной терапии и когнитивной реструктуризации [Farrell et al., 2005]. Также ценным инструментом является работа с воображением.

### 23.5.1. Когнитивная реструктуризация

Существует несколько методов когнитивной реструктуризации, которые помогут уменьшить силу и влияние искаженного образа тела. Они основаны на методе сократовских вопросов и помогут направить пациента в сторону конкретных поведенческих экспериментов (см. предыдущую главу).

#### 23.5.1.1. Использование таблицы “за” и “против”

Пациенты часто придерживаются жестких — “все или ничего” — убеждений относительно внешности. Терапевт может предложить пациентам взвесить преимущества и недостатки этих убеждений с помощью таблицы “за” и “против”. Как и в случае со всеми подобными таблицами, если разделить недостатки и преимущества на краткосрочные и долгосрочные, то можно выявить, что пациент предпринимает действия, которые поддерживают его надежды, но имеют серьезные краткосрочные и долгосрочные недостатки.

Недостатки в попытках приобрести идеальный образ тела	Преимущества в попытках приобрести идеальный образ тела
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отнимает много времени, которое можно провести с друзьями</li> <li>• Дорого</li> <li>• Психологически трудно</li> <li>• Никогда не чувствуешь себя счастливым</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Однажды я, <i>возможно</i>, буду идеальным</li> <li>• Возможно, поможет мне найти работу</li> <li>• Возможно, со мной сегодня заговорят окружающие</li> </ul>

Затем следует использовать расширенное мышление, чтобы побудить пациента включить некоторую свободу действий в свою систему самооценки. Например, можно попробовать изменить беспрекословное убеждение пациента о том, что идеальный образ тела — полезная цель. Для этого нужно изучить недостатки и преимущества, связанные с необходимостью выглядеть идеально или достичь здорового веса. Это можно использовать в качестве отправной точки, чтобы побудить пациента применить расширенный взгляд на то, чтобы выглядеть хорошо. Если человек хочет приложить некоторые усилия, чтобы выглядеть привлекательно, то это не должно означать, что эти усилия должны управлять его жизнью.

### 23.5.1.2. Мониторинг принятия тела и предубеждений

Нужно попросить пациента отслеживать как события, которые заставляют его принимать свое тело, так и моменты, когда он не принимает свое тело или относится к нему нейтрально. Это используется для того, чтобы составить иерархию всех видов деятельности или событий, которых пациенты избегают из-за негативного образа тела. Это также будет служить основой для последующих опросов и поведенческих экспериментов. Например, можно попросить пациента отследить все комплименты, которые он получает, и привычные методы отклонения положительных комментариев (например, интерпретация “Вы выглядите здоровым” как “Вы выглядите толстым”). Важно, чтобы пациент поборол свой пренебрежительный когнитивный стиль по отношению к комплиментам. Необходимо также обсуждать с пациентами концепцию *предвзятого отношения к себе*. Авторы подчеркивают выводы исследователей [Jansen et al., 2006] о том, что для женщин, у которых нет расстройств пищевого поведения, видеть свое тело в идеализированном виде — нормально, потому что это помогает им повысить свою самооценку. Важно рассказать пациентам об этом исследовании. Это станет основой для того, чтобы попросить их определить свои положительные черты и сосредоточиться на них. Нужно призвать пациентов быть более реалистичными в оценке других людей, искать менее привлекательные черты в женщинах, которых они считают привлекательными, чтобы восстановить баланс. Им рекомендуется задуматься над утверждением “Никто не идеален”.

### 23.5.1.3. Искажение эмоций

Когда становится ясно, что образ тела и связанное с ним поведение непродуктивны для пациента, нужно побудить его задуматься о том, почему он придерживается таких сильных убеждений. С помощью сократовских вопросов можно выяснить, что некоторые пациенты ошибочно называют труднопереносимые эмоции как “чувствую себя толстой”. Другими словами, “чувствую себя толстой” — это один из способов выражения чувств, которые трудно обозначить, интерпретировать или признать. Наблюдение за ситуациями, физическим состоянием и эмоциональным состоянием можно использовать, чтобы определить то, что изменилось, — вес или настроение, когда пациент утверждает, что, по его мнению, он набрал вес или стал больше. С помощью записей и дневников можно побудить пациента подумать и изучить эмоциональные состояния, которые могут быть провоцирующими факторами для ощущения, что он потолстел.

## 23.5.2. Поведенческие эксперименты

Как обсуждалось в главе 22, поведенческие эксперименты следуют за когнитивной реструктуризацией, чтобы в дальнейшем изменить убеждение-мишень.

Нарушение образа тела чаще всего проявляется в трех поведенческих формах: проверки тела, избегание тела и сравнение. Ряд когнитивных предубеждений и искажений восприятия способствуют развитию таких нерациональных моделей поведения. В следующем разделе будут описаны эти проявления и приведены поведенческие эксперименты, которые будут наиболее полезными.

### 23.5.2.1. Избегание тела и проверки

Пациенты часто чередуют избегание тела (например, закрывают зеркала, избегают смотреть на себя) и проверки тела (например, постоянно проверяют его в зеркалах, взвешиваются, примеряют разную одежду, чтобы увидеть, тесно ли в ней). Такое поведение может стать настолько автоматическим, что пациент часто не вспоминает о нем, пока его не спросят. Опросник “Проверки тела” (Body Checking Questionnaire) [Reas et al., 2002] и “Шкала убеждений”, связанных с проверками тела (Body Checking Cognitions Scale) [Mountford et al., 2006] — полезные

средства для оценки этого поведения. Пациенты часто опасаются последствий, связанных с прекращением контроля над телом, например, незаметно набрать вес или потерять контроль над едой. Как только соответствующие модели поведения и лежащие в их основе убеждения будут выявлены, можно разработать поведенческий эксперимент, используя принципы, изложенные в главах 21 и 22. Было обнаружено, что наиболее эффективными являются эксперименты, в которых пациенты должны отслеживать выбранные результаты (например, настроение, вес) в различных условиях (проверка тела как обычно, как можно меньше эпизодов проверки тела). Такие эксперименты позволяют пациенту опровергнуть свои убеждения относительно влияния проверок тела.

Работа с избеганием тела осуществляется по тем же принципам. Пациент и врач пытаются вызвать эмоциональные, когнитивные или поведенческие последствия страха. Можно разработать иерархию действий, например, от смотра в зеркало дома до облачения в купальник в местном бассейне. Используя рамки поведенческого эксперимента, так можно проверить последствия страха. Например, пациенту, который избегал примерочной в магазине, потому что боялся, что другие будут комментировать его размер, можно предложить испытать это предубеждение на практике. Пусть переходит от “безопасной” вещи (например, джемпера) в малолюдное время к более рискованной (например, бикини) в более оживленное время и наблюдает за реакцией окружающих.

При работе с избеганием, терапевту полезно изучить убеждения о себе, которых может придерживаться пациент. Многие пациенты полагают, что все смотрят на них и оценивают их. Пациенты также часто полагают, что другие всегда согласны с ними. Такие убеждения о себе похожи на те, которые наблюдаются у людей с социальной тревожностью.

### **23.5.2.2. Сравнение тела**

Сравнивать себя с другими пациент может различными способами. Пациент может сравнивать себя с картинками в журналах, выборочно обращать внимание на людей, которые более “идеальны”, чем он сам. Пациенты также склонны замечать в других те части тела, которые им не нравятся в себе, делать в их адрес сравнительные комментарии (например, “Ей так повезло, что она такая худая”). С другой стороны, некоторые пациенты ищут “дефекты” в теле других людей, чтобы почувствовать себя лучше даже при собственных недостатках.

Нужно попросить пациента самостоятельно отслеживать количество и тип сравнений, которые он делает. После того, как будут определены особенности и основные убеждения, связанные с этим поведением, пациент должен провести один день, выполняя эти действия, и один день, пытаясь воздержаться от них, чтобы проверить его убеждения о негативных последствиях отказа от сравнения (см. предыдущую главу). Необходимо, чтобы пациент следил за своим настроением и удовлетворенностью своим телом в течение обоих дней. При необходимости это упражнение можно повторять в течение нескольких дней. Когда пациент осознает неожиданное негативное влияние таких сравнений на настроение и образ тела, он будет готов рассмотреть возможность прекращения такого поведения. Затем с пациентом можно обсудить стратегии, как расширить фокус его внимания. Например, во время ожидания поезда можно уделить пять минут разглядыванию проходящих мимо людей, сосредоточившись на каком-либо аспекте людей, кроме образа их тела (улыбке, поведении).

### 23.5.3. Методы, основанные на экспозиции

Экспозиция с образом тела может использоваться так же, как и экспозиция с объектами, вызывающими страх, при других расстройствах — с целью дать пациенту возможность пережить и выработать способность совладать с тревожностью по мере продолжения экспозиции без последствий, вызывающих страх. Однако чаще всего этот метод используется в более широком контексте поведенческих экспериментов и когнитивных задач [Norris, 1984]. Как и следовало ожидать, исходя из уровня избегания тела, методы, основанные на экспозиции, вызывают у пациентов сильную тревожность. В частности, они сообщают, что использование зеркал и других методов экспозиции с образом тела вызывает у них отвращение. Следовательно, пациенты часто сопротивляются этому методу. Терапевты также часто отказываются применять этот метод из-за возникающей вследствие этого тревожности у пациентов. Однако исследования [Key et al., 2002] показывают, что отсутствие экспозиции с образом тела делает КПТ менее эффективной при лечении искаженного образа тела. Доказано, что пациенты, прошедшие лечение этим методом, ретроспективно сообщают, что получили большую пользу от него, даже при лечении в групповом формате. Тем не менее



методы, основанные на экспозиции, могут быть противопоказаны, если у пациента в анамнезе есть травма, которая привела к выраженному нарушению образа тела и связанным с этим межличностным проблемам.

### 23.5.3.1. Экспозиция с образом тела

Хотя методы могут существенно различаться (например, использование видеоэкранов или зеркал; вид одежды, которую пациента просят надеть), принципы, лежащие в основе таких подходов, остаются схожими. В целом, нужно стремиться поощрять экспозицию, если есть нерациональные модели поведения с избеганием тела [Rosen, 1997]. Например, можно попросить пациента посмотреть на себя в зеркало в полный рост. И на основе его наблюдений разработать иерархию частей тела, от наиболее приятных до наиболее неприятных по восприятию. Со временем пациент должен двигаться по списку. При повторной экспозиции снижается и тревожность, и избегание тела. Это позволяет получить доступ к сильным когнитивным представлениям о теле, которые затем можно оспорить. Как указано в статье [Key et al., 2002], нужно, чтобы пациент начинал с макушки головы и описывал все тело. Так у него появится ощущение перспективы своего тела, он не будет фокусироваться только на тех частях тела, которые ему не нравятся. Вначале врач может смоделировать такое поведение, стоя перед зеркалом и описывая собственное тело.

Теренс Уилсон (G. Terence Wilson) рекомендует использовать основанный на осознанности подход к экспозиции с зеркалом [Wilson, 2004]. Это поможет создать атмосферу неосуждающего принятия, в которой можно рассматривать форму и образ тела. Доказано, что пациенты лучше воспринимают идею экспозиции, если она проводится в контексте осознанности. Пациента просят описать себя с головы до ног, глядя в зеркало в полный рост, чтобы снова получить полное представление о своем теле, а не для того, чтобы концентрироваться на тех частях, которые им не нравятся. Тренинг осознанности (глава 25) позволяет им просто наблюдать за своим телом, описывая его безоценочно и оставаясь в настоящем. Такая перспектива резко контрастирует с необъективной обработкой информации, недостижимыми стандартами и убеждениями, которые обычно формируют образ тела у пациентов. Более подробная информация по этой теме есть в статье [Stewart, 2004].

### 23.5.4. Воображение и образ тела

Существует несколько возможных вариантов использования воображения при расстройствах пищевого поведения, они будут описаны в других разделах этой книги (главы 24 и 25). Поэтому в данном разделе основное внимание будет уделено применению таких техник конкретно к нарушениям образа тела. Воображение может быть одной из самых мощных техник в изменении образа тела, поэтому его следует использовать с осторожностью. С пациентами, чьи проблемы с образом тела возникли в результате жестокого обращения, особенно важно действовать осторожно (если это вообще возможно). Нужно предоставить пациенту достаточно времени в ходе сеанса для переоценки пережитого.

#### 23.5.4.1. Использование воображения для борьбы с голосом анорексии

Эта техника — разновидность работы с “анорексичным гремлином” (см. главу 22). Цель заключается в том, чтобы пациент получил более реалистичное представление о своем теле. Пациента просят представить, что он смотрит на себя в зеркало, и описать, что он “видит”. Обычно пациенты дают сильно искаженное и критическое описание. Затем их просят описать качество и тон голоса, который говорит им это мнение. Таким образом, они могут определить, что это голос анорексии (или “гремлина”), который руководит описанием. Затем следует спросить у пациента, каково ему было слушать, как гремлин описывает его тело. Нужно проследить, как гремлин реагирует на его дистресс (например, “Он эгоистичен и доволен, когда я описываю себя таким толстым”).

Затем пусть пациент заставит гремлина отойти от него, используя воображение (например, за пределы комнаты). Затем пусть снова представит себя смотрящим в зеркало. На этот раз пациент должен представить свое описание, а не описание гремлина. Врач может подсказать пациенту, спросив о факторах, не связанных с весом (например, о волосах), и о том, что пациенту нравится или не нравится в его внешности. Пациенту нужно вербализовать:

- как он чувствует себя, слушая собственное описание;
- как реагирует на это гремлин.

Скорее всего, гремлин станет меньше и менее сильным или будет кричать и пытаться привлечь внимание пациента.

Как только описание завершено, нужно сравнить два его варианта и противопоставить, поскольку они обычно разные. Можно исследовать полученную информацию (например, почему анорексичный гремлин был таким суровым?). Как будет более подробно описано далее, нужно поощрять пациента думать о расстройстве пищевого поведения как о самоподдерживающемся элементе, который будет бороться с ним, чтобы выжить. Цель состоит в том, чтобы заставить пациента понять, что гремлин обманывает его относительно его образа тела, чтобы выжить. По мере того, как пациент становится сильнее, он может увидеть, как гремлин уменьшается, отдаляется, сдувается и т.д. Чем ярче образ может создать пациент, тем более эффективна эта техника, чтобы уменьшить искажение образа тела. Эта техника имеет большое значение для процесса лечения. Важно посвятить этому упражнению некоторое время. Это необходимо для того, чтобы исследовать и понять, почему гремлин так старается исказить представление пациента о себе. Это упражнение нужно будет повторять в течение нескольких недель в качестве домашнего задания, поскольку нарушение образа тела часто является глубоко укоренившимся.

Использование воображения и образа анорексичного гремлина можно расширить несколькими способами.

- Попросите пациента принести актуальную фотографию и фотографию того времени, когда он был на пике своего заболевания. Пусть пациент и гремлин опишут то, что они видят. По мере того, как пациент будет яснее видеть, как ему было плохо, описание анорексичного гремлина станет более шокирующим. Так пациент начнет понимать степень искажения.
- Попросите пациента нарисовать себя с собственной точки зрения и с точки зрения гремлина. Рисунки можно сравнить, чтобы проиллюстрировать масштабы обмана гремлина. Например, пациенты обнаруживают, что гремлин может нарисовать их в два раза больше и значительно менее привлекательными, чем они сами.

Затем пациент может использовать это понимание анорексичного гремлина для преодоления негативных представлений о своем теле, которые он испытывает вне терапии. Например, у Сары было убеждение:

“Я толстая, я уверена, что должна была набрать много веса”. Она придумала следующее испытание: “Мой вес оставался довольно стабильным на протяжении всего лечения. Поскольку я придерживалась своего плана питания, вряд ли мой вес изменился. Это мой анорексичный гремлин заставляет меня плохо думать о себе и искажает мое восприятие”. Тревожность Сары не исчезла полностью, но она смогла противостоять желанию чрезмерно тренироваться.

#### **23.5.4.2. Использование воображения, когда убеждения относительно образа тела связаны с ранним негативным опытом**

Иногда человек в детстве подвергался особой критике, издевательствам или буллингу по поводу своей фигуры. Этот опыт может быть связан с другим эпизодом насилия, которое имеет отношение к искажению образа тела. Сексуальное насилие особенно сильно способствует развитию нарушения образа тела [Waller et al., 1993]. Восприятие образа тела может нарушиться ввиду полового созревания и изменений в теле. При таких искажениях будет особенно уместна терапия с помощью воображения (см. главу 25). Если пациент пережил значительное потрясение, то переедание может выполнять определенную функцию (например, снижение сексуальной привлекательности). В таких случаях образное мышление полезно использовать, чтобы изучить реакцию таких пациентов на нормальный вес.

## **23.6. Выводы**

---

Образ тела — сложная область в процессе терапии, отчасти из-за кажущейся ригидности убеждений пациентов, а отчасти из-за отсутствия точного, эффективного лечения. У пациентов разные и изменчивые нарушения в образе тела (как восприятие, так и удовлетворенность). Поскольку образ тела — это многогранный, многосенсорный феномен, терапевтам необходимо применять различные стратегии, предложенные в формулировке. Также следует помнить о том, что понимание убеждений, определяющих образ тела, — первый шаг к эффективному целенаправленному лечению.

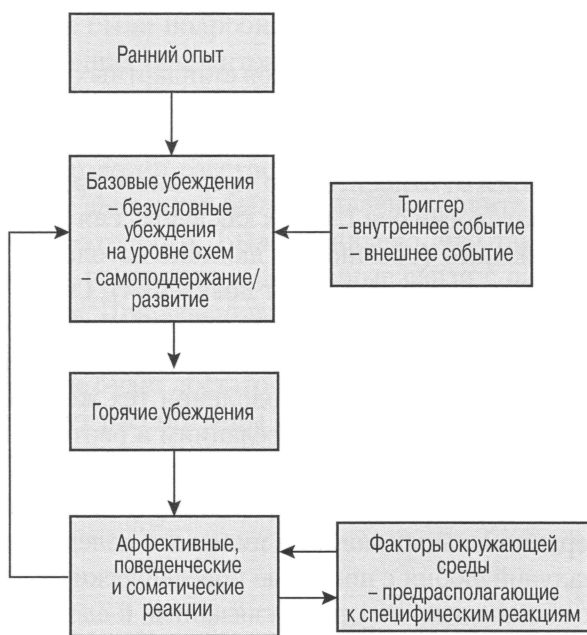
# Выводы

В этом разделе были подробно описаны изменения, которые необходимы в убеждениях пациентов с расстройствами пищевого поведения для того, чтобы изменить их мышление, эмоции и поведение более адаптивным образом. Как уже подчеркивалось ранее, речь шла о лечении основной патологии расстройств пищевого поведения, однако во многих случаях у пациентов было выявлено значительное количество сопутствующих патологий. Было выявлено, что такие коморбидные состояния имеют причинно-следственные связи с паттернами взаимного поддержания. При лечении таких пациентов простая попытка изменить эти центральные убеждения, связанные с расстройством пищевого поведения, не будет достаточно эффективной. Поэтому в следующем разделе будут рассмотрены средства, с помощью которых нужно лечить пациентов с существенными коморбидными расстройствами.

# Что делать, если стандартных методов КПТ недостаточно

Для лечения большинства пациентов стандартных методов КПТ недостаточно. Чаще всего это происходит при наличии коморбидности с другими психологическими расстройствами. Такая коморбидность может варьироваться от относительно умеренного уровня (обычно это наличие других патологий оси I, таких как депрессия и тревожные расстройства) до тяжелого (обычно это наличие патологии расстройств личности оси II и связанного с ними поведения). Она обычно имеет функциональные связи с нерациональными моделями пищевого поведения (например, использование самоповреждающего поведения или злоупотребление алкоголем для преодоления тех же эмоциональных триггеров, которые побуждают к переяданиям и рвоте). Коморбидные проблемы умеренного уровня сложности можно решить с помощью дополнительных подходов КПТ, которые следует применять в тандеме с КПТ для нерациональных моделей пищевого поведения (например, лечение социальной фобии с помощью поведенческих экспериментов, включающих социальные ситуации, связанные с едой). При лечении сложных коморбидностей есть целый ряд особенностей, которые относительно устойчивы к таким специфическим когнитивно-поведенческим подходам для лечения расстройств. К таким особенностям относятся: очень низкая самооценка, серьезные нарушения образа тела, крайний перфекционизм, диссоциативные реакции на травму, компульсивная патология и патология личности [Fichter et al., 1994; Sansone & Fine, 1992; Waller, 1997]. Из-за устойчивости этих особенностей к изменениям такие случаи необходимо рассматривать с использованием более расширенных моделей КПТ, которые выходят за рамки специфического подхода к расстройствам, описанного выше. При работе с такими пациентами авторы придерживаются схема-терапии, чтобы понять и определить курс лечения случая, сохранить при этом соответствующее внимание к особенностям, связанным с приемом

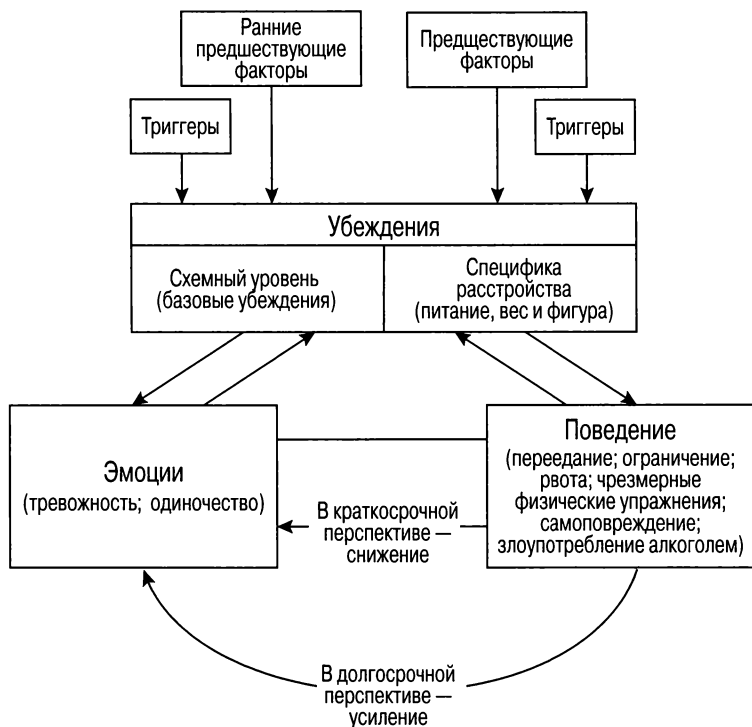
пищи (используя методы, описанные в предыдущих главах) и другим моделям нерационального поведения (см. ниже). Однако авторы также отмечают важность эмоциональных факторов, которые могут привести к проблемам с питанием и другим видам нерационального поведения (например, самоповреждению) и снизить эффективность как специфической КПТ для РПП, так и схема-терапии.



**Рис. P5.1.** Обобщенная модель схема-терапии для определения связей между опытом, различными уровнями убеждений и аффективными/поведенческими реакциями

На рис. P5.1 показана общая схема-терапевтическая формулировка, иллюстрирующая то, как ранний опыт способствует развитию безусловных базовых убеждений о себе и мире. Такие убеждения управляют более быстрым мышлением (“горячие” убеждения; негативные автоматические мысли), которое, в свою очередь, управляет эмоциями и поведением. Такую формулировку можно применить ко всем, а наличие патологии определить с помощью характера раннего опыта (например, позитивный и поддерживающий или негативный и критический) и уровня негативных основных убеждений, которые развиваются в результате. При работе с расстройствами пищевого поведения нужно

адаптировать эту модель так, как показано на рис. P5.2. Это поможет продемонстрировать связь между убеждениями, связанными с питанием, весом и фигурой, и патологическим поведением. Эту же модель можно использовать для определения развития других коморбидных состояний, которые приводят к конкретным патологиям, описанным ниже. В частности, общая проблема, которая возникает при коморбидности оси I, — это необходимость понимания роли очень низкой самооценки (см. формулировку в главе 24). Эту важную проблему выявили с помощью симптоматических и трансдиагностических моделей лечения [Fairburn et al., 2003; McManus & Waller, 1995].



**Рис. P5.2.** Общая формулировка роли базовых убеждений в связи между мыслями, эмоциями и поведением при расстройствах пищевого поведения

Конечно, при лечении пациентов не всегда необходимо работать с мыслями на уровне схем и более широкими эмоциональными факторами. Хотя было обнаружено, что пациенты, направленные в



высокоспециализированные лечебные учреждения, чаще нуждались именно в таком лечении. Во многих случаях пациента можно вылечить, используя методы, направленные на работу с мыслями на уровне негативных автоматических мыслей и условных убеждений. Там, где это возможно, оптимально использовать хорошо зарекомендовавшие себя, основанные на доказательствах, методы КПТ, которые будут описаны в главе 24, поскольку это, скорее всего, — самый эффективный подход, который можно осуществить в относительно короткие сроки. Более сложные подходы, которые будут описаны в главе 25, требуют больше времени и ресурсов врача, поэтому их следует использовать только в тех случаях, когда это необходимо, исходя из формулировки случая.

Таким образом, как уже говорилось ранее, основополагающим принципом лечения следует считать клиническую работу на основе формулировки случая. Во многих случаях это будет означать, что нужно применять как специфические для расстройств подходы, так и подходы схема-терапии, которые будут отвечать потребностям конкретного человека. Чтобы внести ясность в описание различных подходов, в этом разделе сначала будет изложена информация о методах КПТ для решения конкретных коморбидных проблем оси I (глава 24). Далее будут рассмотрены принципы и практические способы применения методов КПТ для решения проблем аффекта и мыслей на уровне схем, которые характеризуют патологию расстройства личности оси II (глава 25). Важно рассмотреть, как эти подходы можно интегрировать, учитывая тот факт, что пациенты часто имеют оба типа расстройств, которые лежат в основе их проблем (наряду с самим РПП).

## Коморбидность с расстройствами оси I

В этой главе будут описаны принципы использования КПТ для осознания и лечения психопатологий оси I, которые обычно сопутствуют расстройствам пищевого поведения. К ним относятся проблемы с настроением и самооценкой, тревожные расстройства (обсессивно-компульсивное расстройство, социальная тревожность, посттравматическое стрессовое расстройство) и другие импульсивные формы поведения (включая мультимпульсивность). Далее приведены примеры формулировок, которые будут полезными при осознании коморбидности между расстройствами пищевого поведения и другими патологиями. Однако важно помнить, что это — примеры, разработанные для иллюстрации принципов, и что они должны быть модифицированы в соответствии с проблемами и потребностями лечения конкретного человека.

### 24.1. Общие принципы

---

Не следует рассматривать эти коморбидные проблемы как отдельные расстройства, которые случайно совпали у одного и того же человека. Скорее, нужно рассмотреть основные механизмы, объясняющие, почему один человек испытывает эти разные симптомы (например, использование защитного поведения, блокирование эмоций), а также определить факторы развития и/или поддержания, объясняющие коморбидность. Чтобы разработать комплексную формулировку, крайне важно провести комплексную оценку симптомов и лежащих в их основе убеждений и поведения. Такая формулировка будет основана на развитии коморбидного расстройства. Она будет использоваться для лечения коморбидного состояния параллельно с расстройством пищевого поведения.

Ниже приведены краткие описания того, как нужно работать с каждым из заболеваний оси I, которые чаще всего коморбидны с расстройствами пищевого поведения у пациентов. Для каждого случая будут

кратко изложены принципы и практики, применимые к таким пациентам с расстройствами пищевого поведения, у которых есть эти сопутствующие проблемы. В этой книге не будет предоставлено описания комплексного лечения самого коморбидного расстройства. При необходимости нужно использовать дополнительную литературу для более подробного изучения этого подхода. В ней можно найти методы, которые будут полезными для оценки этих расстройств и определения эффективности лечения.

## **24.2. Депрессия и низкая самооценка**

---

Депрессия часто встречается среди пациентов с расстройствами пищевого поведения. Например, Рина — 34-летняя женщина с диагнозом “нервная анорексия”, индекс массы тела которой составляет 15,5. У нее в анамнезе есть история низкой самооценки, которая предшествовала началу расстройства пищевого поведения. Впервые признаки очень сниженного настроения появились у нее, когда ее вес значительно снизился, а затем стабилизировался на низком уровне. В настоящее время ее настроение колеблется в зависимости от жизненных обстоятельств. Время от времени она испытывает чувство безнадежности, но не выражает суицидальных мыслей или намерений.

### **24.2.1. Оценка**

При обследовании нужно обычно спросить пациентов об истории депрессии, а также об их текущем настроении. В таких случаях, как у Риной, полезно использовать стандартизированный показатель депрессии как при обследовании, так и при оценке хода и результатов лечения. В случаях, когда наблюдаются перепады настроения, важно учитывать скорость изменения настроения, поскольку часто диагноз биполярного расстройства ставится ошибочно, когда более подходящим был бы диагноз пограничного расстройства личности (с более быстрыми изменениями настроения).

При оценке уровня депрессии и самооценки при расстройствах пищевого поведения, а также убеждений, лежащих в их основе, будут полезными приведенные ниже психометрические инструменты.

- Шкала самооценки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale) [*Rosenberg, 1965*].
- Шкала оценки депрессии Бека (Beck Depression Inventory) [*Beck & Steer, 1993a*].
- Шкала оценки безнадежности Бека (*Beck Hopelessness Scale*) [*Beck & Steer, 1988*].
- Опросник когнитивных схем Янга (сокращенный вариант) (Young Schema Questionnaire (short form)) [*Young, 1998*].

Однако существует множество других показателей уровня самооценки и депрессии, которые также будут полезны с клинической точки зрения.

### 24.2.2. Формулировка случая

При обсуждении формулировки с пациентом нужно рассматривать возможные причинные связи патологии питания с депрессией и низкой самооценкой.

Ниже приведены возможные причины.

- Низкая самооценка и депрессия как предшествующий фактор расстройства пищевого поведения. Когда расстройство пищевого поведения выполняет функцию улучшения настроения за счет ощущения контроля. Повторяющийся опыт развития способствует формированию негативных базовых убеждений. Это приводит к тому, что Фэйрберн с коллегами [*Fairburn et al., 2003*] назвали “основой низкой самооценки”.
- Низкая самооценка и депрессия как следствие расстройства пищевого поведения. Когда изменение настроения следует за потерей возможностей для позитивного опыта в результате изменения образа жизни.
- Низкая самооценка и депрессия как следствие ограничения питания и потери веса (см. информацию о Миннесотском эксперименте, приложение 2, Б2). Питательные вещества, которые имеют особое значение в рационе питания у пациентов с депрессией при расстройствах пищевого поведения:

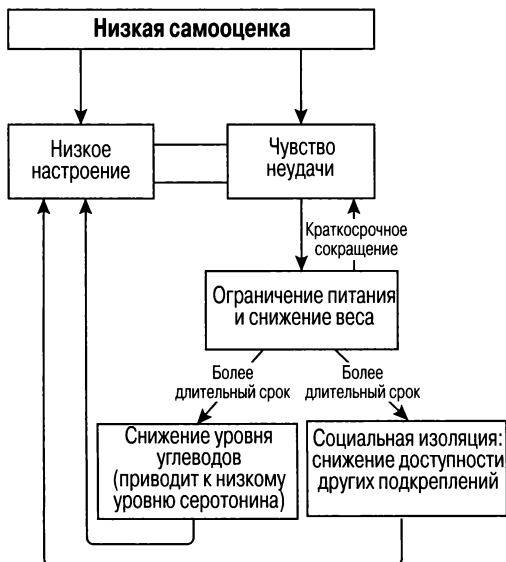
- углеводы (низкий уровень может привести к низкому уровню серотонина);
- незаменимые жирные кислоты, которые являются залогом правильного функционирования мозга. Они содержатся в жирной рыбе (сардина, скумбрия, сельдь, лосось и т.д.); грецких орехах; семенах (например, льняное семя); зеленых овощах; салате.

Влияние ограничений в рационе питания на уровень депрессии и другие психические расстройства более подробно описано в работе [van der Weyer, 2005].

Эти причины не исключают друг друга. Так, в ходе работы с Риной было определено, что начало ограничительного питания было следствием ее низкой самооценки, которая давала ей ощущение контроля над своей жизнью, когда она чувствовала, что не может контролировать события и окружающих ее людей. Однако по мере того, как она все больше контролировала свой вес, она обнаружила, что круг ее друзей уменьшился, а успеваемость в школе ухудшилась (т.е. она лишилась возможности получать положительный опыт). Вместо того чтобы отказаться от контроля над едой, она продолжила ограничивать себя в надежде на то, что это будет способствовать усилению чувства контроля над своей жизнью, поскольку ничто другое не помогало. По мере уменьшения потребления пищи ее настроение еще больше ухудшалось. Это привело к снижению социальной активности вне школы. Такая ориентация на краткосрочный контроль привела к дальнейшему ухудшению ее жизненной ситуации. Ее настроение ухудшилось до уровня депрессии. Формулировка случая на рис. 24.1 демонстрирует связь между депрессивной патологией пищевого поведения и симптомами РПП в случае Рины. Но следует помнить, что в других случаях эта формулировка может быть иной (например, когда пациент имеет опыт, который усугубляет негативные базовые убеждения, которые и являются причиной низкой самооценки, а его пищевое поведение, в свою очередь, усиливает эти негативные базовые убеждения).

### 24.2.3. Терапевтические инструменты

Формулировка должна использоваться при решении вопроса о том, следует ли лечить депрессию наряду с расстройством пищевого



**Рис. 24.1.** Пример формулировки, на котором продемонстрирована связь между депрессивным настроением и патологией пищевого поведения

поведения. Во многих случаях облегчение депрессии происходит в процессе лечения основного расстройства пищевого поведения. Например, в обстоятельствах, подобных случаю Рины, можно использовать метод вопросов Сократа. Это даст пациенту возможность рассмотреть потенциальную пользу от регулярного приема пищи и способствует увеличению потребления углеводов. Также важно вызвать у такого пациента поведенческие и когнитивные изменения. Во многих случаях полезно предложить таким пациентам, как Рина, использовать методы самопомощи для повышения самооценки и улучшения настроения [Fennell, 1999; Gilbert, 1997] параллельно с основным курсом терапии по лечению расстройства пищевого поведения. Однако в некоторых случаях, требуется более активное вмешательство. В частности, антидепрессанты будут важным дополнением к такому лечению, если их использовать для улучшения настроения достаточно долго, чтобы вовлечь пациента в когнитивную реструктуризацию и поведенческие эксперименты. Очевидно, что депрессия связана с риском самоубийства и самоповреждения. Если есть риск самоубийства, важно учитывать уровень безнадежности пациента.

### 24.2.3.1. Когнитивная реструктуризация

Для решения проблем, связанных с низкой самооценкой и депрессией, может потребоваться изменить когнитивные установки пациента на уровне негативных автоматических мыслей, условных предположений и базовых убеждений. Когнитивная реструктуризация — часто необходимый предшествующий фактор для поведенческой активации и поведенческих экспериментов. Например, Рине предложили рассмотреть доказательства ее убеждения, что она не может общаться с друзьями после работы, и изучить альтернативную возможность (“Я узнаю наверняка, смогу ли я общаться после работы с друзьями, только попробовав это сделать”).

Пациенты с расстройствами пищевого поведения склонны одинаково описывать основную депрессогенную атрибутивную предвзятость — обвинять себя в негативных событиях в своей жизни, вместо того чтобы признать, что эти события происходят по вине других людей или по воле случая. Было доказано, что важно использовать когнитивную реструктуризацию и поведенческие эксперименты для преодоления этого предубеждения о личной ответственности за негативные события. Для этого необходимо использовать дневники для выявления атрибутивной предвзятости, затем изучать альтернативные интерпретации и опровергать такие убеждения с помощью опросов и поведенческих экспериментов.

### 24.2.3.2. Поведенческая активация и эксперименты

Основной элемент успешной КПТ при лечении депрессии — убедить пациента в необходимости принять модель поведения, которая увеличит его шансы на положительный опыт. Таким образом можно бросить вызов мыслям, поддерживающим его депрессию или низкую самооценку. Доказано, что такой подход можно применять при лечении депрессии у пациентов с расстройствами пищевого поведения. РПП часто приводят к социальной изоляции и ограниченному количеству моделей потенциально подкрепляющего поведения. Поэтому попытки изменить депрессивный образ мышления нужно проводить, поощряя пациента к изменениям поведения и образа жизни (например, принятие приглашений на встречу с друзьями, телефонные звонки родным).

Например, пациент с депрессией при расстройствах пищевого поведения может иметь такие убеждения, как: “Бессмысленно встречаться

с друзьями в выходные, так как я уверен, что буду чувствовать себя идиотом”. Поэтому он отклоняет предложения друзей встретиться с ними, когда они приглашают его. Альтернативное убеждение можно сформировать с помощью исторического обзора и метода сократовских вопросов (например, “Когда я встречался с ними, я обычно получал удовольствие и не чувствовал себя идиотом”). Хотя пациент, наверняка, не оценит это убеждение как высоковероятное, его можно сравнить и противопоставить более заметной негативной автоматической мысли с помощью поведенческого эксперимента (например, пойти куда-нибудь ненадолго со своими друзьями, чтобы определить, какие при этом возникнут чувства).

### **24.3. Обсессивно-компульсивное расстройство**

---

В клинических группах пациентов с расстройствами пищевого поведения большая часть имеет сопутствующее обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), обсессивно-компульсивное расстройство личности или обсессивно-компульсивные симптомы. К ним относятся пациенты, у которых наблюдаются:

- ОКР и расстройство пищевого поведения;
- обсессивно-компульсивные симптомы, которые являются частью расстройства пищевого поведения (например, мытье рук перед едой, чтобы отложить прием пищи на как можно дольше);
- высокий уровень перфекционизма, который проявляется в виде обсессивно-компульсивных симптомов (например, многократная проверка материала, чтобы убедиться в отсутствии ошибок);
- обсессивно-компульсивные черты характера (например, озабоченность порядком и симметрией, которая проявляется в упорядочивающем и организующем поведении);
- поведение, связанное с проверкой и уборкой, которое служит для снижения осознания негативного эффекта.

Таким образом, лечить обсессивно-компульсивные симптомы при расстройствах пищевого поведения сложно, потому что сначала необходимо определить, выполняют ли симптомы пищевого поведения и обсессивно-компульсивные симптомы сходные функции или их нужно лечить как отдельные расстройства.



### 24.3.1. Оценка

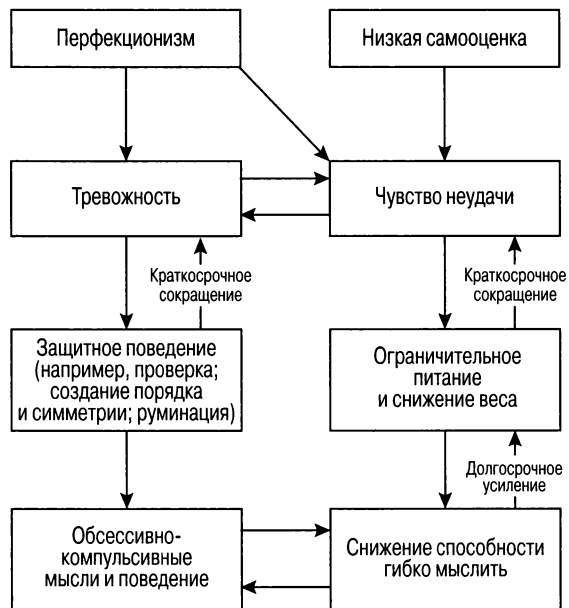
Обсессивно-компульсивные симптомы могут иметь различное значение и функции для каждого пациента. Нужно задавать такие вопросы, как: возникают ли у пациента мысли, мысленные образы или импульсы, которые расстраивают его и не проходят со временем; и действуют ли они когда-либо компульсивно. Например, авторы считают, что в Ванкуверском опроснике навязчивых состояний (Vancouver Obsessive Compulsive Inventory – VOCI) [Thordarson et al., 2004] и Опроснике симметрии, упорядочивания и организации (Symmetry, Ordering and Arranging Questionnaire – SOAQ) [Radomsky & Rachman, 2004] представлена ценная информация о соответствующих симптомах.

### 24.3.2. Формулировка случая

Формулировка позволит врачу выяснить, существуют ли общие убеждения и процессы, которые поддерживают оба расстройства, или же такие расстройства имеют отдельное когнитивное содержание и поддерживающие факторы. Это поможет определить стратегию лечения, поскольку может потребоваться лечение патологий как связанных или отдельных. Кроме того, одно расстройство может мешать лечению другого. Например, Питер не смог перекусить в назначенное время, но это было связано не с РПП, а с его страхом загрязнения, из-за которого ему пришлось убирать кухню в течение двух часов перед приготовлением еды (и поэтому он не смог перекусить, когда его организм нуждался в энергии). В таком случае важно лечить страх загрязнения наряду с патологическим расстройством пищевого поведения. На рис. 24.2 показана начальная формулировка для случая, когда обсессивно-компульсивные симптомы и симптомы расстройства пищевого поведения имеют общее корни и поддерживают друг друга. Как и в предыдущем случае, эта формулировка — просто пример, ее необходимо будет изменить при формулировке случая у других пациентов.

### 24.3.3. Терапевтические инструменты

Если формулировка указывает на функциональную связь расстройств, нужно лечить обсессивно-компульсивные симптомы параллельно с расстройством пищевого поведения. Для этого следует выяснить убеждения, которые лежат в основе тревожности, а затем вместе



**Рис. 24.2.** Пример формулировки, на котором продемонстрирована связь между обсессивно-компульсивными симптомами и патологией пищевого поведения

с пациентом разработать поведенческие эксперименты для проверки этих убеждений. Однако в тех случаях, когда формулировка указывает на целесообразность этого (т.е. когда поведение и мысли не поддерживают друг друга), необходимо лечить эти два расстройства последовательно, а не параллельно.

### 24.3.3.1. Когнитивная реструктуризация

Первый этап когнитивной реструктуризации обсессивных и компульсивных симптомов заключается в том, чтобы помочь пациенту определить убеждения, которые лежат в основе его тревожности. Далее представлен диалог, который демонстрирует этот процесс на примере женщины (Ванессы) со страхами заражения (“Я заражусь глистами или СПИДом”) и обезображивания (“Я стану отвратительной для других. Никто не захочет быть рядом со мной. Люди будут избегать меня”), которые сопутствуют ее атипичной нервной анорексии (ИМТ = 18,3). Ванесса пытается полностью (т.е. до 0%) исключить риск заражения этими заболеваниями, однако это обходится ей очень дорого, поскольку

она боится выходить из дома и рискует потерять свои отношения. Страх заражения подталкивает ее к ограничительному питанию, а это, в свою очередь, делает ее мышление более ригидным.

		<b>Основные цели и принципы</b>
<b>Терапевт.</b>	Итак, Ванесса, вы считаете, что если вы дотронетесь до дверной ручки, то заразитесь СПИДом или глистами и это приведет к тому, что никто не захочет с вами общаться?	<i>Определить “текущее” убеждение</i>
<b>Ванесса.</b>	Я примерно так и думаю.	
<b>Терапевт.</b>	Если вы так считаете, то неудивительно, что мысль о прикосновении к дверным ручкам вызывает у вас тревожность. Теперь я понимаю, почему еда может стать предметом беспокойства. Мне интересно, насколько вы верите, что заразитесь СПИДом или глистами, если прикоснетесь к неприготовленной пище или к дверным ручкам, по шкале от 0 до 100%?	<i>Оценить уверенность в убеждениях</i>
<b>Ванесса.</b>	Около 75%.	
<b>Терапевт.</b>	Хорошо, это довольно сильное убеждение, но есть около 25% вашего сознания, которые не верят, что такой исход возможен.	
<b>Ванесса.</b>	Да, на каком-то уровне подсознания я знаю, что это вряд ли произойдет.	
<b>Терапевт.</b>	То есть какая-то часть вас считает, что невозможно заразиться СПИДом или глистами от прикосновения к определенным предметам. Когда мы работали над анорексией, у вас были убеждения, но вы не были уверены в том, что они полностью верны, например, “жиры вредные для организма”, как вы их опровергли?	<i>Собрать корректирующую информацию. (В статье [Krochmalik et al., 2001] можно получить дополнительную информацию об обосновании этого утверждения.)</i>

---

**Основные цели  
и принципы**


---

- Ванесса.** Ну, я думаю, сначала я читала материалы о роли жиров в организме, а затем проводила поведенческие эксперименты... Так что, я думаю, я могла бы сделать то же самое и в этом случае.
- Терапевт.** По-моему, звучит неплохо. Как вы думаете, где вы могли бы найти эту информацию?
- Ванесса.** В Интернете?
- Терапевт.** Отлично. Я бы хотел, чтобы вы выполнили домашнее задание — собрали информацию о том, как СПИД и глисты передаются от человека к человеку. Будете ли вы рады это сделать?
- Ванесса.** Это было бы здорово.
- 

Информацию, полученную пациенткой из Интернета, обсудили на следующем сеансе. Ванесса убедилась, что невозможно заразиться СПИДом или глистами, прикасаясь к определенным предметам. Она изменила свои убеждения. Так появились существенные изменения в силе ее убеждений, и она сообщила о небольшом снижении тревожности. Затем она определила свое состояние как нормальное. Это позволило перейти к следующему шагу: поведенческим экспериментам.

### 24.3.3.2. Поведенческие эксперименты

Ванесса и врач разработали ряд поведенческих экспериментов для проверки ее убеждений. Они заключались в выполнении ряда действий, которые, по ее мнению, создавали риск заражения, например, прикоснуться обеими руками к верху обуви, затем прикоснуться к брюкам и к лицу. Ее предубеждение относительно этого эксперимента звучало так: “Я заражусь СПИДом или глистами” (сила убеждения — 99%). Пациентка противопоставила такое предубеждение убеждению, что у нее не будет никакой инфекции (сила убеждения — 10%). В результате не возникло никаких признаков инфекции. Следовательно, она смогла провести эксперимент, который она считала “очень рискованным”.

В процессе повторения ее убеждения стали меняться, а тревожность снижаться. Аналогичным образом она прикасалась к пищевым продуктам, которые не были предварительно вымыты, чтобы проверить свои убеждения.

Второй пример: у Фионы (у которой был поставлен окончательный диагноз ограничительной нервной анорексии) было убеждение: “Если я не проверю свою электронную почту, я сделаю ошибки, люди заметят их и будут относиться ко мне как к неряшливой идиотке”. Ее защитное поведение заключалось в том, что она неоднократно проверяла электронную почту до и после отправки писем. Если она обнаруживала ошибку после отправки письма, она писала об этом человеку и извинялась. Такая модель проверки сильно снижала ее продуктивность на работе. Сначала они с врачом провели опрос, чтобы выяснить, беспокоят ли других небольшие ошибки в электронных письмах. Так она смогла понять (хотя бы на интеллектуальном уровне), что люди могут совершать ошибки без негативных последствий. После этого она вместе со своим врачом провела поведенческий эксперимент, в котором рискнула отправить электронное письмо, не проверив его. Для того чтобы проверить, подтвердится ли ее убеждение (“Получатель напишет мне письмо в ответ и укажет на множество ошибок”), или же альтернативное убеждение (“Получатель не заметит, а если и заметит, то его это не будет волновать настолько, чтобы писать об этом”) будет более точно отражать результат. В итоге получатель не написал ни об одной ошибке. Этот эксперимент перерос во второй, в котором проверялось, будет ли какая-либо реакция на электронное письмо, в которое она намеренно вставила ошибки. И снова Фиона не получила никаких писем об ошибках. Ее тревожность и модели поведения с проверкой уменьшились.

## **24.4. Социальная тревожность и социальная фобия**

---

Социальная тревожность — это страх перед социальными ситуациями, в которых человек может вызвать негативную оценку со стороны окружающих. В самой крайней форме она проявляется как социальная фобия или избегающее расстройство личности. Все три проблемы широко распространены при расстройствах пищевого поведения [Brewerton et al., 1993; Bulik et al., 1997; Halmi et al., 1991; Hinrichsen et al., 2003; Hinrichsen & Waller, 2006]. Лечение социальной тревожности, вероятно, повлияет на патологию пищевого поведения пациента.

### 24.4.1. Оценка

Выявить проблему социальной тревожности возможно, наблюдая за взаимодействием пациента с врачом и другими людьми. Существует ряд полезных опросников, которые терапевты могут использовать для определения уровня социальной тревожности пациентов. Два наиболее полезных и хорошо валидизированных — это Шкала страха негативной оценки (the Fear of Negative Evaluation Scale) [Watson & Friend, 1969] и Опросник социальной фобии и тревожности (the Social Phobia and Anxiety Inventory) [Turner et al., 1989]. Структурированное клиническое интервью для DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV) [First et al., 1997] содержит вопросы, которые терапевты могут использовать для определения точного диагноза при социальной фобии.

- Есть ли вещи, которые вы боитесь делать в присутствии других людей, например, говорить, есть или писать?
- Чего вы боитесь, когда оказываетесь в подобных ситуациях?
- Считаете ли вы, что в подобных ситуациях вы чувствуете себя более неловко, чем большинство людей?
- Всегда ли вы чувствуете тревожность, когда оказываетесь в подобной ситуации?
- Считаете ли вы, что боитесь таких ситуаций больше, чем следовало бы?
- Стараетесь ли вы избегать подобных ситуаций?
- Насколько сильно эта проблема мешает вам жить?

Первый из этих вопросов касается приема пищи в общественных местах. Поэтому важно определить, отвечают ли пациенты положительно на этот пункт. Нужно определить, действительно ли они социально тревожны, или такая реакция вызвана РПП. У социально тревожных пациентов основная причина тревожности — осуждение или унижение со стороны окружающих за определенное поведение. Это означает, что их главное беспокойство связано с тем, что их критикуют за то, как или что они едят. При РПП причины тревожности другие. Патология питания связана с опасениями пациентов, что их будут воспринимать как людей, которые едят слишком много и имеют лишний вес, и что их будут оценивать по внешнему виду (а не по тому, что они делают).

## 24.4.2. Формулировка случая

Девид Кларк (David M. Clark) и Адриан Уеллс (Adrian Wells) подробно описывают четыре фактора, которые поддерживают социальную тревожность и социальную фобию [Clark, 2005; Clark & Wells, 1995]. Необходимо включить их в формулировки коморбидных расстройств пищевого поведения, социальной тревожности и фобии. Каждый из этих факторов включает в себя использование защитных моделей поведения, которые усиливают исходную проблему.

- *Убеждения об опасности социальных ситуаций.* Пациенты с социальной тревожностью имеют множество предубеждений, которые касаются их приемлемости, чувства принадлежности и последствий отвержения. Распространенные убеждения: “Я должна скрывать, что краснею, потому что другой человек, увидев это, подумает, что я слабая”, “Если я буду волноваться и люди заметят это, они перестанут воспринимать меня всерьез” или “Если я буду болтать и неправильно произносить слова, люди подумают, что я глупая”. Избегание этих последствий (защитное поведение) требует от человека жесткого ограничения своих действий и социальных взаимодействий.
- *Сосредоточенность на себе.* Пациент стремится полностью сосредоточить свое внимание на себе, когда находится в социальной ситуации. Это приводит к осознанию физических симптомов тревожности и увеличению попыток скрыть эти физические симптомы. Такого защитного поведения можно достичь, снизив социальную активность.
- *Навязчивые негативные образы, которые доминируют в сознании.* Большинство социально тревожных пациентов считают, что они выглядят такими же тревожными, как и чувствуют себя, и у них есть навязчивые фантазии об этом.
- *Использование защитных моделей поведения.* Поскольку социально тревожные люди опасаются быть осужденными или униженными, они часто используют модели поведения, которые помогают им лучше выглядеть или скрыть симптомы тревожности (например, избегают зрительного контакта; следят за своей речью; говорят быстро; мало говорят о себе; позволяют собеседнику делать все, что он говорит).

Было определено, что эти факторы имеют значение при формулировке случаев с коморбидными расстройствами в виде социальной тревожности при расстройствах пищевого поведения. На рис. 24.3 продемонстрирован один из вариантов взаимосвязи этих факторов в формулировке конкретного случая. В других случаях будут уместны иные факторы и связи между ними.

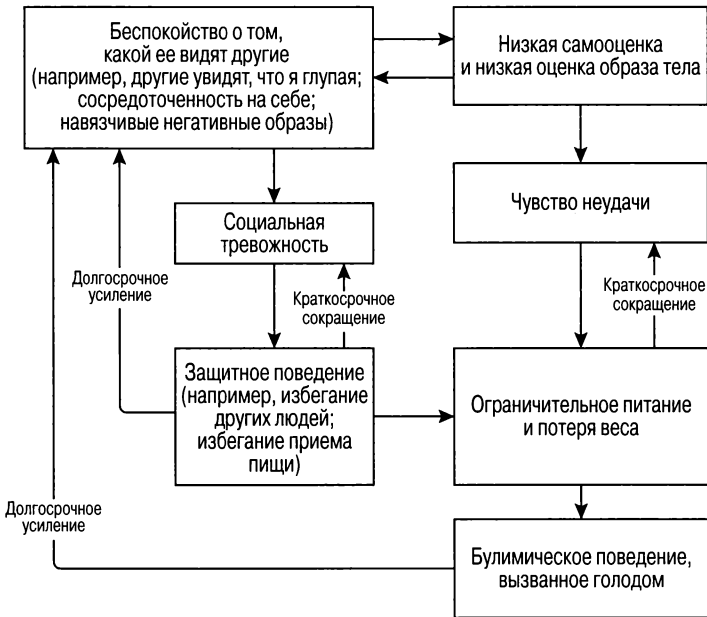


Рис. 24.3. Пример, на котором продемонстрирована связь между социальной тревожностью/фобией и патологией пищевого поведения

### 24.4.3. Терапевтические инструменты

Эффективное лечение социальной тревожности основано на серии взаимосвязанных экспериментов [Clark & Wells, 1995]. Основная часть лечения состоит из трех специальных экспериментов. Хотя после их завершения может потребоваться более индивидуализированное планирование лечения, а также в том случае, если у пациента наблюдаются симптомы, более похожие на избегающее расстройство личности. Авторы считают, что такая последовательность экспериментов полезна при лечении сопутствующей социальной тревожности у пациентов



с расстройствами пищевого поведения. С дополнительными практическими рекомендациями по лечению социальной тревожности можно ознакомиться в работах исследователей [Butler & Hackmann, 2004], [Clark, 2005] и [Wells, 1997]. У пациентов с расстройствами пищевого поведения лечение социальной тревожности часто сосредоточено на ситуациях, связанных с едой и образом тела (например, избегание приема еды с другими людьми из-за страха, что они заметят их смущение; не позволять другим видеть свое тело). Таким образом, изложенную ниже парадигму можно направить на то, как другие видят тело пациента или на то, как его воспринимают (и как он сам себя воспринимает) с использованием безопасных моделей поведения, таких как прием пищи в одиночестве, а не в компании.

Терапевты должны знать, что пациенты с коморбидной социальной тревожностью, скорее всего, будут чувствовать себя крайне стесненно, участвуя в поведенческих экспериментах. Они могут быть не в состоянии сказать врачу, что задание кажется им слишком сложным, из-за страха быть осужденными. Также важно помнить, что социально тревожные люди склонны интерпретировать реакцию других людей на их тревожность в свете своих узких убеждений о том, что приемлемо, а что — нет. Это делает их восприимчивыми к любым признакам отвержения или неодобрения со стороны других людей (включая врача).

### **Этап 1: эксперимент с безопасным поведением**

В первом эксперименте пациенту нужно провести два коротких разговора с манекеном. Их следует записать на видео. В первом разговоре пациент должен использовать безопасное поведение, как он обычно поступает в такой ситуации. Во втором варианте разговора пациенту следует отказаться от безопасного поведения и сосредоточить все свое внимание на разговоре и другом человеке (а не на себе).

После каждого разговора пациенту необходимо оценить:

- насколько тревожным он себя чувствовал;
- насколько тревожным, по его мнению, он выглядел;
- насколько хорошо, по его мнению, он себя проявил.

В результате этого упражнения обычно можно установить две вещи. Во-первых, чрезмерная сосредоточенность пациента на себе и его защитное поведение обычно связаны с *большой*, а не *меньшей*

тревожностью. Во-вторых, оценки пациента о том, как, по его мнению, он выглядел и насколько хорошо проявил себя, обычно зависят от его оценок того, насколько тревожным и сосредоточенным на себе он чувствовал себя во время разговоров. Таким образом, пациентов можно натолкнуть на мысль, что следует использовать чувства и другую внутренне генерируемую информацию, чтобы сделать вывод о том, как их воспринимают другие.

## **Этап 2: упражнение на переключение внимания**

После того, как было установлено, что использование безопасного поведения может негативно повлиять на самочувствие пациента в социальных ситуациях, во втором эксперименте пациент попробует “переключать внимание” в качестве домашнего задания в течение следующей недели. Пациент переключает защитное поведение и внимание на себя в разных социальных ситуациях и наблюдает за тем, как это влияет на его самочувствие и ощущение того, как его воспринимают окружающие. При переключении внимания пациент может проверить гипотезу о том, что использование защитного поведения ухудшает его самочувствие в социальных ситуациях, а не приносит облегчение. Как правило, пациенты приходят к выводу, что “мое защитное поведение мне не помогает, оно является частью проблемы и заставляет меня чувствовать себя хуже”.

## **Этап 3: обсуждение видеозаписей**

Следующий шаг — получение пациентом объективной информации о том, как его воспринимают другие люди. Чтобы определить это, пациент и врач просматривают видеозаписи двух коротких бесед (из этапа 1). Перед просмотром видеозаписей нужно, чтобы пациент сделал подробный прогноз о том, как, по его мнению, он выглядел на видео. Чтобы максимально увеличить расхождение между самовосприятием и реальным видео, пациенту нужно визуализировать, как, по его мнению, он будет выглядеть до просмотра видео, и операционализировать, как именно будет выглядеть его негативное поведение (например, врач может спросить пациента: “Как сильно вы будете трястись? Не могли бы вы показать мне на камеру, чтобы мы могли потом сравнить с видео”; или “Насколько сильно вы покраснели, когда разговаривали с манекеном? Не могли бы вы выбрать цвет из таблицы цветов?”). Наконец,

пациенту следует посмотреть видеозаписи разговоров, как если бы он смотрел на незнакомца. Врач может сказать пациенту: “Убедитесь, что ваши суждения основаны на визуальной и слуховой информации, которая была бы доступна любому, кто смотрит это. Постарайтесь не обращать внимания на свои чувства по поводу того, как вы выглядите”. Еще одна полезная стратегия — нужно, чтобы пациент говорил о себе в видео в третьем лице: “Как он выглядит для вас? Вы видите, что он сейчас делает?” Затем оценки пациента необходимо сравнить с фактическими показателями. Благодаря такой специальной когнитивной подготовке при обсуждении видеозаписей пациент сможет обнаружить, что он выглядит лучше, чем он думает, и что его самооценка обманчива (т.е. он не выглядит таким тревожным или странным, как он думал). Иногда пациенты замечают поведение, которое им не нравится или которое они хотели бы изменить. Однако при дальнейшем обсуждении часто выясняется, что это и есть защитное поведение, от которого можно отказаться.

## **24.5. Посттравматическое стрессовое расстройство**

---

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) диагностируется, когда у человека развивается реакция на травматическое событие, которая включает повторное переживание, избегание, оцепенение, симптомы гипервозбуждения и чувство сильного страха, беспомощности или ужаса. Многие пациенты с расстройствами пищевого поведения сообщают о травматическом опыте [*Fallon & Wonderlich, 1997; Kent et al., 1999; Rorty et al., 1994*]. Эти переживания иногда связаны с симптомами ПТСР, особенно в подгруппе пациентов с булимическими характеристиками [*Dansky et al., 1997; Kessler et al., 1995*].

### **24.5.1. Оценка**

Хотя многие пациенты с расстройствами пищевого поведения пережили тяжелую травму или жестокое обращение, у большинства из них в дальнейшем не развивается ПТСР. Поэтому сама по себе история травмы в анамнезе — не показатель для постановки диагноза ПТСР. Существует также значительное диагностическое совпадение между симптомами ПТСР и другими расстройствами (например, навязчивые

воспоминания людей с ПТСР похожи на те, которые встречаются у людей с депрессией [Reynolds & Brewin, 1999]).

В дополнение к таким опросникам, как Посттравматическая диагностическая шкала (the Posttraumatic Diagnostic Scale) [Foa et al., 1997] и Шкала влияния событий (the Impact of Events Scale) [Sundin & Horowitz, 2003], пациенту следует также заполнить Опросник посттравматических убеждений (the PostTraumatic Cognitions Inventory) [Foa et al., 1999], поскольку именно этот опросник поможет выявить убеждения, которые необходимо учитывать при лечении ПТСР. Чтобы поставить диагноз ПТСР, терапевт обязан спросить у пациента о наличии следующих симптомов:

- повторное переживание (например, навязчивые мысли или образы; повторное переживание события);
- избегание (например, не думать о событии; избегать людей или мест, связанных с событием);
- повышенная возбудимость (например, проблемы со сном; раздражительность; плохая концентрация).

Анке Элерс (Anke Ehlers) и Дэвид Кларк в своей статье [Ehlers & Clark, 2000] предоставили исчерпывающую информацию о когнитивно-поведенческой оценке ПТСР.

### 24.5.2. Формулировка случая

Авторы пришли к выводу, что при формулировке случая наиболее клинически полезной когнитивно-поведенческой моделью ПТСР является модель Элерс и Кларка [Ehlers & Clark, 2000]. Согласно этой модели ПТСР развивается, когда человек обрабатывает травматическое событие и/или его последствия и в процессе этого возникает “ощущение серьезной текущей угрозы”. Такое происходит, если у пациента есть тенденция интерпретировать специфические симптомы ПТСР (например, навязчивые мысли и воспоминания) как признаки того, что он находится в непосредственной и серьезной опасности. Пациент использует несколько когнитивных и поведенческих стратегий, которые поддерживают симптомы. Это включает подавление мыслей и избегание мест, людей и/или разговоров, связанных с травмой. Такие процессы поддерживают негативное восприятие симптомов и последствий

травмы пациентом и мешают ему полностью переработать воспоминания о травме.

В статье [Ehlers & Clark, 2000] было определено два типа убеждений, которые поддерживают у пациента ощущение текущей угрозы.

- *Оценка последствий травмы.* Пациенты склонны негативно оценивать как свои симптомы ПТСР (например, “наличие этих симптомов означает, что я слабак”), так и последствия травмы (например, изменения в отношениях или обстоятельствах). Эти оценки приводят к чрезмерно обобщенному ощущению, что жизнь окончательно и необратимо изменилась. Это, в свою очередь, связано с дальнейшими эмоциональными и поведенческими реакциями (например, чувством депрессии, социальной замкнутостью).
- *Оценка значения травматического события.* Травматические события часто происходят в контексте того, что у индивида была предшествующая история с негативным опытом (например, инвалидизирующая детская среда [Mountford et al., 2007]), которая привела к развитию негативных базовых убеждений. Таким образом, травматическое событие, после которого появляются симптомы ПТСР, — это, скорее, “верхушка айсберга”, а не причина всех симптомов, поэтому и лечение важно проводить с учетом этой перспективы. Травма может усилить ранее существовавшие негативные убеждения пациента о мире (например, “Мужчины опасны”; “Окружающие воспользуются вами, если вы не будете начеку”) или разрушить позитивные убеждения (например, “Большинство людей щедры и дружелюбны”; “Каждый человек добр в душе”). В результате черно-белое восприятие жизни действует как ментальный фильтр (“Я всегда знала, что мужчины такие”; “Жизнь абсолютно неконтролируемая”; “Люди самовлюбленные, и им нельзя доверять”). Более того, искаженные оценки, которые пациент сделал во время травмы, часто закрепляются в памяти как факты.

На рис. 24.4 показан пример того, как можно сформулировать коморбидность ПТСР и РПП на примере случая отдельного пациента, хотя такие формулировки, скорее всего, будут сильно отличаться в разных случаях. Это связано с тем, что травматический опыт и соответствующие поддерживающие факторы будут существенно отличаться у разных людей.

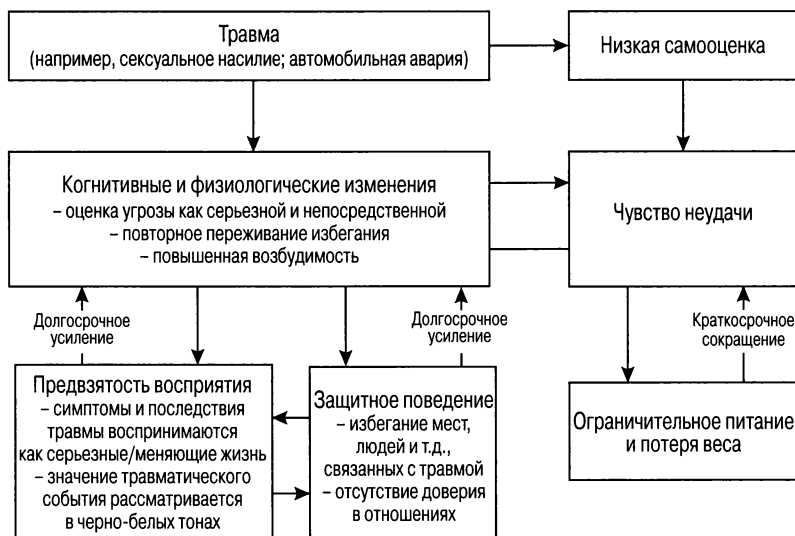


Рис. 24.4. Пример формулировки, на котором продемонстрирована связь между симптомами ПТСР и патологией пищевого поведения

### 24.5.3. Терапевтические инструменты

Клинический опыт показывает, что во многих случаях расстройство пищевого поведения можно устранить еще до лечения ПТСР. Однако есть случаи, когда ПТСР может помешать лечению РПП пациента. Есть случаи, когда ПТСР необходимо лечить в первую очередь (например, когда пациенту с высоким уровнем гипервозбуждения слишком сложно оспаривать свои убеждения относительно социальных ситуаций, связанных с едой).

Обосновать применение КПТ для лечения ПТСР пациентам можно с помощью “метафоры шкафа” [Ehlers & Clark, 2000]. Терапевт сравнивает воспоминания пациента о травме со шкафом, в который очень быстро были брошены различные вещи (например, книги, одежда, обувь, теннисная ракетка). Каждый предмет, который хранится таким образом, можно сопоставить с тревожными мыслями и чувствами. Поскольку все предметы лежат друг на друге (т.е. мысли и чувства не обрабатываются должным образом), невозможно полностью закрыть дверцу шкафа, и поэтому некоторые вещи иногда выпадают (например, навязчивые мысли, необъяснимое чувство страха). Чтобы этого не

происходило, дверцы шкафа нужно полностью открыть, внимательно рассмотреть каждый предмет и положить его на место (т.е. провести когнитивную реструктуризацию). Как только это будет сделано, шкаф можно закрыть, и он останется закрытым (т.е. мысли и чувства перестанут быть навязчивыми).

Использование КПТ при ПТСР имеет три цели, которые направлены на то, чтобы помочь пациенту:

- полностью переработать воспоминания о травме (что ведет к уменьшению повторного переживания);
- определить и изменить негативные оценки симптомов травмы (которые поддерживают ощущение текущей угрозы);
- перестать использовать защитные модели поведения (например, подавление мыслей; избегание переживаний).

В соответствии с исследованием [Mueller et al., 2004], можно использовать четыре типа поведенческих экспериментов для проверки убеждений и предположений пациентов. При работе с коморбидностью при расстройствах пищевого поведения эту парадигму необходимо адаптировать, чтобы изучить связи ПТСР с РПП. Например, может возникнуть необходимость использовать рескриптинг воспоминаний (см. ниже) при работе с травматическими образами, которые стали ассоциироваться с едой. Этот подход может состоять из преодоления неявной ассоциации травматического события с определенным запахом или физическим ощущением, связанным с едой (например, пациенты чувствуют себя слишком тревожными, чтобы есть, когда ощущают запах, который присутствовал в момент травмы; пациенты сообщают о панических ощущениях во время приема еды, если у них была травма, связанная с изнасилованием оральным способом). Четыре типа поведенческих экспериментов при ПТСР:

- эксперименты, направленные на проверку бесполезных оценок симптомов травмы пациентом;
- эксперименты, помогающие пациенту переоценить свои измененные (или подтвержденные) оценки себя и/или мира;
- эксперименты, помогающие пациенту переоценить свои искаженные оценки на момент травмы;

- эксперименты, направленные на изучение последствий использования защитных моделей поведения, таких как подавление мыслей.

С учетом этих целей и методов процесс КПТ при ПТСР состоит из трех этапов.

### **Этап 1: “переживание” с помощью когнитивной реструктуризации**

При рескриптинге воспоминаний [*Smucker & Niederee, 1995*] пациенту нужно “пережить” травму в воображении. Это означает, что пациенты должны как можно ярче представить себе травму и определить свои мысли и чувства во время переживания. Их рассказ о травме должен начинаться с момента непосредственно перед тем, как произошло событие, и продолжаться до тех пор, пока они не почувствуют себя в безопасности. Важно, чтобы пациент описывал произошедшее в настоящем времени (например, “Я вижу, как человек приближается ко мне”). Для того, чтобы пациент не отвлекался от воспоминаний во время “переживания”, врач обычно задает такие вопросы: “Что вы сейчас видите?”, “Что вы чувствуете во время воспоминания?” и “Какие мысли у вас в голове в этот момент?” Для того, чтобы определить наиболее дистрессовые моменты травмы, врач просит пациента оценить уровень дистресса в разные моменты переживания. После рескриптинга терапевт и пациент обсуждают наиболее проблемные аспекты травмы и изучают конкретные мысли и убеждения, которые были выявлены. Используя стандартные техники КПТ, эти мысли и убеждения можно затем вербально оспорить и переатрибутировать. Как только пациент совместно с терапевтом разработают альтернативную перспективу, эти новые знания можно будет интегрировать в память пациента о травме в ходе последующего эксперимента с рескриптингом.

### **Этап 2: экспозиция в естественных условиях**

После эксперимента с “переживанием” можно осуществить экспозицию в естественных условиях — это намеренная экспозиция с напоминаниями о травме, которые пациент продолжает избегать (например, посещение места травмы). Цель — уменьшить опасения пациента о том, что эти напоминания сигнализируют о непосредственной опасности. Выявление сходств и различий между тем временем и настоящим поможет пациенту отличить безобидные триггеры, которые были частью травмы (например, свет, падающий под определенным углом, предметы



в комнате), от тех, которые сигнализируют об опасности (например, голос обидчика, хлопанье дверью). Поездка на место травмы поможет пациенту и врачу получить новую информацию, которая позволит опровергнуть некоторые искаженные убеждения пациента о собственном поведении во время травмы (например, показать, что в этом месте бежать физически невозможно). С чрезмерно обобщенными убеждениями об опасности (например, “нигде не безопасно”; “на меня могут напасть в любой момент”) можно бороться, если проводить поведенческие эксперименты, которые будут включать экспозицию с этими убеждениями, проверку результата, которого боялись, и альтернативных вариантов.

### **Этап 3: выявление триггеров навязчивых воспоминаний и эмоций**

Факторы, которые семантически не связаны с травмой, но присутствовали в момент возникновения воспоминаний о травме, могут служить триггерами для возникновения навязчивых образов, сильных негативных эмоций и тяжелых физических реакций. Например, пациенты могут заметить, что определенные запахи или звуки вызывают образы травмы (и сильный аффект). Пусть пациент обратит особое внимание на моменты, когда он испытывает интрузию, и определит потенциальные триггеры таких интрузий в окружающей среде в этот момент. Когда пациент хорошо понимает, какие физические сигналы обычно вызывают интрузию, можно обсудить сходства и различия между настоящим и прошлым контекстами, в которых эти сигналы возникали. Это позволит пациенту правильно определить и переатрибутировать причину интрузии в неугрожающий триггер (например, “Мое навязчивое воспоминание о травме вызвано запахом бензина, но это не значит, что я сейчас в опасности”).

## **24.6. Импульсивное поведение и мультиимпульсивность**

---

Многие пациенты с расстройствами пищевого поведения имеют и другие виды импульсивного поведения. Когда для пациентов характерен целый ряд таких форм поведения, их называют “мультиимпульсивными”. Этот термин до конца не определен, и вполне возможно, что эти пациенты испытывают более широкий спектр проблем, связанных с пограничным расстройством личности (см. главу 25). Эти модели

поведения включают: компульсивное воровство; злоупотребление психоактивными веществами и/или алкоголем; самоповреждение (включая самопорезы, удары и прижигание); передозировки/суицидальное поведение; импульсивные покупки; и рискованное сексуальное поведение. Их объединяет то, что пациенты используют эти модели поведения для эмоциональной регуляции так же, как и многие модели пищевого поведения. Пациенты с мультиимпульсивными расстройствами чаще встречаются в специализированных клиниках, чем в клиниках более широкого профиля [Favaro & Santonastaso, 1998; Lacey, 1993; Welch & Fairburn, 1996]; и чаще встречаются среди пациентов с расстройствами пищевого поведения, в том числе с булимическими расстройствами, особенно сопровождающимися очищением (нервная булимия и нервная анорексия подтипа “переедание/очищение”) [Favaro & Santonastaso, 2000; Nagata et al., 2000]. У пациентов с мультиимпульсивными расстройствами, как правило, больше общих симптомов психопатологии и менее благоприятное течение болезни [Fichter et al., 1994]. Такие пациенты относительно устойчивы к лечению [Nagata et al., 2000]. Поэтому важно учитывать уровень риска и возможности. Основной *риск* заключается в том, что человек может причинить вред себе или другим. И это требует внешнего контроля, прежде чем КПТ начнет действовать. Вопрос *возможностей* наиболее актуален, если пациент использует поведение, которое подразумевает, что он не может выполнять задания или отвечать требованиям КПТ (например, те пациенты, которые настолько сильно злоупотребляют алкоголем или наркотиками, что не могут участвовать в решении когнитивных задач). Таким пациентам часто требуется более сдерживающая среда (стационар или дневной стационар), программы детоксикации. Это поможет снизить риск или увеличить их возможности. Также можно использовать регуляцию аффекта и схема-терапию КПТ для контроля и лечения основной патологии.

Остальная часть этого раздела посвящена оценке и формулированию случаев таких пациентов с расстройствами пищевого поведения. Как будет описано далее, при лечении таких пациентов, скорее всего, потребуются навыки, описанные в главе 25. У многих пациентов нерациональное поведение началось в разное время. Но к моменту обращения пациента за лечением первичность одной из моделей поведения, скорее всего, сложно будет определить. Необходимо понять,

какое поведение сильнее влияло и поддерживало общий уровень дистресса и дисфункции пациента. Поэтому важно определить, являются ли некоторые из проблем (например, употребление алкоголя) ключевыми поддерживающими факторами. Также нужно выяснить, стоит ли их решать в более специализированных учреждениях, прежде чем лечить РПП. Авторы пришли к выводу, что в большинстве случаев такого конкретного фактора нет и есть возможность работать с разными моделями поведения параллельно. Однако если уровень преднамеренного самоповреждения высокий, уровень риска также будет гораздо выше и более непосредственным. Нужно составить договор с четким планом для сокращения такого поведения. Если пациент не согласен подписать этот договор, можно сделать вывод, что сейчас не время для КПТ и соблюдать такие требования пациенту, вероятно, будет слишком сложно. На этом этапе, вероятно, потребуется либо более сдерживающая среда (например, стационар или дневной стационар), либо навыки диалектической поведенческой терапии (см. следующую главу).

### 24.6.1. Оценка

В дополнение к сбору информации о пищевом поведении нужно, чтобы пациент отмечал эпизоды любых других импульсивных моделей поведения, которые он совершает, эмоции, связанные с этими моделями поведения, и убеждения, связанные с этими эмоциями и моделями поведения. Мысли, связанные с конкретным поведением, часто находятся на уровне негативных автоматических мыслей и условных убеждений (например, переедание и рвота, чтобы уменьшить тягу к еде и страх набрать вес; ограничения в еде из-за завышенных представлений о весе и фигуре). А мысли, связанные с аффектом, чаще всего являются базовыми убеждениями (т.е. безусловными убеждениями на уровне схем — см. главу 25). Этот дневник используется для того, чтобы определить функции различных видов поведения (например, эмоциональной регуляции, такой как подавление гнева или самонаказание за “слишком счастливое” поведение). Однако важно также изучить, почему конкретные формы поведения используются в разное время (например, почему пациент использует алкоголь в одной ситуации,

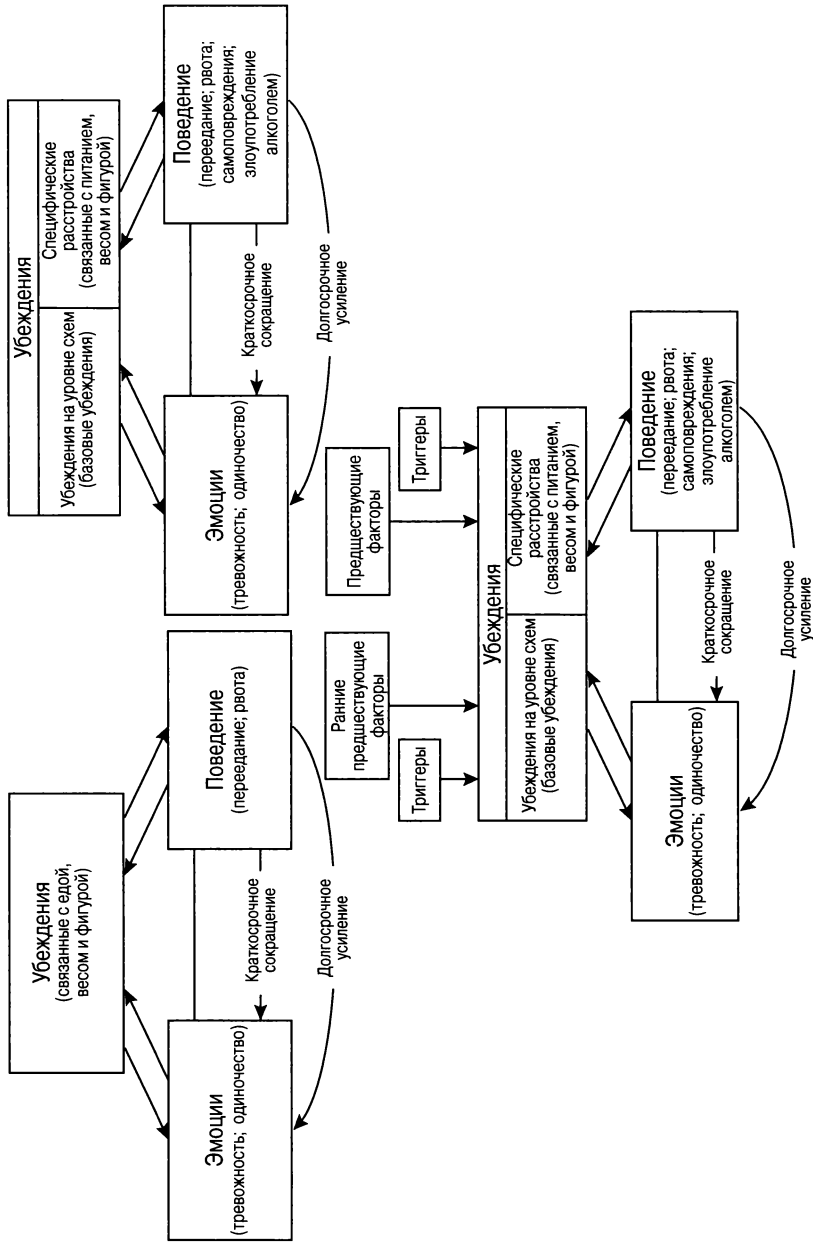
а самоповреждение — в другой?). Обычно, это можно объяснить рядом факторов, в частности:

- индивидуальный опыт пациента (например, использование родителями пищи для подавления дистресса ребенка; моделирование родителями употребления алкоголя для решения социальных ситуаций);
- непосредственная потребность эмоциональной функции (например, самопорезы имеют более быстрый эффект, чем употребление алкоголя, но алкоголь действует дольше);
- доступность поведения в данный момент (например, эпизод передания трудно совершить в социальной обстановке, а употребление алкоголя может быть более приемлемым).

Для разработки формулировки случая используют опыт пациента и его текущие обстоятельства. Это позволяет понять его текущую поведенческую модель.

### 24.6.2. Формулировка случая

Нужно стремиться сделать формулировку как можно более простой, но при этом полезной. Однако если попытаться включить все виды поведения, характерные для мультиимпульсивных случаев, то можно получить слишком сложную формулировку, которая не будет понятна ни терапевту, ни пациенту. Поэтому наиболее продуктивно будет вернуться к принципу объединения мыслей, эмоций и поведения с точки зрения их функций. На рис. 24.5 проиллюстрирован такой процесс создания формулировки от формулировки, которая просто связана с едой, до той, которая включает в себя целый ряд разных моделей поведения. Из-за многообразия форм поведения, которые могут быть задействованы в таких глобальных формулировках, такие формулировки неизбежно будут отличаться у отдельных пациентов. Окончательный вариант показывает, что в формулировку необходимо включить ранний опыт и триггеры для того, чтобы понять (и в конечном счете оспорить) базовые убеждения (см. главу 25). В этом чаще всего нет необходимости в более простых случаях.



**Рис. 24.5.** Пример формулировки, на котором продемонстрировано развитие моделей от простой, которая включает только патологию пищевого поведения, к более обобщенной, которая включает более полный спектр импульсивного поведения с общей функцией эмоциональной регуляции

### **24.6.3. Терапевтические инструменты**

У пациентов с расстройствами пищевого поведения и другими сопутствующими импульсивными формами поведения при лечении отдельных форм поведения, независимо друг от друга, существует высокий риск “переключения симптомов”. Например, пациент, который наносит себе повреждения, скорее всего, будет использовать это поведение чаще, если булимическое поведение будет снижено. Это связано с тем, что основные проблемы эмоциональной дисрегуляции остались. Поэтому следует использовать техники, описанные в главе 25, для работы как с дисрегуляцией эмоций, так и с базовыми убеждениями, которые управляют этими эмоциями.



## Коморбидность с расстройствами оси II

Расстройства оси II принято называть “расстройствами личности”, хотя многие пациенты считают этот термин бесполезным или даже негативно к нему относятся. Опыт показывает, что у многих пациентов могут быть диагностированы расстройства личности “кластера С” — обсессивно-компульсивное расстройство личности или избегающее расстройство личности. Эта коморбидность может проявляться в виде паттерна тревожно-защитного поведения, которое имеет общие корни с РПП. С первой проблемой можно справиться, используя те же методы, что и при работе с обсессивно-компульсивным расстройством. А со второй можно бороться аналогичными методами, которые используются при работе с социальной тревожностью (см. предыдущую главу). Однако некоторые пациенты соответствуют критериям “кластера В” расстройств личности — в основном пограничного расстройства личности, а также имеют некоторые защитные характеристики нарциссизма. Эти пациенты часто имеют значительные травмы в прошлом и эмоционально неадекватное воспитание, которое связано с их эмоциональной нестабильностью. Такие пациенты часто мультиимпульсивные из-за эмоциональных колебаний. Авторы пришли к выводу, что их личностные трудности не поддаются эффективному лечению простым расширением существующих подходов к лечению расстройств оси I.

С такими пациентами важно работать на другом уровне. Эмоции обычно являются ключевым триггером их пищевого поведения. При этом убеждения, связанные с едой, фигурой и весом, менее важны (хотя они все же присутствуют и играют свою роль в поддержании нерациональных моделей питания). Такие пациенты используют пищевое и ограничительное поведение для сдерживания своих эмоций, ведь они не способны переносить интенсивные перепады настроения (обычно негативное настроение, но иногда и позитивное). Марша Линехан [Linehan, 1993] описывает таких людей как индивидов с трудностями в “перенесении дистресса”, в то время как Кристофер Фэйрберн с коллегами [Fairburn et al., 2003] используют при описании таких пациентов термин “непереносимость настроения”.



При формулировке и лечении таких случаев авторы обнаружили, что полезно учитывать роль эмоций и структур убеждений, которые лежат в основе этих эмоций. Было выделено три таких мишени. Во-первых, нужно подчеркнуть важность техник из диалектической поведенческой терапии (ДПТ) (DBT) [Linehan, 1993], которые используются для регуляции эмоций более адаптивным способом, без изменения основных структур, вызывающих эмоциональное расстройство. Это то, что Линехан [Linehan, 2001] назвала “терапией первого уровня”. Она противопоставляет ее “терапии второго уровня”, которая, в свою очередь, изменяет когнитивные структуры, лежащие в основе этих эмоций. Авторы используют два метода терапии второго уровня, в зависимости от формулировки конкретного случая. Один из них заключается в обращении к убеждениям, которые лежат в основе эмоционального избегания, что позволяет человеку адаптивно, а не дезадаптивно реагировать на эмоции (когнитивно-эмоционально-поведенческая терапия). Другой метод — обратиться к безусловным, базовым убеждениям на уровне схем, которые лежат в основе эмоциональных реакций (схема-терапия КПТ). Далее в этой главе будут описаны три этих подхода в работе с расстройствами оси II, когда они коморбидны расстройствам пищевого поведения. Однако каждый из этих подходов — относительно сложный и трудоемкий по сравнению с обычной терапией расстройств пищевого поведения, поэтому их следует использовать только в тех случаях, когда они актуальны в данной формулировке. Предоставленная в этом пособии информация носит ознакомительный характер, поэтому авторы рекомендуют изучить дополнительную литературу [Corstorphine, 2006; Kennerley, 1996; Linehan, 1993; Safer et al., 2001; Waller et al., in press], чтобы лучше понять суть таких подходов для их дальнейшего гибкого применения в процессе лечения.

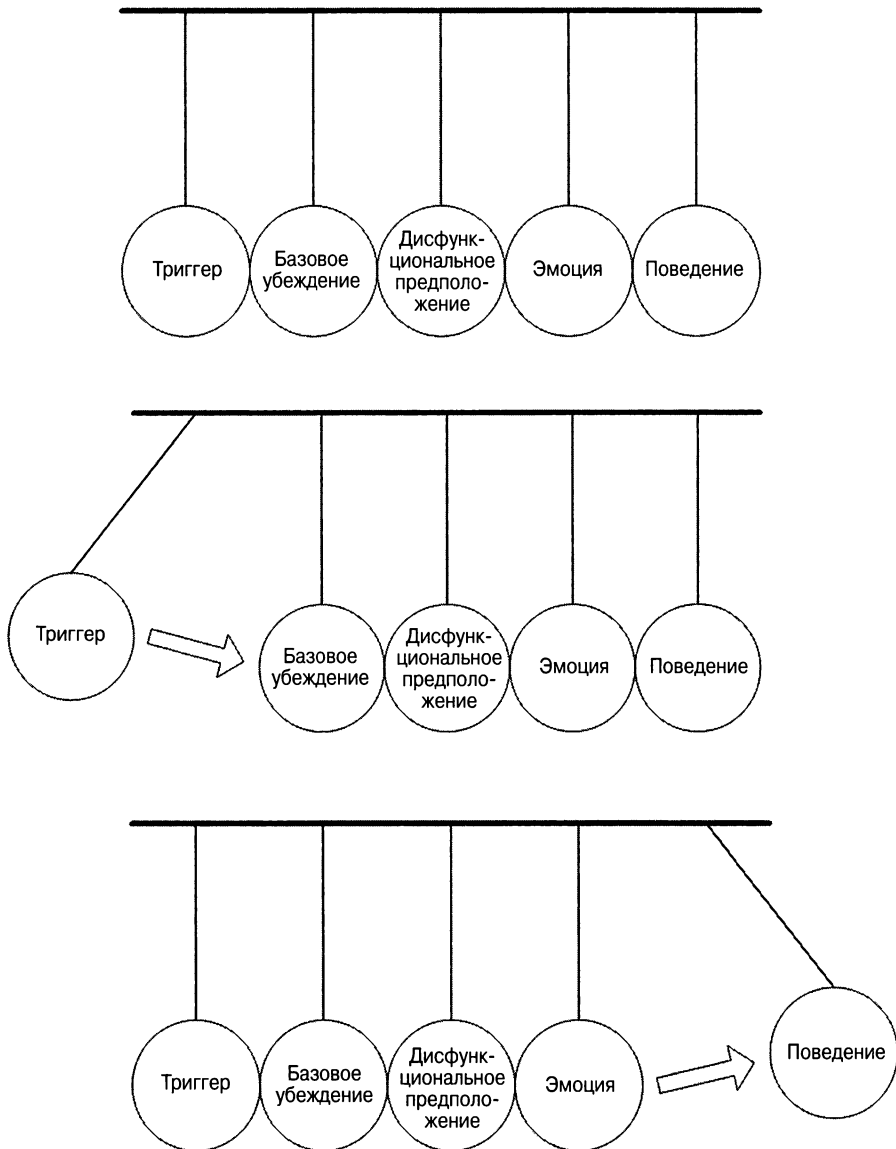
Для того чтобы представить пациентам такой принцип работы, можно использовать аналогию с маятником Ньютона. Большинство людей знают маятник Ньютона как “игрушку для руководителей”. Она состоит из набора (обычно пяти) стальных шариков, подвешенных на веревках так, чтобы они соприкасались в горизонтальной плоскости. Подъем и опускание шарика на одном конце линии приводит к тому, что шарик на другом конце линии начинает также двигаться. Принцип можно объяснить так: все шары были задействованы в процессе, но

единственное видимое действие осуществлялось крайними шарами (которые даже не соприкасаются). Важно объяснить пациентам, что они часто не находят связь между триггером (например, телефонным звонком матери) и поведением (например, чрезмерными физическими упражнениями, перееданием), если в этом нет очевидного смысла. Следовательно, пациент полагает, что его поведение бессмысленно, а значит, не поддается контролю. Для того чтобы уменьшить эту предполагаемую беспомощность, и чтобы пациент мог научиться изменять свое поведение, важно подчеркнуть, что между пусковым механизмом и поведением существуют значимые связи (обычно это базовые убеждения, дисфункциональные предположения или негативные автоматические мысли и эмоции). Главная проблема состоит в том, что они возникают очень быстро, а пациент не привык их определять. На рис. 25.1 показано, как это можно представить пациенту, хотя в дальнейшем нужно развивать этот подход до более персонализированного, вводить дневники для проверки мыслей и эмоций, связанных с конкретным пациентом.

## **25.1. Работа с эмоциональной регуляцией: методы диалектической поведенческой терапии**

---

ДПТ широко применяется в лечении при самоповреждениях и других импульсивных формах поведения, характерных для пограничного расстройства личности. Основная цель терапии состоит в том, чтобы научить пациента осознавать и переносить интенсивные эмоции. Для того чтобы обучить пациента таким навыкам, необходимо сначала вовлечь пациента в процесс изменений, а затем повысить осознание своих эмоций и рисков, которые возникают, когда человек использует дезадаптивные стратегии. Первый из этих шагов требует применения техники, которую Линехан назвала *“всеобъемлющей валидацией”*. Терапевту необходимо создать в рамках терапии непринужденную атмосферу, при которой пациент чувствует, что врач понимает причину, из-за которой у пациента возникло такое поведение. Терапевт не будет обвинять пациента за такое поведение, но при этом будет придерживаться принципа, что, несмотря на присутствие этих форм поведения в прошлом индивида, на данный момент их нужно менять.



**Рис. 25.1.** Использование аналогии "маятника Ньютона" для объяснения пациенту связи между триггерами и поведением, обусловленной базовыми убеждениями, негативными автоматическими мыслями и эмоциями. Эта аналогия используется для того, чтобы помочь пациенту выявить механизмы, которые не всегда возможно сразу осознать при понимании видимой связи между триггером и поведением

Второй шаг — *уменьшение диссоциации*. Важно, чтобы человек не “отключался” от эмоционально дискомфортной ситуации, концентрируя внимание на другом месте или используя “блокирующее” поведение. Важный навык — *заземление*, когда пациент учится определять такую тенденцию к диссоциации и осваивает техники, позволяющие ему сосредоточиться на моменте “здесь и сейчас”. Хелен Кеннерли [Kennerley, 1996] предоставила ряд практических техник, которые могут уменьшить диссоциацию таким образом.

Последний шаг — обучение пациента навыкам *осознанности*, чтобы он мог отстраниться от эмоционального расстройства и объективно рассмотреть ситуацию. Это позволит ему оценить ситуацию и свои реакции на нее, не избегая любой потенциальной угрозы или негативного эмоционального состояния. Люди учатся осознавать опыт “в моменте”, безоценочно и однонаправленно. Навыки осознанности позволяют пациентам установить более прямой контакт со своим непосредственным опытом и одновременно отстраниться от него.

После того как эти этапы пройдены, можно переходить к этапу, на котором пациент может освоить новые навыки реагирования на эмоции, ситуации и триггеры, вызывающие эти эмоции. Такие навыки могут включать когнитивные методы, например, оценку и снижение влияния триггера. Однако многие из наиболее эффективных методов будут поведенческими (например, выработка альтернативного поведения, которое позволит разрешить ситуацию, а не избежать ее). Ключевой момент состоит в том, что ни когнитивные, ни поведенческие методы не доступны диссоциирующему человеку. Поэтому развить эти навыки у пациента, который не прошел через предыдущие стадии, не возможно.

## **25.2. Работа с убеждениями об эмоциях: когнитивно-эмоционально-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения**

---

Как было сказано выше, ДПТ помогает человеку лучше справляться с аффектом. Как отмечала Линехан [Linehan, 1993], можно обратиться к лежащим в их основе убеждениям, что позволит пациенту выработать более адаптивный образ жизни. Такой подход поможет изменить убеждения о приемлемости эмоций или изменить убеждения, которые изначально вызвали такую неприемлемую эмоцию. В этом разделе

будет описан первый из этих подходов. Далее будет представлено краткое описание процесса лечения. В его основе лежит когнитивно-эмоционально-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения (КЭПТ РПП) (СЕВТ-ЕД) [Corstorphine, 2006] — понимание и изменение убеждений о неприемлемости эмоций и вытекающих из них импульсивных и компульсивных моделей поведения.

### 25.2.1. Происхождение проблем регуляции аффекта

Такие убеждения о неприемлемости эмоций и возникающие в результате этого проблемы регуляции аффекта — результат взросления в инвалидирующей среде, где сообщения об эмоциях игнорируют или негативно реагируют на них [Linehan, 1993]. В результате взросления в такой среде у человека формируются убеждения, что эмоции — это “плохо”, “рискованно” или “опасно”, и поэтому их не следует испытывать. Если переживания эмоций нельзя избежать, их не следует выражать. Эта концепция похожа на схему эмоционального торможения Янга (Young’s emotional inhibition schema) [Young, 1999].

Такие убеждения о неприемлемости аффекта срабатывают, когда индивид испытывает *первичную эмоцию*. Первичные эмоции являются адекватной реакцией на окружающую среду (например, чувство злости на человека, который вас предал; чувство радости от того, что близкий человек приезжает в гости) и адаптивны к ситуации (например, мотивируют человека изменить ситуацию). Однако убеждение в том, что такие первичные эмоции неприемлемы, вызывает *вторичные эмоции* (например, чувство вины за то, что вы злитесь; гнев за то, что вы расстроены). Таким образом, вторичные эмоции — результат оценки первичных эмоций как “плохих”. Для многих наших пациентов значительная часть дистресса — результат вторичных эмоциональных состояний. Поскольку первоначальная эмоциональная ситуация часто терпимая или умеренная, пациент может воздержаться от негативных чувств по поводу нее, когда испытывает эту эмоцию. Помимо усиления дистресса, вторичные эмоции могут препятствовать пациенту обращать внимание на первичную эмоцию. Из-за этого пациент не может адаптивно ответить на эту первичную эмоцию (например, изменить ситуацию). Вместо этого человек подавляет переживание и выражение эмоции с помощью еды и других видов поведения.

## 25.2.2. Краткое описание КЭПТ РПП

Цель КЭПТ РПП — дать возможность пациентам с расстройствами пищевого поведения понять переживание и выражение эмоций. Благодаря этому они смогут определить и оспорить свои убеждения и таким образом осознавать и реагировать на них. Такие навыки необходимы, чтобы снизить потребность в сопутствующем дезадаптивном эмоциональном поведении (т.е. поведении, связанном с приемом пищи, другими импульсивными и компульсивными видами поведения). Считается, что КЭПТ при РПП будет полезна для пациентов, которые испытывают умеренные трудности в регуляции аффекта (например, тех, кто с трудом распознает и регулирует свои эмоции, но осознает, что эти эмоции — часть их опыта). Для людей с особенно тяжелыми нарушениями регуляции аффекта (например, тех, кто отрицает или не может осознать свои эмоции) более полезными будут методы лечения, которые направлены на осознание функции этих нарушений (например, схема-терапия [Waller et al., Young et al., 2003]).

## 25.2.3. Формулировка случая в КЭПТ РПП

Формулировка должна объяснить развитие и поддержание убеждений пациента относительно переживания и выражения эмоций. Это поможет обеспечить обоснование и основу для процесса лечения. В рамках формулировки, чтобы осознать опыт пациента, нужно обсудить концепцию инвалидирующего окружения [Linehan, 1993] и то, как это способствовало формированию убеждений об эмоциях, которых он сейчас придерживается. На рис. 25.2 показана как общая формулировка в КЭПТ, так и расширенная, более специфическая формулировка при расстройствах пищевого поведения. На нем также показаны связи между эмоциональной обработкой и симптомами расстройств пищевого поведения.

## 25.2.4. Терапевтические инструменты

КЭПТ РПП фокусируется на эмоциях. В процессе лечения поощряется переживание и выражение эмоций, поэтому в процессе проведения сеансов, скорее всего, у пациента возникнет целый ряд эмоций (особенно тревожность). Поэтому важно, чтобы и врач, и пациент отслеживали эмоции, которые возникают во время сеанса. Активное выявление и обсуждение аффективных переживаний, вызванных во

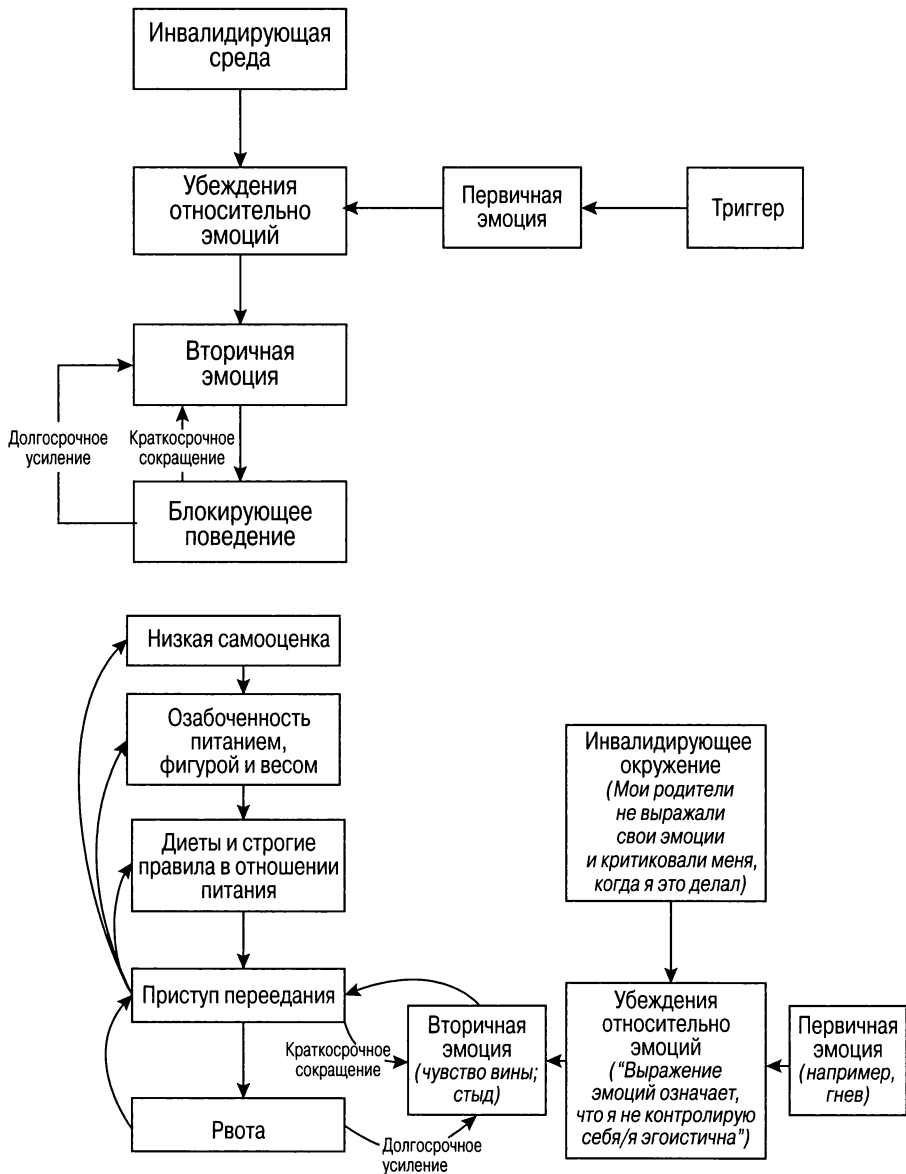


Рис. 25.2. Общая и специфическая при РПП формулировка в КЭПТ

время лечения, позволит получить убедительные примеры, которые помогут составить формулировку.

Нужно начать с оценки осознания пациентом эмоций (интеллектуальное или эмпирическое). Важно подчеркнуть, что эмоции — сложный аспект и что единственный способ избежать переживания эмоций — это отвлечь внимание (одна из функций, которую в настоящее время выполняет пищевое поведение пациента). Но это не решает проблему, о которой предупреждают эмоции (например, гнев может предупреждать пациента о том, что кто-то плохо с ним обращается, мотивирует изменить поведение этого человека). Необходимо также описать потенциальные положительные функции эмоций:

- общение с другими (например, плач может сообщить другим, что нам нужна их поддержка);
- влияние на других (например, гнев может побудить собеседника изменить свое поведение);
- организация и подготовка к действию (например, беспокойство может побудить вас готовиться к экзамену);
- самопознание (например, чувство дискомфорта в чьей-то компании может указывать на то, что, возможно, не в наших интересах проводить с этим человеком слишком много времени).

Далее нужно найти различия между эмоциями, которые являются адаптивной реакцией на окружающую среду и таким образом выполняют определенную функцию (первичные эмоции), и эмоциями, которые вызваны убеждениями об эмоциях и усиливают дистресс (вторичные эмоции).

Затем нужно обсудить, как нужно выражать такие эмоции адаптивным и подходящим образом, чтобы они выполняли эти функции. Подходящие варианты нужно находить в зависимости от контекста — чего нужно достичь и что нужно передать. Так терапевт подчеркнет, что важно правильно выражать эмоции, не в черно-белых оттенках, а в разных тонах. Гнев — яркий пример такого расширенного выражения, в котором пассивность находится на одном конце, агрессия — на другом, а уместная и эффективная ассертивность (напористость) — посередине.

Чтобы улучшить эмоциональное осознание и оценку, нужно использовать следующие стратегии:



- ведение дневника наблюдения за эмоциями и их функциями — предоставит пациенту возможности развить базовые навыки осознанности (наблюдение и описание), чтобы он мог познакомиться со своими эмоциями;
- составление списка плюсов и минусов подавления и выражения эмоций — как долгосрочных, так и краткосрочных последствий, позволяющих пациенту увидеть, что большинство преимуществ подавления эмоций — краткосрочные, а большинство недостатков — долгосрочные;
- экспериментальные упражнения (например, использование рисования и написание писем) позволяют пациенту обойти свои убеждения относительно первичных эмоций, помогая начать определять и организовывать свои чувства без страха быть подавленным вторичными эмоциями.

Это позволит перейти к когнитивной реструктуризации и поведенческим экспериментам. Таким образом удастся уменьшить силу дезадаптивных убеждений пациента, создать альтернативные убеждения, которые можно проверить в сравнении с убеждением, что эмоции не должны испытываться или выражаться. Необходимо выполнять и дополнительные задания (например, постоянный мониторинг убеждений и эмоций; тренинг ассертивности), чтобы закрепить эти новые убеждения и создать адаптивные стратегии эмоционального преодоления в поведенческом репертуаре пациента.

## **25.3. Работа с основными убеждениями: схема-терапия КПТ при расстройствах пищевого поведения**

---

В этом разделе будет описан второй метод, который направлен на мысли, связанные с расстройствами пищевого поведения. В нем используются методы схема-терапии для изменения убеждений, которые создали неприемлемую эмоцию, а не для изменения убеждений о приемлемости этой эмоции.

### **25.3.1. Подготовка пациента к схема-терапии КПТ**

В схема-терапии КПТ при расстройствах пищевого поведения центральная задача — выявление, оспаривание и изменение базовых

убеждений, которых придерживается пациент. Нужно стремиться снизить когнитивные и эмоциональные триггеры поведения до управляемого уровня. Сложность такой работы заключается в том, что основным убеждениям присуща безусловность, т.е. пациент не считает возможным их изменить. Поэтому первая задача — объяснить принцип этого метода пациенту. Важно, чтобы он проводил мониторинг и решал задачи, даже если они кажутся ему нелепыми. Вторая задача — необходимо сразу объяснить пациенту, что его схемы могут сопротивляться изменениям, не поддаваться процессу лечения в терапии и держаться на доказательствах, которые их подтверждают. Поэтому важно поднять этот вопрос на ранней стадии терапии, чтобы потенциальные неудачи можно было списать на дезадаптивные схемы и не рассматривать их как следствие отсутствия мотивации или враждебности к терапии. Наконец, важно подчеркнуть, что не следует рассматривать убеждения и поведение как “безумство”. Вместо этого нужно указать, что они имели смысл в определенный момент в определенной ситуации (т.е. тогда они были адаптивными), но с тех пор они стали дезадаптивными, поскольку изменилось окружение и возможности пациента.

### 25.3.2. Оценка

Нужно предоставить пациенту материалы для самопомощи Джеффри Янга (Jeffrey Young) по пониманию, выявлению и изменению базовых убеждений [Young, 1999; Young & Klosko, 1993]. Нужно, чтобы пациент заполнил сокращенный вариант опросника схем Янга [Young, 1998]. Это поможет оценить основные убеждения, которые являются ключевыми мишенями для терапии. Обучение пациента таким образом позволит обсудить базовые убеждения, которые актуальны в его случае. Так пациент сможет понять, что его поведение и эмоции не являются “безумством”, и у него появится возможность сравнить себя с другими людьми в аналогичной ситуации.

Следуя примеру таких терапевтов, как Дэвид Малан (David H. Malan) [Malan, 1995], благодаря взаимодействию между врачом и пациентом, можно выявить и продемонстрировать наличие у пациента конкретных базовых убеждений. Например, если пациент проявляет чрезмерную озабоченность благополучием врача, можно предположить, что это — демонстрация его схем самосохранения и подчинения в действии. Такие схемы заставляют пациента ставить в приоритет потребности других,

а не собственные. Затем можно обсудить, как эта схема затрудняет удовлетворение их потребностей как в рамках КПТ, так и во внешнем мире. Точно так же многим пациентам трудно регулярно посещать сеансы КПТ. Такое поведение могло наблюдаться и при прохождении предыдущих курсов терапии. В таких случаях можно предположить вместе с пациентом, что это пример схемы покинутости, который заставляет его ожидать, что другие откажутся от него. Поэтому он пытается расширить границы терапевтических отношений, чтобы понять, когда его отвергнут. Затем необходимо обсудить, как такая модель поведения может нарушить способность пациента справляться с жизнью в различных условиях.

### 25.3.3. Формулировка случая в схема-терапии КПТ

Учитывая разнообразие базовых убеждений, которые могут быть связаны с расстройствами пищевого поведения и коморбидными состояниями, важно применять широкие принципы схема-терапии при разработке индивидуальной формулировки. Это поможет объяснить патологию конкретного пациента и обозначить курс лечения. Предложенный ниже материал разделен и представлен по порядку, начиная с общих принципов и заканчивая примером индивидуальной формулировки.

#### 25.3.3.1. Общие принципы

Нужно концептуализировать эти случаи, как имеющие специфические для РПП убеждения (преувеличенные опасения по поводу еды, фигуры и веса) и убеждения на уровне схем. Последние оказывают большее влияние через эмоциональный компонент в формулировке (в соответствии с аналогией “маятника Ньютона”, описанной ранее в этой главе). Можно использовать дневники, чтобы отслеживать цепочки “триггер — схема — эмоция — поведение”. Это позволит подтверждать или пересматривать формулировку по мере необходимости в ходе лечения.

#### **Когнитивное содержание на уровне схем**

Нужно различать центральные *базовые убеждения* (например, ущербность, брошенность, уязвимость, неудачливость, эмоциональная депривация) и *компенсаторные основные убеждения*, которые пациент использует для того, чтобы справиться с этими центральными убеждениями (например, самоотверженность, завышенные стандарты, социальная изоляция). В табл. 25.1 приведены примеры взаимосвязи между

центральноными и компенсаторными базовыми убеждениями, которые часто встречаются у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Здесь также представлены поведенческие проявления, которые могут демонстрировать этот когнитивный паттерн. В таких случаях важно определить центральные базовые убеждения, которые вызывают нерациональное поведение. Не следует рассматривать только поведенческое проявление и его более непосредственный когнитивный источник (компенсаторное базовое убеждение). Например, высокий уровень перфекционистского поведения может свидетельствовать о компенсаторном механизме, который помогает пациенту справиться с центральным убеждением в дефектности или неудаче. Такая формулировка помогает направить схема-терапию на убеждение в дефектности или неудаче, а не на перфекционизм. Не нужно сосредоточивать процесс лечения только на перфекционизме, поскольку это не центральная проблема. Перфекционизм — это то, как пациент поддерживает свою самооценку.

**Таблица 25.1.** Примеры поведения, которые указывают на наличие компенсаторных базовых убеждений и, соответственно, на наличие дезадаптивных основных убеждений

Основные убеждения	Компенсаторные основные убеждения	Поведенческое проявление
Дефективность/стыд	Социальная изоляция	Избегание социального окружения
Неудачливость	Завышенные стандарты	Перфекционистское поведение; компульсивное поведение
Брошенность	Подчинение; самопожертвование	Стремление угодить другим; удовлетворение их потребностей, а не собственных
	Социальная изоляция	Избегание отношений (включая обязательства при прохождении терапии)
Эмоциональная депривация	Эмоциональное торможение	Эмоциональная дистанция (вторичная алекситимия)
Зависимость/некомпетентность	Запутанность/смятение	Чрезмерная зависимость от других; неспособность взять на себя ответственность за выполнение терапевтических задач

### **Когнитивные процессы на уровне схем**

Помимо понимания когнитивного содержания на уровне схем (базовых убеждений) важно определить когнитивные процессы, которые позволяют схеме “защищаться” от изменений [Young, 1999]. Силу этих когнитивных механизмов защиты можно определить по тому, как пациенты продолжают подвергаться влиянию детского опыта (например, развивая убеждения о неудаче), несмотря на огромное количество доказательств обратного в последующей жизни (например, успешное образование, карьера, отношения и т.д.). Существует множество доказательств того, что схемы имеют тенденцию к самоподдержанию из-за избирательной обработки информации, которая соответствует существующим убеждениям (то, что Янг называет “сдаться схеме”). Кроме этого, есть два других механизма, которые важны в обработке информации, управляемой схемой.

Первый механизм — это *первичное избегание обработки информации/эмоций*. Янг называет подобный процесс “схема компенсации”. Этот процесс можно идентифицировать, когда пациенты стремятся избежать непереносимых мыслей и связанных с ними проблемных эмоциональных состояний (например, гнева, одиночества, счастья). Чтобы достичь этого, они постоянно используют ряд компенсаторных базовых убеждений. Например, пациент может постоянно испытывать навязчивое стремление достичь совершенства, чтобы избежать риска того, что его сочтут неудачником. Это может проявляться по-разному, включая ограничительное питание, компульсивные физические упражнения, компульсивное самоповреждение, обсессивно-компульсивное поведение, диссоциацию и алекситимию второй степени. Именно этот когнитивный процесс можно обнаружить в основе анорексического/компульсивного кластера поведения, который присутствует у многих пациентов

Второй процесс — это *вторичное избегание обработки информации/эмоций* (аналогично конструкции Янга “схема избегания”). В этом процессе человек использует поведение, которое “блокирует” эмоцию или мысль. Помимо булимического поведения, человек будет использовать такие формы поведения, как самоповреждение, употребление алкоголя, импульсивные траты и рискованное сексуальное поведение. Как было описано в предыдущей главе, каждый из этих видов поведения блокирует эмоциональное состояние, хотя они различаются:

- временными рамками (сколько времени требуется для того, чтобы произошел эффект; как долго длится блокирующий эффект);
- доступностью (например, в некоторых условиях совершить самоповреждение может быть легче, чем переедание);
- социальной приемлемостью (например, в компании может быть более социально приемлемо принимать алкоголь, чтобы справиться с эмоциями, чем переедать).

Конечно, эти процессы могут накладываться друг на друга у отдельных пациентов. В клинической практике часто встречаются пациенты, которые стремятся к ограничению, а затем переходят к перееданию. Такой человек может пытаться избежать активации негативных эмоциональных состояний, но затем переходит к блокированию эмоций, когда они становятся слишком сильными, чтобы справиться с ними таким образом. При объяснении этих двух когнитивных процессов (и их краткосрочных и долгосрочных последствий) полезно использовать приведенную ниже аналогию.

Размышляя о том, как мысли и эмоции могут влиять на разных людей или на одного и того же человека в разное время, полезно представить двух садовников, которые хотят иметь идеальный, ровный газон. Оба они ненавидят кротов, которые портят поверхность их газона. Но у них совершенно разные подходы к борьбе с кротами. Человек, использующий вторичное избегание эмоций и мыслей (или "блокирование"), подобен садовнику, который ждет, пока кроты выйдут на поверхность, а затем идет и разрушает нору крота лопатой. Это сдерживает кротов, но портит газон. Человек, который использует первичное избегание эмоций или мыслей, похож на садовника с совсем другим подходом — он просто заливает газон бетоном, чтобы избежать выхода кротов на поверхность. К сожалению, это также портит газон. И впоследствии второй садовник начинает постоянно проверять бетон на наличие трещин. Ключевой момент состоит в том, что обе стратегии на самом деле саморазрушительные, поскольку первоначальная цель (иметь идеальный газон) теряется из-за использования механизма преодоления.

### **Обсуждение происхождения дезадаптивных схем**

В формулировку важно включить происхождение базовых убеждений. Это поможет пациенту отнести происхождение этих мыслей

к событиям и ситуациям, которые не обязательно актуальны здесь и сейчас (см. ниже). Как правило, выясняется, что убеждения можно объяснить через обсуждение моделей поведения родителей и травматического опыта. Например, при обсуждении схемы эмоционального торможения пациента часто выясняется, что в детстве у него было эмоционально инвалидирующее окружение. В соответствии с концепцией всеобъемлющей валидации, цель состоит в том, чтобы убедиться, что пациент понимает, что его убеждения, эмоции и поведение были обоснованными в детстве, потому что они были адаптивны к окружающей среде. Но важно понимать, что они больше не адаптивны к жизни в ее нынешнем виде.

### **25.3.3.2. Составление формулировки для конкретного случая**

Очевидно, что важно использовать эти принципы для разработки формулировки, которая будет соответствовать конкретному случаю и имеющимся формам поведения, включая РПП. Такая формулировка должна включать в себя:

- опыт, имеющий отношение к развитию индивида;
- базовые убеждения, характерные для данного случая;
- схемы процессов (первичное и вторичное избегание мыслей и эмоций), которые поддерживают базовые убеждения;
- связь с РПП.

В этой книге приведено два примера таких формулировок. Первый пример (рис. 25.3) иллюстрирует конкретный случай с ограничительным и компульсивным поведением, которое развивалось в течение долгого времени. Второй (рис. 25.4) иллюстрирует раннюю стадию развития более импульсивного поведения, где единственным видом нерационального поведения на сегодняшний день является булимия, но со временем, вероятно, закрепятся и другие виды дезадаптивного поведения (например, самоповреждение).

### **25.3.4. Терапевтические инструменты**

В книге представлено краткое описание принципов лечения с помощью схема-терапии КПТ при расстройствах пищевого поведения. Более подробно эти подходы описаны в работе Гленна Уоллера и его



**Рис. 25.3.** Пример формулировки случая пациента со значительной степенью ограничительного/компульсивного поведения в схема-терапии КПТ

коллег [Waller et al., in press]. Основная цель — достичь атрибутивного сдвига, чтобы человек не винил себя за опыт, который определил его базовые убеждения. Для этого используют метод сократовских вопросов, которые помогают исследовать, проверить и изменить представления пациента о пережитом. Нужно стремиться достичь одного или нескольких из следующих сдвигов в процессе:

- от внутреннего к внешнему (например, от “В жестоком обращении виновата я сама” к “Это сделал мой отец, и это — его ответственность”);
- от стабильного к нестабильному (например, от “Со мной жестоко обращались, поэтому я всегда буду «испорченным товаром»” к “Жестокое обращение — это то, что произошло, и это было больно, но я не должна считать, что его влияние на меня неизбежное и постоянное”);





**Рис. 25.4.** Пример формулировки случая пациента со значительной степенью булимического/импульсивного поведения в схема-терапии КПТ

- от глобального к конкретизированному (например, от “Жестокое обращение влияет на все аспекты моей жизни” к “Из-за жестокого обращения мне трудно доверять некоторым мужчинам, но это не означает, что я никогда не смогу иметь отношения, я просто знаю, каких мужчин мне следует избегать”).

Основной навык пациента при работе с убеждениями на уровне схем — способность отходить от черно-белого мышления и осознавать важность расширенного мышления. Хотя это характерно для всех видов КПТ, но это особенно важный аспект в работе со схемами, потому что расширенное мышление играет центральную роль в отходе пациента от безусловного мышления. Можно использовать ряд других инструментов схема-терапии, чтобы помочь пациенту изменить базовые убеждения, многие из которых также используются и в других направлениях КПТ. Все они требуют активного участия пациента и активной совместной работы с терапевтом. К ним относятся следующие техники.

### 25.3.4.1. Исторический обзор

Пациент должен предоставить исторические доказательства точности его убеждений (например, каковы доказательства того, что другие всегда покидают вас?), а затем предоставить доказательства того, что эти убеждения неточные (например, кто оставался с вами в течение долгого времени? Когда люди покидали вас, это происходило потому, что вы их отталкивали). В результате обычно получается короткий список доказательств в пользу убеждения, большинство из которых относится к детству, и более длинный список противоположных доказательств. Терапевту необходимо рассмотреть вместе с пациентом это несоответствие с помощью метода сократовских вопросов и разработать поведенческие эксперименты, которые позволят пациенту более точно проверить свои убеждения.

### 25.3.4.2. Дневники и записи дисфункциональных мыслей

Такие записи позволят пациенту научиться определять активацию схемы. Однако они также ценны тем, что помогают врачу изучить и проверить убеждения пациента в естественных условиях. Так можно определить, соответствуют ли эти убеждения настоящему моменту. Структура напоминает “маятник Ньютона” (см. выше), хотя колонки расположены в последовательности по сложности идентификации пациентом, а не в последовательности активации.

Колонки используются для определения:

- запланированного поведения (разных моделей поведения);
- триггеров/ситуаций;
- эмоций;
- негативных автоматических мыслей (“горячих” мыслей);
- базовых убеждений.

Можно рекомендовать пациенту заполнить дневник до начала проявления поведения. Это побудит его рассматривать поведение как выбор, а не как неизбежный результат.

### 25.3.4.3. Терапевтические записи

Многие из пациентов испытывают трудности с диссоциацией как между сеансами, так и после них. Это препятствует их активному

участию в работе в течение остальных 168 часов терапии (при одном часе терапии в неделю). Чтобы преодолеть эту проблему, необходимо, чтобы пациент вел блокнот, в котором бы записывал ход терапии (например, планы, которые обсуждались, принятые решения и домашние задания). Это поможет проанализировать прогресс между сеансами. Кроме того, необходимо делать аудиозаписи сеансов, чтобы пациент за время между сеансами мог прослушать и проанализировать проделанную работу. Часто это является ценным упражнением для пациента, с помощью которого он может определить свою активацию схемы и имеет возможность наблюдать за собой более объективно.

#### **25.3.4.4. Карточки**

Нужно составить карточки с кратким описанием наиболее заметных схем пациента, чтобы он мог определить их, когда они активируются. На ранних стадиях самонаблюдения такие карточки можно использовать, чтобы определить общие связи между базовыми убеждениями человека и его эмоциональным состоянием. Обычно нужно, чтобы пациент перечислил эмоции, которые вызывают поведение (используя дневник когнитивных и эмоциональных триггеров), и определил базовые убеждения, которые особенно актуальны (используя Схемный опросник Янга и материалы для самопомощи [Young, 1999]). Затем в качестве домашнего задания пациенту следует определить, какие эмоции чаще всего связаны и с какими базовыми убеждениями. Это можно осуществить, проводя линию между каждой парой каждый раз, когда они встречаются в повседневной жизни. Необходимо постепенно утолщать линии по мере выявления пар. На рис. 25.5 показана такая карточка после того, как человек потратил неделю на выявление связей. Затем эту карточку можно модифицировать, чтобы развить необходимые когнитивные задачи, как показано ниже.

Позже, после того как будут установлены связи между базовыми убеждениями и эмоциями, карточку можно использовать для того, чтобы пациент составил краткое описание аргументов, которые он может предложить для опровержения схемы. На рис. 25.6 приведен пример такой карточки после расширенного заполнения. Такую карточку пациент может использовать для того, чтобы идентифицировать свои базовые убеждения, когда они активируются, и оспаривать безусловность этих убеждений.



**Рис. 25.5.** Карточка с кратким описанием схем, на которой продемонстрированы связи между базовыми убеждениями и эмоциональными состояниями, которые были выявлены во время выполнения домашнего задания. Толщина линий указывает на повторное выявление связей

<b>Эмоция</b>	<b>Основные убеждения</b>	<b>Аргументы, которые опровергают схему</b>
Тревожность	Боязнь ущерба Недоверие/ насилие	Я знаю, что у меня было несчастливое детство, где меня не оберегали. Но сейчас я могу больше контролировать свою жизнь и могу чувствовать себя в безопасности.
Одиночество	Чувство брошенности	Если в молодости у меня не было человека, на которого я могла бы положиться, то сейчас мой муж доказал, что он надежен и я могу ему доверять.
Злость	Зависимость/ некомпетентность Эмоциональная депривация	Мой гнев — это разумная реакция на то, что в молодости со мной так плохо обращались. Но важно злиться на конкретное событие, обстоятельство, человека и не позволять злости разрушать те хорошие отношения, которые у меня есть сейчас.
Стыд	Чувство ущербности Социальная изоляция	Я знаю, что меня воспитывали, убеждая, что я совершенно неполноценная. Но это было связано с потребностями моих родителей. Им нужен был кто-то, на кого можно напасть, вместо того, чтобы решать собственные проблемы в отношениях. Если я буду всю жизнь избегать других людей, то буду укреплять эту модель убеждений и не смогу избежать такого отношения к себе.

**Рис. 25.6.** Пример заполненной карточки, основанной на кратком описании схем

### **25.3.4.5. Журналы положительных событий**

Помимо проверки убеждений о вероятности негативных событий важно определить, насколько правильно пациент оценивает роль позитивных событий в своей жизни. Нужно, чтобы пациент высказал свои убеждения о низкой вероятности позитивных событий, а затем проверил эти убеждения в естественных условиях. Например, пациент может проверить свое убеждение в то, что никому нет до него дела. Пусть спрогнозирует, как часто люди будут спрашивать о его самочувствии в течение предстоящей недели. Затем нужно определить, как результаты повлияют на убеждения, если они окажутся неверными (пациенту нужно оценить силу каждого убеждения). Авторы пришли к выводу, что пациенты всегда недооценивают вероятность позитивных событий. Именно поэтому они не могут изменить свои убеждения относительно мира и других людей.

### **25.3.4.6. Диалог на уровне схем**

Эта техника используется, чтобы обучить пациента привычным способам отбрасывать доказательства, которые не соответствуют его схемам. Нужно попросить пациента создать некий “образ” схемы и обсудить этот вопрос с врачом. Врач должен использовать логические аргументы против убеждения, а задача пациента — “блокировать” эти аргументы так, как это сделала бы схема. Эти методы, скорее всего, спровоцируют пациента использовать непоследовательное, черно-белое мышление и вызовут эмоциональное возбуждение и агрессию по отношению к терапевту. Цель состоит в том, чтобы научить пациента привычным способам отбрасывать доказательства. Затем пациент может выявить аналогичные модели поведения в своей повседневной жизни и научиться бороться со своим неприятием перемен в свете новых доказательств.

### **25.3.4.7. Использование других людей в качестве ориентира**

Некоторые пациенты сталкиваются с тем, что не могут выявить ошибки в своем образе мышления. Такие пациенты часто описывают свою домашнюю жизнь как идиллическую. Это мешает им увидеть, как в результате влияния внешних факторов возникают их негативные базовые убеждения. Поэтому они полагают, что убеждение на уровне схемы должно быть точным. В этом их главная ошибка. Чтобы преодолеть

это, необходимо, чтобы пациент выступил в роли терапевта для близкого родственника (например, сестры, дочери), у которого есть схожие с ним проблемы. Например, можно спросить: “Если бы ваша сестра считала, что она бесполезная, что бы вы ей ответили?” или “Вы были бы рады, если бы ваша дочь воспитывалась так же, как вы?” Доказано, что это очень мощный инструмент, который помогает пациенту увидеть важность воздействия внешних факторов на развитие базовых убеждений (например, “холодного” (безэмоционального) воспитания) и моделей поведения человека. Так пациент сможет использовать полученную информацию в процессе изучения собственного опыта.

#### **25.3.4.8. Рескриптинг образа мышления**

Авторы обнаружили, что рескриптинг образа мышления [*Ohanian, 2002; Smucker & Neiderdee, 1995*] — очень мощная техника для достижения быстрых и сильных атрибутивных сдвигов. По-видимому, это происходит, потому что материал изначально не был закодирован в вербальной форме (поскольку он основан на очень раннем опыте). Именно это затрудняет изменение убеждений с помощью вербальных методов терапии. Техника похожа на ту, которая рекомендована для лечения посттравматического стрессового расстройства: пациенты разрабатывают альтернативное завершение события, которое они переживают в воображении. Этот сдвиг позволяет им переоценить события со взрослой (вербально основанной) точки зрения и изменить атрибуцию. Это помогает пациентам не винить себя во всех событиях.

#### **25.3.5. Работа над остаточными проблемами РПП и другими видами поведения**

Если базовые убеждения стали менее сильными, они с меньшей вероятностью будут оказывать влияние на пищевое поведение пациента, обусловленное эмоциями. Однако это изменение не уменьшит роль специфических для РПП убеждений (например, переоценки еды, фигуры и веса; низкой самооценки; страха социальной оценки). К ним можно также отнести ловушки поддержания, которые будут действовать, если расстройство оси I сохраняется в течение некоторого времени. Поэтому важно вновь внедрить более специфичные для данного

расстройства подходы КПТ, которые были подробно описаны ранее в этой книге. Не стоит полагать, что работа с убеждениями на уровне схем будет достаточно эффективной.

### **25.3.6. Предотвращение рецидивов**

После завершения периода лечения важно закрепить положительные изменения с помощью работы по предотвращению рецидивов. Эта работа будет похожа на ту, что описана в заключительном разделе этой книги. Но ее необходимо расширить и включить в нее навыки выявления рисков. Такие риски возникают у пациентов, когда они доверяют убеждениям на уровне схем, вместо того, чтобы учитывать более широкие данные, которые есть в открытом доступе. Пациентам рекомендуется разработать серию карточек с конкретными ситуациями. К ним можно будет обращаться, если дезадаптивные мысли или эмоции вновь начнут проявляться. Также необходимо, чтобы пациент регулярно пересматривал записи с базовыми убеждениями после терапии и работал с убеждениями, связанными с питанием.

# Выводы

В этом разделе были рассмотрены подходы КПТ для работы со сложными случаями расстройств пищевого поведения, которые имеют сопутствующие психологические нарушения, что позволяет применять принципы и методы, описанные в предыдущих разделах. Далее в книге будет рассмотрено, как можно применять КПТ в случаях с РПП в раннем возрасте. Затем будет предоставлена информация о том, как правильно завершить курс лечения.





# КПТ для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения и членов их семей

До сих пор КПТ рассматривалась в книге в основном в том виде, в котором она была разработана для людей среднего возраста и для молодых людей старшего подросткового возраста. Однако расстройства пищевого поведения также влияют на детей и подростков. В этом разделе будет предоставлена информация о том, как эти принципы и методы нужно адаптировать для использования в работе с юными пациентами.

Этот раздел следует изучать вместе с остальными частями книги, поскольку многое из того, что здесь изложено, можно понять только после того, как будет изучено применение КПТ в целом. В этом разделе будет частично отражена структура остальной части книги. Будут выделены те аспекты, в которых КПТ для детей и младших подростков отличается от подхода, который используется для взрослых. Там, где конкретные аспекты не рассматриваются, нужно применять принципы и методы КПТ, которые используются в таких случаях у взрослых (как описано в других разделах книги).

Важно отметить, что данные, предоставленные в книге, основаны на опыте авторов при работе в высокоспециализированном учреждении, которое оказывает как стационарные, так и амбулаторные услуги юным пациентам. Этот уровень специализации важен, потому что этот фактор (возраст), несомненно, влияет на характер терапевтической работы. Юные пациенты, скорее всего, менее мотивированы. Их расстройства пищевого поведения прогрессируют быстрее, чем у старших пациентов. Несмотря на все эти сложности, авторы нашли методы, которые могут повысить вовлеченность и мотивацию и которые могут помочь в лечении с помощью КПТ. Эти методы будут описаны в данном разделе.



## **Основы КПТ для детей и подростков с РПП и членов их семей**

В этой главе внимание будет сосредоточено на том, как концептуализация и лечение расстройств пищевого поведения в этой возрастной группе отличается от работы со взрослыми пациентами. Будут учитываться различные фазы развития юных пациентов, их социальные/семейные ситуации и (особенно) их положение в семье. Дети и подростки — это не просто “мини-взрослые”. Детство и подростковый возраст — это важные фазы развития, со своими отдельными задачами и процессами. Следовательно, нельзя просто адаптировать “взрослые” техники в соответствующую возрасту манеру и затем применять их в терапии. Растет количество исследований, свидетельствующих о том, что модели и техники КПТ могут привести к изменению поведенческих и эмоциональных проблем у молодых людей [Carr, 2000; Graham, 2005a, 2005b], хотя на сегодняшний день существует мало исследований, подтверждающих эту теорию в отношении лечения расстройств пищевого поведения [Gowers & Bryant-Waugh, 2004]. Существуют доказательства об эффективности семейных подходов в терапии [Eisler et al., 2003; Robin et al., 1998], но (как и в случае с большинством методов лечения большей части расстройств) существует также значительное число пациентов, которые не выздоравливают при таком подходе. В таких случаях необходимо учитывать информацию, которую можно получить из клинического опыта терапевтов. Кроме того, очевидно, что молодые люди не вписываются в диагностические критерии, которые применяются ко взрослым. Не ясно также и то, схожи ли когнитивное содержание и процессы у молодых людей с расстройствами пищевого поведения с РПП у взрослых. Опыт авторов книги позволяет сделать вывод, что в некоторых отношениях они схожи, а в других — нет. В этом разделе будут рассмотрены последствия этих сходств и различий.

Учитывая ограниченную информацию о КПТ для юных пациентов, в этой главе будет обсуждаться, как работать в рамках КПТ с детьми

и подростками с расстройствами пищевого поведения. Опираясь на принципы развития и клинический опыт авторов, информация о КПТ для взрослых будет модифицирована для этой возрастной группы. Рассматриваемые далее вопросы соответствуют тем, которые обсуждаются во всей остальной части книги, и включают в себя:

- диагностические категории;
- особенности при работе с этой возрастной группой;
- оценку случая;
- мотивацию;
- формулировку случая;
- лечение;
- завершение.

## 26.1. Диагностические категории

---

Хотя многих пациентов нельзя отнести к какой-либо диагностической категории, терапевты продолжают пытаться классифицировать симптомы пациентов по существующим категориям. У молодых людей расстройства пищевого поведения появляются в возрасте, который совпадает со всеми стадиями развития (детство и подростковый возраст). Но критерии и категории классификации случаев взрослых не учитывают проблемы развития детей и подростков (например, вес и когнитивное функционирование). Поэтому если строго соблюдать эти критерии, то врачи не смогут выявить РПП у многих молодых людей. Симптомы многих юных пациентов не вписываются в существующие категории [Nicholls et al., 2000]. Например, до 50% молодых людей, которые в раннем возрасте проходят курс лечения в специализированной клинике по расстройствам пищевого поведения, не соответствуют критериям DSM-IV для нервной анорексии [Nicholls et al., 2000]. В связи с этим терапевты, которые работают с детьми и подростками, описали более подходящие категории расстройств пищевого поведения в дополнение к диагнозам для взрослых. К ним относятся [Bryant-Waugh, 2000]:

- эмоциональное расстройство избегания пищи (FAED);
- избирательное питание;

- функциональная дисфагия;
- синдром тотального отказа;
- ограничительное питание;
- отказ от пищи;
- фобия рвоты;
- снижение аппетита вследствие депрессии.

Категория, к которой относят молодых людей, не так важна, как создание четкой индивидуальной формулировки случая и плана лечения. Применяя КПТ для лечения расстройств пищевого поведения у детей и подростков, крайне важно уделять пристальное внимание убеждениям и тому, как они влияют на поведение.

Например, подросток, у которого ярко выражен страх прибавки массы тела, нуждается в совершенно ином клиническом подходе, чем подросток, который ограничивает свой рацион несколькими группами продуктов, опасаясь, что другие продукты вызовут неконтролируемую эмоциональную реакцию (паническую атаку) и он умрет. Однако и то и другое может привести к значительному уровню дистресса и физического риска. Молодые люди чаще испытывают трудности в описании своих внутренних переживаний. Такие трудности могут замедлить процесс определения тех убеждений, которые управляют поведением. Нужно стремиться оценивать такие убеждения в течение длительного периода времени.

В целом, ряд диагностических групп, выявленных среди молодого населения, не совпадает с группами, которые встречаются среди взрослых. Чтобы всесторонне рассмотреть вопросы, связанные с диагностикой в этой возрастной группе, следует изучить дополнительные источники [Bryant-Waugh, 2000] и [Nicholls et al., 2000]. Однако принципы проведения КПТ остаются неизменными при работе с любым случаем. Как и в случае со взрослыми, терапевт должен провести когнитивно-поведенческую оценку, чтобы определить способы формулировки и лечения убеждений и поведения.

## 26.2. Особенности при работе с этой возрастной группой

---

При работе с молодыми людьми в рамках модели КПТ многие аспекты, которые необходимо рассмотреть, идентичны тем, с которыми

сталкиваются терапевты, работающие с молодыми людьми в других областях. Эти общие аспекты будут рассмотрены кратко. Более детально будут рассмотрены аспекты, которые особенно актуальны при расстройствах пищевого поведения.

## **26.2.1. Специфические особенности**

Как уже было сказано выше, молодые люди — это не просто миди-взрослые. Важно учитывать ряд основных аспектов при оценке случая юного пациента и планировании его лечения.

### **26.2.1.1. Интеллектуальные и эмоциональные способности**

Конечно, очень важно учитывать языковые способности и понимание юного пациента. Но на формулировку случая больше всего будет влиять конкретная стадия развития, на которой он находится. Именно это поможет определить методы лечения и способы оценки результата. Эта проблема развития часто становится очевидной, когда терапевт узнает, что подросток понимает о чувствах (своих и других) и о своем когнитивном опыте. Как и взрослые, юные пациенты различаются по способности замечать и обозначать свои эмоции, а также по способности определять и замечать свои автоматические мысли. При проведении КПТ для молодых людей с любым расстройством, если им трудно выражать мысли и чувства вербально, важно иметь другие возможности, чтобы помочь им в этом. Юные пациенты часто хорошо реагируют на такие задания, как рисование или игры (например, как способ исследовать свои внутренние переживания). Более подробно этот вопрос рассмотрен в исследованиях [Stallard, 2002, 2005; Graham, 2005a].

### **26.2.1.2. Формирование идентичности**

Важнейшая задача как раннего, так и позднего подросткового возраста — процесс формирования идентичности. Когда параллельно с этим процессом развиваются эмоциональные трудности, терапевт должен принять это во внимание и изменить подходы в лечении. Во многих случаях эмоциональные трудности препятствуют процессу развития, повышению индивидуальности и автономии юного пациента. У молодых пациентов в течение всего курса лечения проявляются

трудности в развитии и эмоциональные трудности. В таких случаях нужно направить КПТ на возобновление нормального развития во всех сферах.

### 26.2.1.3. Работа с членами семьи

Системная точка зрения будет полезна в любом терапевтическом подходе. Ведь юных пациентов нужно рассматривать, учитывая окружение, в котором они развиваются. Поэтому при работе с молодыми людьми в любой терапевтической модели необходимо проводить и работу с членами семьи такого пациента [Lock et al., 2001]. При проведении КПТ с молодыми людьми, даже если эта терапия проводится в основном на индивидуальных сеансах с ребенком или подростком, обычно очень полезно уделить некоторое время и объяснить близким и родным концепции проблемы и цели терапии. Информация, которую узнают таким образом члены семьи и близкие люди, станет полезным предметом обсуждения между врачом и подростком. Врач, скорее всего, скорректирует информацию, которую озвучит родственникам пациента, в зависимости от возраста, уровня развития и физического риска пациента.

Например, Софи, 12-летняя девочка с диагнозом нервной анорексии, была против того, чтобы врач сообщал ее родителям ее вес во время терапии. В связи с тем, что ей 12 и она несовершеннолетняя, а ее родители несут родительскую ответственность за нее, команда врачей не выполнила ее пожелание. Все члены команды были согласны с тем, что эту информацию нужно предоставить родителям. Чтобы не лишать ее возможности принимать решения самостоятельно, врачи прежде всего обсудили с Софи этот вопрос. Так они согласовали способы для передачи этой информации семье. Если бы Софи было 16 лет, можно было бы поступить по-другому. Однако, если это возможно, важно способствовать формированию атмосферы открытости и обмена информацией. Это поможет избежать раскола между членами лечебной команды и членами семьи.

Еще одно преимущество привлечения членов семьи к процессу лечения — то, что их можно научить поддерживать концепции и практику КПТ со своим ребенком. Например, если юный пациент с расстройством пищевого поведения страдает также обсессивно-компульсивным расстройством, индивидуальная терапия может помочь, если



родителям объяснить, почему успокаивать ребенка по поводу его тревожных мыслей бесполезно, и научить их более полезным способам реагирования. Если это будет возможно, то родители смогут поддерживать КПТ на этапе предотвращения рецидивов даже в течение длительного времени после окончания терапии.

На сегодняшний день есть небольшое количество исследований о том, что помогает молодым людям с расстройствами пищевого поведения и их семьям. На их основании можно сделать вывод, что работа с членами семьи — предпочтительный метод лечения, особенно если юный пациент все еще живет в семье [Eisler et al., 2003; Robin et al., 1998]. На сегодняшний день недостаточно данных исследований о том, как отличаются результаты терапии при индивидуальном подходе от результатов подхода с привлечением членов семьи. Опыт авторов этой книги показывает, что модель сотрудничества лучше влияет как на молодого человека, так и на членов его семьи и работающих с ними врачей.

#### **26.2.1.4. Образование**

Многие дети и подростки, которые посещают клиники по лечению расстройств пищевого поведения, обладают перфекционистскими чертами характера. Они и члены их семьи часто выражают беспокойство по поводу того, что нужно будет бросить учебу. При концептуализации трудностей и планировании лечения важно учитывать особенности системы образования, в которой обучаются юные пациенты. Службы, которые работают с детьми и их семьями, часто поддерживают регулярные контакты со школами и колледжами. Полученная таким образом информация (в обоих направлениях) — часто бесценная. Очевидно, что для установления такого контакта необходимо получить согласие. Позже, в процессе терапии, школа или колледж станут полезным местом для проведения поведенческих экспериментов. Учителя могут понадобиться, чтобы поддерживать выполнение такой работы. Сотрудничество со школой, несомненно, способствует этому.

В случае расстройства пищевого поведения, когда физическое состояние не позволяет посещать школу, необходимо связаться с учебным заведением. Это позволит рассмотреть возможности для продолжения обучения еще на ранней стадии планирования лечения. При возвращении в школу у юного пациента часто возникает ряд трудностей

(например, прием пищи в присутствии сверстников; преодоление замечаний после увеличения веса). Если в школах будут понимать некоторые дилеммы возвращения таких молодых людей, то они смогут облегчить процесс их возвращения в школу и оказать им помощь в решении проблем, с которыми юные пациенты могут столкнуться.

### 26.2.1.5. Друзья и сверстники

Необходимо учитывать дружеские отношения пациента. Важно изучить информацию о сверстниках и социальных группах пациента. Это позволит понять влияние и убеждения, которые есть в окружении пациента (например, отношение к весу и фигуре). Окружающие также могут влиять на развитие и поддержание трудностей (например, молодой человек испытывает издевательства или буллинг в своей нынешней группе сверстников). Позже, в процессе лечения, близких друзей можно привлекать к терапии вне сеанса (например, участвовать в опросах об отношении и убеждениях). Их также можно пригласить на сеансы для работы над конкретным и заранее оговоренным вопросом.

Например, Мадлен, 15-летняя девочка с диагнозом “фобия рвоты”, достигла хороших результатов после участия в программе КПТ. После шести сеансов соотношение ее веса и роста (см. ниже) стремительно повышалось с 72% до 83%, а уровень тревожности снижался (согласно самоотчетам и результатам анкетирования) по мере того, как она увеличивала количество потребляемой пищи и разнообразие употребляемых продуктов. Однако, когда программа КПТ перешла к этапу увеличения количества потребляемой пищи в школе, она начала сообщать о повышенной тревожности, которая не уменьшалась с течением времени. При обсуждении она говорила о том, что чувствовала непонимание со стороны сверстников. Она считала, что сверстники будут обзывать ее “анорексичкой”. Она считала такое обзывательство несправедливым и выразила желание, чтобы на сеансе присутствовали две ее самые близкие подруги, чтобы врач мог помочь ей объяснить им природу ее трудностей. Такой сеанс был организован с согласия всех сторон (включая всех родителей). Мадлен и ее терапевт выделили время, чтобы спланировать такой сеанс. Врач помог ей определить то, чего она хочет добиться. Подруги Мадлен были внимательны и заинтересованы. Им понравилось, что они могли задавать вопросы. Это, в свою очередь, помогло Мадлен объяснить свои трудности другим людям в школе.

Очевидно, что любое подобное действие должно быть тщательно продумано. В данном случае формулировка, которой руководствовались при лечении, помогла врачу и подростку составить общее представление. Так они смогли определить, уместно ли приглашать друзей на сеанс или предпочтительнее использовать другие терапевтические инструменты (например, ролевые игры).

## **26.2.2. Специфические особенности при работе с юными пациентами с расстройствами пищевого поведения**

Помимо уже рассмотренных аспектов, которые важны при работе с любым молодым человеком, ниже перечислены важные аспекты при работе с молодыми людьми, имеющими специфические расстройства пищевого поведения. Хотя некоторые из этих вопросов аналогичны тем, которые характерны при работе со взрослыми (как описано в этой книге), многие из них нужно адаптировать для клинической группы молодого возраста.

### **26.2.2.1. Физические особенности**

В отличие от многих других случаев расстройств детского и подросткового возраста, основная задача при оценке и лечении любого расстройства пищевого поведения — рассмотреть физическое состояние и развитие молодого человека. Независимо от диагноза, юные пациенты с расстройствами пищевого поведения часто приходят в очень плохом физическом состоянии, с соответствующими рисками для их физического развития. Терапевту очень важно провести комплексную физическую оценку. В идеале он предварительно должен ознакомиться с осложнениями, связанными с низким весом или неспособностью развиваться в соответствии с нормальным процессом роста. Важно помнить, что вес следует рассматривать по отношению к типичным графикам роста, которые основаны на показателях молодых людей того же возраста (центильные таблицы<sup>1</sup>). Возможно, пациент не теряет массу тела, но может и не набирать

---

<sup>1</sup>Центильная таблица — это таблица, в которую внесены данные о физическом развитии детей (рост, вес, окружность головы, грудной клетки) по возрастам. С помощью центильных таблиц и графиков, составленных на их основе (центильных кривых), осуществляется оценка гармоничности физического развития. Центиль — показатель определенного параметра (роста, веса и т.д.) — *Примеч. перев.*

вес в течение определенного периода времени. Это впоследствии приводит к постепенному отклонению от нормальных показателей веса и роста. По этой причине показатель индекса массы тела будет менее полезным, чем шкала “Процент соотношения веса к росту” [Tanner et al., 1966a, 1966b] или показатели центилей ИМТ, если пациент моложе 16 лет.

Как подчеркивалось в предыдущих разделах этой книги, необходимо учитывать последствия голодания. Хотя на эту тему не так много исследований, однако известно, что голодание существенно влияет на когнитивные функции у молодых людей с недостаточным весом. Здесь есть две важные особенности. Во-первых, существует большая разница среди молодых людей в их очевидной способности мыслить и вести беседу на фоне низкого веса. Некоторые из них способны участвовать в терапевтическом обмене, запоминать информацию от одной недели до другой, в то время как другие неспособны это осуществлять. Во-вторых, у молодых людей по мере увеличения их веса наблюдается заметное интеллектуальное “включение”. Без исключения, даже в тех ситуациях, когда юный пациент казался осознанным и когнитивно неповрежденным, было обнаружено, что восстановление веса улучшает способность такого молодого человека к вовлечению, он лучше воспринимает информацию. Это изменение имеет значение для создания оптимальных условий, при которых можно начинать более активную фазу КПТ.

#### **26.2.2.2. Позиция терапевта**

Учитывая, что молодой пациент может в лучшем случае амбивалентно относиться к посещению терапии и враждебно воспринимать изменения, врач должен найти способ справиться с этим. Большинство молодых людей, которые приходят на прием, частично напуганы их нынешней ситуацией. Они достаточно заинтересованы в участии и могут согласиться на все, что может предложить терапевт. Задача терапевта — помочь юному пациенту подумать о плюсах и минусах его расстройства пищевого поведения без плана и структуры и рассмотреть возможность изменений без давления на такого пациента. Решающее значение в эффективности дальнейшего лечения имеет терапевтическая позиция врача (см. главу 1).

Один из лучших инструментов, который помогает с вовлечением пациента в терапию, — позиция “любопытного терапевта”. Важно, чтобы врач был заинтересованным (т.е. имел реальное желание узнать от пациента о его переживаниях по поводу симптомов, а не пытался загнать его в “коробку”). Это особенно актуально, когда речь идет о повышении вовлеченности. Благодаря этому также повышается вероятность того, что пациент поделится информацией с врачом. Часто такая позиция позволяет пациенту проявить любопытство к самому себе. Это, в свою очередь, повышает вероятность того, что пациент примет участие в обдумывании изменений. Авторы рекомендуют подробно рассмотреть вопрос о позиции врача (см. главу 1), поскольку те же вопросы актуальны и при работе с молодыми людьми. Члены семьи положительно реагируют на такой подход, поскольку и в моделях семейной терапии применяются аналогичные принципы к осознанию проблем и методов лечения.

### **26.2.2.3. Мотивация: юный пациент и члены его семьи**

Как и при любой терапевтической работе с молодыми людьми, необходимо учитывать, какая мотивация лежала в основе обращения к врачу и посещения сеансов. Вместо того чтобы искать помощь для себя, подростки попадают к терапевту при помощи обеспокоенных взрослых, которые требуют перемен и приводят подростка к врачу. Чаще всего это происходит потому, что они озабочены и хотят что-то изменить в их ребенке. В этом случае необходимо учитывать те же факторы, что и при работе с другими пациентами с расстройствами пищевого поведения. Однако есть еще одна дополнительная особенность: подросток с расстройствами пищевого поведения может не считать свое поведение проблемным и не видеть, что ему необходимо измениться. Хотя это та же основная мотивационная проблема, что и у взрослых (см. главу 6), существуют различия в аспекте согласия. Молодые люди с РПП часто не дают согласия на обращение за помощью. Чаще всего они убеждены, что окружающие беспокоятся напрасно. При этом их самих это не беспокоит, и они хотели бы, чтобы их оставили в покое (стадия “До размышлений”). Поэтому врач, который участвует в процессе лечения молодого человека, должен понимать, что он работает с (потенциально) несогласным клиентом.

Это, несомненно, повлияет на терапевтическую позицию (см. советы по вовлечению ниже).

Никогда не следует занимать конфронтационную позицию в работе с молодыми людьми, оспаривать их пищевое поведение и убеждения относительно веса и фигуры. Напротив, как и в случае со взрослыми клиентами, необходимо принять неосуждающий, искренне любопытный подход с пониманием позиции молодого человека. Такой подход аналогичным образом можно использовать при работе с членами семьи. Когда родственники и близкие обращаются в специализированную службу, они часто чувствуют, что профессионалы их обвиняют. Даже если это не так, чувство вины у таких членов семьи очевидно. Они часто истощены, проводят месяцы или годы в отчаянной борьбе за восстановление правильного рациона питания своего ребенка. Их мотивацию к участию в многомесячном лечении может подорвать чувство безнадежности. Кроме того, необходимо осознать функциональную важность РПП как в системном плане, так и в плане КПТ. Молодые люди часто все еще живут в условиях, в которых начались и продолжаются их проблемы. Расстройство пищевого поведения может иметь функциональное значение в семье, а это может помешать выздоровлению. Кроме того, молодой человек может быть не в состоянии обдумать какие-либо изменения, продолжая жить в тех же условиях. Все это — важные аспекты, которые необходимо рассмотреть и учесть.

#### **26.2.2.4. Советы по содействию вовлечению**

При работе с детьми и их семьями у терапевта часто возникает проблема вовлечения. Как уже отмечалось в предыдущих разделах этой книги, такие проблемы более заметны в этой группе пациентов из-за такого аспекта, как функциональная важность симптомов для пациента. При работе с детьми и подростками этот вопрос усложняется тем, кто обращается за помощью. Из опыта работы с молодыми людьми с расстройствами пищевого поведения известно, что как терапевтический стиль, так и практические навыки могут повысить вовлеченность в этих обстоятельствах. Наряду с подходами, которые были описаны в других разделах этой книги (см. главы 1 и 6), советы, приведенные в табл. 26.1, помогут в работе с юными пациентами и членами их семей.

**Таблица 26.1.** Советы по взаимодействию с юными пациентами с расстройствами пищевого поведения и их семьями

---

- Перейдите на уровень молодого человека — когнитивно, лингвистически и эмоционально.
  - Не делайте предположений о пациенте/членах их семьи и их опыте. Оставайтесь искренне любопытными к тому, кто они такие и что они хотят сказать.
  - Разговор. Очень внимательно прислушивайтесь к их речи. Никогда не используйте терминологию расстройства пищевого поведения или жаргон, если только они сами этого не сделают. А если сделают, то обязательно спросите, что эти термины значат для них (что в них хорошего или плохого и т.д.).
  - Признайте отсутствие контроля. “Я услышал, что вы не хотите присутствовать здесь сегодня. Это трудно переносить, когда взрослые в вашей жизни заставляют вас делать то, чего вы не хотите. Что бы вы сделали, если бы у вас была возможность принимать решения в этих обстоятельствах?”
  - Не вступайте в конфронтацию с молодым человеком, например, о здоровом весе.
  - Необходимо объяснить причины и практические аспекты необсуждаемых аспектов (например, взвешивание) молодому человеку.
  - Будьте осторожны с экстернализацией. Некоторые подростки хорошо воспринимают идею о том, что их проблемы существуют отдельно от них, в то время как другие воспринимают это предложение с неприязнью.
  - Попросите у пациента разрешение поговорить о его трудностях (о еде). Если он отказывается, поговорите о более приемлемой теме. К вопросу о еде вернитесь позже. Нужно объяснить, что вам важно услышать их мнение по этому поводу.
  - Займите позицию “взаимопомощи”, особенно на начальной стадии лечения (например, “Не могли бы вы помочь мне понять, как у вас обстоят дела/что это значит для вас?”).
  - Объясните, что будет происходить во время вашего сеанса. Это минимизирует неожиданности и позволит молодому человеку ощущать контроль.
  - Узнайте, есть ли у молодого человека какие-либо вопросы, и постарайтесь ответить на них.
-

*Окончание табл. 26.1*

- 
- Дренирование. Позвольте молодому человеку продолжать говорить о вопросах, которые его волнуют, пока не станет очевидно, что он высказал все, что хотел сказать, пока он не “сохнет все”.
  - Ответьте на все прямые вопросы молодого человека (например, “Как вы думаете, я выгляжу толстой?”). При этом не закрепляйте прежние модели поведения (например, игнорируя скрытую потребность в утешении, которая побуждает задать вопрос).
  - Будьте активными в поисках информации и участия. Не надейтесь на то, что пациент будет стремиться к взаимодействию с вами (например, не сидите молча на протяжении всего сеанса, пока пациент не заговорит первым).
- 

### **26.2.2.5. Конфиденциальность**

Конфиденциальность включена в этот раздел (а не в общие вопросы, поднятые выше), потому что хотя она, безусловно, и важный аспект любой терапевтической работы, однако в этой области часто возникают особые трудности для данной группы пациентов. Поскольку симптомы расстройств пищевого поведения часто вызывают стыд и желание утаить их, часто члены семьи не знают о некоторых симптомах. Маловероятно, что подросток спонтанно расскажет о симптомах. Но когда его спрашивают об этом напрямую, он часто выражает облегчение от того, что рассказал о них. Затем необходимо подумать, кому из взрослых необходимо знать эту информацию, при этом врача могут попросить никому не говорить об этом.

В начале любого терапевтического контакта важно провести подробный разговор о границах работы и вопросах конфиденциальности. Это поможет обеспечить безопасность (для пациента, членов семьи и врача) в случае возникновения такой ситуации. До начала любой оценки случая важно определить “правила” общения с членами семьи и молодым пациентом. С членами семьи нужно обсудить, кто входит в команду сиделок, какой информацией они будут делиться между собой, какую информацию должен сообщать им терапевт и что (если такое имеется) они предпочли бы не сообщать своему ребенку. При оценке ребенка без присутствия родственников (см. ниже) необходимо с самого начала задать вопрос о конфиденциальности.



“Прежде чем мы начнем, я хотел бы обсудить с тобой «правила» нашей встречи. Я знаю, что ты уже посещал профессионалов, и эти правила для тебя не новые. Но я считаю важным уделить им минуту. Это — твое личное пространство и возможность для меня услышать от тебя некоторые идеи и мысли о происходящем. Важно, чтобы у тебя была возможность поговорить о вещах, которые, возможно, трудно сказать в присутствии других людей. Хотя это приватная беседа, и то, о чем ты мне говоришь, может остаться в этой комнате, есть два исключения (или «но», в зависимости от возраста пациента). Во-первых, если бы ты рассказал мне что-то, что означает, что тебе угрожает какая-то опасность или есть риск для твоего здоровья, то мне пришлось бы рассказать об этом другим взрослым (врачу, возможно, придется объяснить, что такое риск или опасность, в зависимости от возраста). Во-вторых, если бы ты рассказал мне о другом молодом человеке, которому угрожает опасность или риск, я бы сделал то же самое. Я не стану делать этого, не предупредив тебя. Я, скорее всего, скажу что-то вроде: «Помнишь, мы говорили о том, что я должен буду рассказать другим взрослым об опасности или риске? Это — именно такой случай». Затем мы сможем поговорить о том, кто должен знать и как мы должны им об этом рассказать. Это тебе понятно? Есть ли у тебя вопросы по поводу того, что я только что сказал?

Вот и отлично. В конце нашего сеанса я напишу отчет о том, о чем мы говорили, и о своих идеях. Я напишу его для тебя и членов твоей семьи, а копии я отправлю людям, которые привели тебя на лечение. Я обычно пишу общие сведения, а не конкретные детали. Но если во время нашего разговора всплывет что-то, что ты не хотел бы видеть в отчете, не мог бы ты сказать мне об этом. Мы вместе подумаем, кому нужно знать эту информацию. Есть вопросы по этому поводу?”

Если обсудить вопросы конфиденциальности с самого начала лечения, у терапевта будет возможность правильно объяснить причины, если возникнет необходимость нарушить конфиденциальность. Так у пациента будет безопасная обстановка, в которой он сможет начать делиться подробностями своего опыта.

Например, Саша, 15-летняя девочка с диагнозом “нервная анорексия”, рассказала на оценочном сеансе, что вызывала рвоту в пакеты и прятала их в своей спальне, пока не было возможности избавиться от них. Ее родители были озадачены тем, что она не набирает вес, поскольку они не знали о ее рвоте. Саша спросила, должен ли врач

рассказать им об этом. Врач обсудил с Сашей серьезную опасность ее низкого веса и дополнительный риск, связанный со рвотой. Терапевт объяснил, что ему придется рассказать родителям Саши и другим членам лечебной команды об этом поведении для того, чтобы обеспечить ее безопасность. Потом врач с пациенткой подробно обсудили, как и когда сообщить об этом родителям.

### **26.2.2.6. Коморбидность**

Как и взрослые пациенты, дети и подростки, страдающие расстройством пищевого поведения, часто описывают и демонстрируют другие проблемы. Исследования по распространенности и частоте коморбидных проблем в этой возрастной группе ограничены. Но значительное число молодых людей, которые обращаются к врачу, имеют сопутствующие проблемы с другими расстройствами [Cooper et al., 2002]. Как показывает опыт, эти сопутствующие расстройства могут быть как первичными, так и вторичными по отношению к РПП. Поэтому лечение нужно скорректировать соответствующим образом, как и в случае со взрослыми (см. главы 24 и 25).

### **26.2.2.7. Важность мультипрофильной команды в лечении**

На практике при работе с молодыми людьми с расстройствами пищевого поведения и их семьями важно участие мультипрофильной команды. В руководстве NICE [*National Institute for Clinical Excellence*, 2004] четко сказано, что такой подход необходим. Принцип этого подхода заключается в том, что молодые люди и члены их семьи имеют доступ к разным специалистам, которые могут понадобиться для решения сложной и многогранной природы РПП. Кроме того, при работе в мультипрофильной команде ни один специалист не остается один на один со сложностью любого случая (хотя очень важно четко определить роли разных специалистов, сделать коммуникацию открытой и четкой, чтобы не допустить расхождений в принципах лечения). Доказано, что регулярные встречи членов команды, составление совместных планов по лечению (составленные в сотрудничестве с молодыми людьми и членами их семей) и открытость в отношениях между членами семьи и членами команды врачей помогают облегчить процесс лечения.

Дополнительная особенность этой модели взаимодействия заключается в том, что юный пациент и его семья могут продолжать работать

с другими членами мультипрофильной команды, даже при отсутствии одного из врачей.

Например, Хлоя, 14-летняя девочка с нервной анорексией, в процессе курса терапии приближалась к своему здоровому весу, а врач, работавший с ней индивидуально (используя подход КППТ), должен был уйти в отпуск. Ее лечение было основано на принципах семейной терапии, в ее терапии участвовал диетолог, и она регулярно проходила физический контроль у психиатра. Поэтому, даже при отсутствии ее терапевта, ей могли оказать поддержку несколько специалистов. Этот вопрос был обсужден на сеансе терапии с Хлоей и членами ее семьи, а затем с командой. Было решено, что Хлоя будет встречаться с психиатром. К такому выводу они пришли вместе с ее психотерапевтом. Они подумали, что ей это будет полезно в контексте всего курса лечения с применением техник КППТ, который она проходила до сих пор (в частности, в отношении ее результатов, приближающихся к здоровому весу). Эту информацию Хлоя и ее психотерапевт передали психиатру совместно, чтобы избежать путаницы или расхождения в данных.

## 26.3. Оценка

---

Принципы оценки в этой группе те же, что и указанные в главе 4. Однако при работе с детьми и подростками необходимо проводить не только индивидуальную оценку с идентифицированным клиентом. Рекомендуется также проводить более расширенную оценку, в которую необходимо включить: оценку семьи, индивидуальную оценку, заполнение опросников и оценку других психометрических показателей, а также физическую оценку. Целесообразно, чтобы команда врачей встретилась и обсудила свои идеи, а после этого сообщила семье о результатах. Такая оценка может занять несколько часов.

Во встрече для первичной оценки должна участвовать вся семья и все члены команды по оценке. Это необходимо для того, чтобы вовлечь членов семьи и определить их ожидания и опасения по поводу встречи [Christie et al., 2000]. То, как пациент участвует и взаимодействует в процессе оценки, предоставит ценную информацию о том, как действовать в индивидуальной части оценки.

Например, у Клэр, 14-летней девочки, у которой уже в течение двух лет сохраняется низкий вес, есть ограничения в еде и признаки

депрессии. Ее направили в специализированное учреждение по лечению расстройств пищевого поведения после того, как она не смогла набрать вес после обращения в местную службу помощи детям и подросткам. На начальном этапе оценки она сидела с опущенной головой и выглядела достаточно раздраженной. А члены ее семьи рассказывали о том, зачем они обратились сюда и чего они хотят добиться. Хотя Клэр и предпринимала попытки высказать свое мнение, она в основном молчала. Отвечала на вопросы пожимая плечами “не знаю”. В начале индивидуальной оценки терапевт высказал свое мнение.

**Терапевт.** Я понимаю, что мы только что познакомились, поэтому я с тобой плохо знаком. Но я заметил, что ты много молчала. Мне кажется, что ты чем-то недовольна. Я могу ошибаться. До сих пор ты была достаточно пассивна в разговоре. Поэтому мне интересно, хотела бы ты сказать что-то людям в этой комнате?

**Клэр.** *(Пауза.)* Да, хотела бы. *(Ухмыляется.)*

**Терапевт.** Тебя что-то забавляет?

**Клэр.** Да. *(Пауза.)* Мне можно использовать ненормативную лексику?

**Терапевт.** *(Улыбаясь.)* Поможет ли тебе ненормативная лексика выразить то, что ты хочешь сказать?

**Клэр.** Да. Я хочу сказать им всем “Идите на...”!

Этот короткий пример подчеркивает, насколько полезно повторно рассматривать ранние оценки на последующих индивидуальных сеансах. Это позволило врачу продемонстрировать чувство юмора и помогло Клэр избавиться от гнева и раздражения. Затем она смогла объяснить, почему она хотела именно так сказать своим родителям. Так она хотела сказать, что ей кажется, что ее никто не слушает. После этого она смогла признать некоторые свои опасения, которые были связаны с оценкой ее состояния и дальнейшим отказом от ее нерационального пищевого поведения.

Начало индивидуальной оценки — признание двойственности молодых людей. Они могут чувствовать себя бессильными в такой ситуации. Поэтому, скорее всего, уйдут в свое расстройство пищевого поведения,

если им предложить избавиться от него. У таких пациентов часто был прежний опыт, когда их принуждали отказаться от расстройства пищевого поведения. В связи с этим они считают навязчивыми попытки родителей взять под контроль их питание. В ответ на это они могут вступить в борьбу с родителями и начать противостояние, поскольку их желание держаться за расстройство пищевого поведения усиливается в таких обстоятельствах. У врача, который искренне интересуется прежним опытом юного пациента (без какого-либо плана в курсе терапии), гораздо больше шансов начать доверительное сотрудничество с пациентом. Это полезный терапевтический инструмент для изменений в дальнейшем. Кроме этого необходимо рассмотреть вопрос о возрастающем чувстве бессилия пациента. Позиция врача здесь должна быть аналогична той, которая была описана ранее (см. главу 1).

### 26.3.1. Цель оценки

Цели оценки в основном те же, что и в отношении взрослых (см. главу 4). Однако если просто провести индивидуальную оценку и не оценить при этом членов семьи, то такая оценка будет неполной. В рамках семейного подхода к терапии нужно рассмотреть вопросы, которые касаются диагноза, коморбидности, риска и мотивации молодого пациента. Это необходимо для того, чтобы получить достаточно информации. Так терапевт сможет дать рекомендации о дальнейших действиях. Однако оценку может осложнить ряд факторов, особенно в процессе планирования применения КПП:

- недостаток научных данных для принятия клинических решений;
- пациент не высказывает свое мнение в течение длительного времени;
- голодание может вызвать сложность в доступе к мыслям и чувствам (в таком случае возобновление правильного режима питания — первоначальная цель);
- сопротивление (со стороны пациента и членов его семьи) при индивидуальной работе;
- в некоторых случаях необходимо принять решение о госпитализации в стационар, продолжать повышать вовлеченность и стараться улучшать эффективность лечения [Gowers et al., 2000].

### 26.3.2. Какая информация вам нужна?

Важнейшая часть любой оценки в рамках КПТ — получение достаточной информации. Это необходимо для того, чтобы врач начал формулировать проблемы пациента и смог предложить план лечения и терапевтические инструменты. Однако на подход врача к получению этой информации будут влиять факторы, которые упоминались выше. Как и в случае со многими взрослыми, процесс оценки юных пациентов может быть сложным. Также сложно получить необходимую информацию, если просто задавать вопросы. Известно, что основное направление для первоначальной оценки любого молодого человека — вовлечение (см. табл. 26.1). Важно также обратить внимание на перспективы и план лечения юного пациента во время оценки. Такой первоначальный подход поможет исключить противоречия между взглядами врача (у которого может быть список тем для обсуждения) и молодого человека (который, возможно, пришел на сеанс оценки с желанием просто молчать или обсудить что-то, что не соответствует плану врача).

По мере развития взаимодействия с юным пациентом терапевту будет полезна информация, приведенная в табл. 26.2. Авторы разделили ее на информацию, аналогичную той, которая предоставлялась при оценке случаев взрослых (см. главу 4), и информацию, более специфичную для молодых пациентов и членов их семей. Хотя в процессе проведения самих сеансов оценки эту информацию нужно изучать постепенно, а не в том порядке, который представлен в табл. 26.2.

Важно помнить, что эта книга — только справочник. Крайне маловероятно, что к концу сеанса первичной оценки врачу удастся собрать информацию по всем сферам. В идеале процесс первоначального контакта должен способствовать формированию доверительных отношений между молодым человеком и терапевтом. Именно это должно максимально увеличить вероятность того, что юный пациент будет (более) охотно посещать лечебное учреждение в будущем. Кроме того, врач, в идеале, должен дать некоторые первоначальные комментарии о том, как будет выглядеть процесс лечения. В конечном итоге для того чтобы врач знал, как действовать дальше, важна четкая когнитивная концептуализация, как и при лечении взрослых.

**Таблица 26.2.** Сферы, которые стоит рассмотреть при оценке случаев юных пациентов и членов их семей

---

*Сферы, аналогичные тем, которые изучаются при работе со взрослыми (см. главу 4)*

- Демографическая информация
- Пищевое поведение
- Физическое состояние (%-ное соотношение вес/рост или ИМТ)
- Центральные когнитивные элементы
- Общее состояние здоровья
- Коморбидное поведение и расстройства
- Оценка риска
- История лечения
- Состав семьи
- История жизни
- Дополнительная оценка убеждений, эмоций и поведения.

*Сферы, более специфичные/актуальные для молодых пациентов и членов их семей*

- Мотивация и заинтересованность в вариантах лечения как юного пациента, так и членов его семьи
  - История образования и текущая ситуация
  - Наибольший вес, достигнутый в детстве
  - Отношения со сверстниками
  - Кого беспокоит состояние пациента?
  - Текущая семейная ситуация и отношения (включая отношения с едой)
  - Пубертатный период и психосексуальная зрелость (спросить об аверсивном опыте)
  - Стадия развития
- 

### **26.3.3. Советы о том, как получить необходимую информацию при оценке**

Взрослые с расстройствами пищевого поведения часто амбивалентно относятся к изменениям. Это, в свою очередь, может помешать получить необходимую информацию при оценке. Этот вопрос более актуальный для детей и подростков, в связи с их несогласием и отсутствием

возможности самостоятельно принимать решения. По нашему опыту молодые люди часто молчат или осторожно обмениваются информацией. Это позволяет им чувствовать контроль и влияние над членами семьи и врачами. У них нет выбора в отношении посещения учреждения. Но так они будут чувствовать контроль хотя бы над тем, какой информацией о своих внутренних переживаниях делиться. Кроме того, хотя это напрямую и не относится к работе с детьми и подростками с расстройствами пищевого поведения, есть ряд факторов (таких как стадия развития, когнитивная зрелость, состояние голода и языковые способности), которые создают проблемы в доступе к внутренним процессам мыслей, чувств и образов. Помимо советов по вовлечению (см. табл. 26.1) в табл. 26.3 описаны некоторые стратегии, которые помогут получить важную информацию.

**Таблица 26.3.** Стратегии более быстрого получения информации от молодых людей и их семей

- 
- Нужно выяснить, как молодой человек преодолевает свои проблемы с РПП (например, с “голосом анорексии”).
  - Нужно выяснить у пациента, где еще он пытался получить помощь: анкеты, помощь членов семьи, влияние школы.
  - Психометрические методы (например, EDEQ — Опросник при РПП [Fairburn & Beglin, 1994]; BDI — Шкала оценки депрессии Бека [Beck & Steer, 1993a]; BAI — Шкала оценки тревожности Бека [Beck & Steer, 1993b]).
  - Оценка убеждений, чувств и образов: использовать воображаемую экспозицию (например, ситуации, вызывающие страх, такие как тарелка с запрещенной едой). Это поможет обеспечить доступ к мыслям и чувствам.
  - Создать хронологию событий: определить время, когда еще были такие чувства, как счастье, а затем появились убеждения о фигуре, весе, популярности и т.д.
  - Использовать игровую форму в терапии, картинки для демонстрации т.д.
- 

## 26.4. Мотивация

---

Пациенты, которые вынуждены проходить лечение (с любым диагнозом), скорее всего, чувствуют себя принужденными и считают, что окружающие их не слышат и обесценивают их мнение. Известно, что



именно так чаще всего чувствует себя ребенок или подросток, которого привели на лечение. Поэтому, чтобы достичь необходимого уровня вовлечения, сначала нужно признать эту беспомощность и потерю контроля. Чтобы определить уровень мотивации юного пациента и членов их семьи, можно использовать модель “Стадии изменений” (см. главу 6), которая применяется для этих же целей у взрослых. Полезно представлять эту модель в виде диаграммы для молодых клиентов. Это поможет визуализировать, на каком этапе они находятся и на каком этапе окружающие хотели бы их видеть. Полезно постоянно признавать различия в мотивации членов семьи и молодых людей. У эффективных моделей лечения расстройств пищевого поведения у юных пациентов есть одно фундаментальное отличие от тех, которые применяются в отношении взрослых: пациенту не нужно брать на себя полную ответственность за свою жизнь и выбор в отношении лечения. Вместо этого вовлеченным взрослым оказывается поддержка в том, чтобы взять под контроль питание своего ребенка, снимая с него ответственность за выбор и контроль за приемом пищи [Lock et al., 2001]. Поэтому неудивительно, что многие юные пациенты сообщают, что чувствуют себя “подталкиваемыми” из-за лечения. К нормальному весу они возвращаются с небольшими когнитивными изменениями или без них. У таких пациентов также часто отсутствует мотивация к долгосрочному изменению поведения. В главе 6 этой книги описан ряд способов для решения подобных проблем у взрослых. В дополнение к ним дальше в книге предоставлены методы, которые помогают именно молодым пациентам.

### 26.4.1. Техники для повышения мотивации

В процессе повышения мотивации пациента врачу необходимо помнить о том, что у молодого человека, вероятно, было мало ситуаций, в которых его мнение учитывалось. Терапевт должен постараться, чтобы не стать еще одним человеком, который “не слышит” юного пациента. Он должен работать с любым (первоначальным) сопротивлением и отсутствием мотивации. Это, с большей вероятностью, будет способствовать установлению доверительных терапевтических отношений. Врачу важно занять такую терапевтическую позицию, чтобы не стать еще одним взрослым, единственная цель которого — устранение симптомов у молодого человека. Далее предоставлен список, в котором

перечислены техники, которые будут полезными при работе с мотивацией. Некоторые из этих техник совпадают с теми, что описаны в главе 6 данной книги. Но их необходимо адаптировать для молодых людей.

- *Планы на будущее.* Эту технику можно использовать так же, как описано в главе 6. Но для юных пациентов следует сократить временные границы. Молодым людям, скорее всего, будет сложно заглядывать в будущее на многие годы вперед. Им легче связывать будущее с конкретными событиями, такими как поступление в университет, запланированный семейный отпуск или начало нового учебного семестра. Было обнаружено, что полезно попросить молодого человека написать эссе о том, каким бы он хотел, чтобы его запомнили в школьном альбоме. Это натолкнет его на мысли о том, каким он хочет быть в будущем. Использование “чудо-вопроса” (см. главу 6) так же поможет в этом.
- *Письма “другу” или “врагу”.* Как и в случае со взрослыми пациентами, эта техника полезна при работе с юными пациентами. Однако у детей часто возникают сложности с выполнением этого задания из-за лингвистического контекста. Из такой ситуации был найден выход: юным пациентам можно предложить в качестве альтернативы рисовать картинки, изображающие “моего друга” или “моего врага”.
- *Списки “за” и “против”.* Эта техника будет эффективной, если использовать ее для более молодых пациентов. Однако ребенку или подростку, скорее всего, потребуется больше помощи, чтобы составить такие списки, чем взрослому. Терапевт должен уделить этому аспекту особое внимание, чтобы не навязать ребенку собственные ответы и свое мнение.
- *Круговые диаграммы.* Юным пациентам нравится, когда информация представлена визуально, если это возможно. Доказано, что они хорошо работают с круговыми диаграммами. Чаще всего круговую диаграмму используют для того, чтобы представить различные области, которые молодой человек считает важными в своей жизни. На ней нужно указать пропорции, которые отведены каждой из них. После того, как юный пациент построит свою текущую круговую диаграмму, нужно, чтобы он создал также и “идеальную” круговую диаграмму, которая будет отражать

то, какой бы он хотел видеть свою жизнь. Затем эти два варианта нужно разместить рядом. Далее, изучая эти две диаграммы, врач совместно с пациентом будет размышлять, как можно перейти от одного варианта к другому: что должно произойти, чтобы это воплотить в реальность и т.д. На этом этапе важно признать, насколько важные на данный момент в их жизни вопросы, связанные с питанием, весом и фигурой, и чем можно заменить этот элемент, если задуматься о переменах. Круговые диаграммы — полезный визуальный механизм, чтобы рассмотреть этот вопрос и оценить прогресс в терапии.

- *“Пригласить расстройства пищевого поведения в гости”*. Из опыта авторов известно, что пациенты чувствуют облегчение, когда у них есть возможность обсудить с кем-то свои внутренние переживания, используя собственные термины. Например, Изабель (13 лет) регулярно говорила: “Анорексия бьет меня за то, что я разговариваю с врачом”. Ей очень помогло отделение своего более функционального “я” от анорексии (девушка называла болезнь “она”). Затем терапевт может поработать с пациенткой над тем, чтобы девушка подумала об уединении и отделении, чтобы быть подалеже от “нее”.
- *Помощь со стороны других пациентов и членов семьи*. Эта стратегия полезна, чтобы повысить мотивацию как самого молодого человека, так и членов его семьи. Важно, чтобы члены семьи и юные пациенты, которые находятся на более поздних стадиях лечения или выздоровления, не отказывались от поддержки и информации. Такая помощь — мощный и надежный источник борьбы с безнадежностью и способ для сохранения веры в возможность перемен.
- *Контроль*. Важно признать, что у молодого человека отсутствует контроль над решениями и процессом лечения. Иногда, следует совместно рассмотреть другие сферы его жизни, над которыми он имеет больший контроль (например, уход за домашними животными, учеба в школе).
- *Психообразование для родителей и юных пациентов*. Более подробно об этом рассказано в главе 13. Однако при работе с молодыми пациентами информацию нужно предоставить как пациенту,

так и его семье. Авторы пришли к выводу, что для поддержания мотивации родителей к изменениям и их помощи в проведении КПТ, важно предоставлять членам семьи пациента информацию о долгосрочных проблемах со здоровьем и о том, чего можно ожидать в процессе выздоровления. Чтобы получить дополнительную информацию о процессе изменений у молодых людей, можно ознакомиться еще с одной моделью стадий перемен [Lask, 2000].

- *Карточки с записями.* Юным пациентами полезно записывать поддерживающие высказывания. Они помогут им справиться в те моменты, когда у них будут возникать трудности с продолжением лечения. Например, Джозеф, 15-летний мальчик с нервной анорексией, создал карточку с предупреждением, которую он заламинировал и постоянно носил в кармане. На ней было написано: “НЕ ДЕЛАЙ ЭТОГО! ТЫ ЖЕ ХОЧЕШЬ ВЕРНУТЬ СВОЮ ПРЕЖНЮЮ ЖИЗНЬ! ТЫ НИКОГДА НЕ СМОЖЕШЬ ИГРАТЬ В ФУТБОЛ, ЕСЛИ БУДЕШЬ ЖУЛЬНИЧАТЬ!”

## 26.5. Формулировка случая

---

Терапевтов, которые работают с людьми с расстройствами пищевого поведения, может подавлять сложность проблем, которые возникают у их пациентов. Это не зависит от возраста, в котором пациент пришел на лечение. Информацию обо всех аспектах, связанных с формулировкой случая, которая была рассмотрена в главе 8, можно использовать и при работе с более молодыми пациентами. Формулировка — столь же важный элемент КПТ при работе с юными пациентами. Но существуют различия в том, как ее правильно осуществить, чтобы описать особенности пациента (уровень развития, семейное положение) и характеристики конкретных моделей.

В конце оценки нужно попытаться передать первоначальную формулировку молодому человеку, а затем членам его семьи. На данном этапе эта формулировка не будет связана с конкретной теорией расстройств пищевого поведения, а имеет более общее отношение к принципам, лежащим в основе моделей КПТ, а именно:

- проблемы многогранны по своей природе;
- поведение имеет как дистальные, так и проксимальные триггеры;

- мысли, чувства, поведение и окружающая среда — важные факторы, которые как развивают, так и поддерживают существующие проблемы.

Сообщая молодым клиентам такую информацию, нужно понимать, что важно обращать особое внимание на их язык, уровень когнитивного функционирования и их заинтересованность в прохождении курса терапии. Терапевту следует скорректировать соответствующим образом способ коммуникации с пациентом. Например, после первичной оценки врач предложил 15-летней девочке по имени Зои следующую начальную формулировку.

**Терапевт.** Хорошо, Зои. Что ж, мы почти завершили нашу сегодняшнюю беседу. Но есть несколько моментов, на которых я хотел бы остановиться подробнее. Я хотел бы узнать, задумывалась ли ты о причинах, которые могут объяснить, почему ты находишься в моем кабинете для прохождения курса терапии?

**Зои.** Ну, да, но я не очень понимаю, почему это зашло так далеко.

**Терапевт.** Звучит так, как будто все это немного запутано. Сложно понять смысл происходящего. Хотела бы ты услышать некоторые мои идеи, которые появились у меня на основе того, о чем мы сегодня говорили?

**Зои.** Да, мне интересно.

**Терапевт.** Из твоего рассказа следует, что в детстве ты испытывала трудности, когда родилась твоя младшая сестра. Ты чувствовала себя немного брошенной в своей семье. Хотя ты была счастлива в школе в течение многих лет. Но ты сказала, что переезд и смена школы в 11 лет были очень трудным периодом для тебя, поскольку тебе пришлось посещать школу, в которой не учились твои близкие друзья. С твоих слов, это время совпало с изменениями в твоём теле, о которых тебе было трудно говорить с твоими новыми друзьями, так как ты чувствовала, что развиваешься быстрее, чем они. Ты сказала, что это заставляло тебя чувствовать себя очень застенчивой и непохожей на других девушек. И ты вспомнила, что примерно в это время впервые захотела похудеть.

Ты также сказала мне, что всегда выкладывалась на 100% в учебе и чувствовала разочарование, когда получала плохие оценки. Кажется, ты также упоминала, что твоя семья ожидает, что ты, твои братья и сестры будут усердно работать и получать высокие оценки. Это правда?

**Зои.** Да. Как раз на прошлой неделе моя сестра получила пятерку, и родители повели ее в кафе.

**Терапевт.** Хорошо. Поэтому, учитывая все это и возросшее давление от приближающихся экзаменов, я думаю, возможно, твоя диета переросла в особый способ справиться с дискомфортными чувствами? Я имею в виду, не кажется ли тебе, что соблюдать строгие правила питания и сосредоточиться на еде проще, чем решать другие проблемы, которые происходят в твоей жизни сейчас?

**Зои.** Безусловно. Мне кажется, я чувствую себя менее напряженной, когда концентрируюсь на еде, чем на том, что мне делать со своей жизнью, и на том, что я могу провалить экзамены.

Терапевт должен обратить внимание, как молодой человек реагирует на такое первоначальное объединение идей. После начала полноценного проведения терапии можно разработать более полную формулировку. Однако, как и в случае со взрослыми пациентами, нужно правильно определить момент, когда это следует осуществлять. Молодой человек должен быть достаточно мотивирован, заинтересован и когнитивно здоров, чтобы внести свой вклад в разработку формулировки и хотя бы частично согласиться с ней. Как и в приведенном выше примере, если врач чувствует, что пациент мотивирован, можно начать этот процесс снова, используя тот же стиль общения с молодым человеком, проявляя интерес к его “истории”.

Затем можно приступить к формулированию случая в соответствии с принципами, изложенными в главе 8. Некоторые молодые люди способны включиться в процесс формулировки без особых трудностей. Другим полезно сначала сформулировать случай на примере гипотетического человека. Подросток и врач изучают основную информацию о гипотетическом человеке (например, 15-летняя девочка с низким

весом, которая озабочена своей внешностью), затем придумывают информацию, которая может объяснить некоторые модели его поведения. Когда юный пациент дистанцируется от собственного опыта, ему проще принять идеи и концепции, задействованные в формулировке КПТ. Это поможет молодому человеку, если у него слабая мотивация к изменениям, осознать определенные факторы, которые могут быть важными в развитии и поддержании его проблем. Врачу следует изучить реакцию пациента на работу с гипотетическим человеком, чтобы использовать это при работе над формулировкой самого пациента.

В любой сфере работы с молодыми людьми терапевты должны проявлять осторожность и уважение при рассмотрении возможных семейных и родительских факторов. Для врача может быть соблазнительным принять подход “обвинения родителей”, но в конечном итоге это не принесет пользы. Молодые люди, с которыми предстоит работать врачу, очень чувствительны к таким обвинениям, поскольку такое утверждение они могли слышать в прошлом. Это, по-видимому, и привело к развитию “антенн”, которые очень чувствительны к обвинениям в сторону их родителей. Авторы обнаружили, что здесь может помочь аналогия с “набором инструментов”.

Терапевт. В процессе обсуждения твоих трудностей, нам нужно подумать об отношениях и факторах в твоей семье, которые могут быть важны. Если мы хотим понять, как развивались твои проблемы и что их поддерживает, нам нужно подумать о том, где и с кем ты живешь. Я хочу быть предельно ясным: я не говорю, что в твоём состоянии есть чья-то вина. Мы не пытаемся найти виноватых, но нам важно подумать о значимых отношениях в твоей жизни. Можно подумать об этом как о “наборе инструментов”. У каждого есть свой ящик с инструментами, в котором содержатся различные приспособления, помогающие справляться с трудностями в повседневной жизни. Некоторые инструменты мы унаследовали от родителей, а некоторые обретали в процессе развития, получая жизненный опыт. Поэтому, когда наши отец с матерью стали родителями, у каждого из них в ящике были собственные разные инструменты. В процессе взросления они использовали разные инструменты своих родителей. Иногда с этим не возникает трудностей. Например, ребенку нужен гаечный ключ, чтобы закрепить что-то, и у родителей есть подходящий. Но в некоторых случаях у них может не оказаться такого инструмента, или он будет не подходящего размера.

Дело не в том, что они *не хотят* помочь, просто их инструменты не совсем подходят. Это происходит потому, что они либо не унаследовали необходимые инструменты от своих родителей, либо потому, что, приобретая жизненный опыт, они не получили необходимые инструменты.

Затем врач может продолжить исследовать природу значимых отношений, используя аналогию о необходимых и доступных инструментах. Эту аналогию можно использовать в тех случаях, когда врачу известно о прошлых или продолжающихся отношениях с абьюзером. При этом рекомендуется соблюдать осторожность. Например, аналогию можно использовать при размышлении о том, почему мать продолжает употреблять алкоголь, учитывая собственный опыт воспитания. Однако врач должен помнить о постоянном риске и безопасности пациента, особенно если молодой человек продолжает жить в потенциально абьюзивном окружении.

## 26.6. Терапевтические инструменты

---

Независимо от возраста пациента, любое когнитивно-поведенческое лечение должно быть основано на индивидуальной формулировке случая. Проблемы диагностики расстройств пищевого поведения в младшей возрастной группе были затронуты ранее в этой главе. Такие проблемы подчеркивают важность индивидуальной оценки, формулировки и выбора терапевтических инструментов для каждого пациента. Это следует учитывать, прежде чем проводить диагностику. Перед началом использования любого терапевтического метода врач изначально должен определить физические потребности молодого человека. Хотя использовать терапевтические методы можно и при низком весе, это должно сопровождаться регулярной оценкой физического состояния и контролем рациона питания. Несмотря на то, что данные исследований на сегодняшний день не подтверждены, опыт работы авторов пособия с такими молодыми людьми показывает, что такие пациенты становятся более “восприимчивыми” в когнитивном плане примерно при 85%-ном соотношении веса/роста. Другими словами, когда вес пациента приближается к здоровому, более возможно, что КПТ будет эффективной благодаря увеличению когнитивных способностей. В частности, следует обратить внимание на следующие особенности:



- некоторое увеличение гибкости мышления;
- лучшая способность слушать и удерживать информацию;
- меньше препятствий со стороны “голоса анорексии”;
- способность концентрироваться.

Однако этот показатель в 85% — приблизительный, поскольку все молодые люди, которые приходят в терапию, имеют индивидуальные особенности и по-разному реагируют на снижение веса и возникающие когнитивные нарушения.

При работе с любым юным пациентом врач должен постоянно оценивать его когнитивные функции и мотивацию и корректировать терапевтические средства по мере необходимости. Из опыта авторов по использованию КПТ для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения можно определить следующие фазы лечения. Их возможно осуществлять только после того, как будет достигнута физическая стабильность и определенная когнитивная устойчивость:

- повышение мотивации;
- когнитивно-поведенческие изменения, включая этап “подготовки к реальному миру” и решение любых коморбидных проблем;
- предотвращение рецидивов;
- завершение курса терапии.

Важно помнить, что это не дискретные фазы с четкими начальной и конечной точками. Скорее, пациент будет перемещаться между ними на всех стадиях процесса лечения. Однако, исходя из целей данной главы, ниже будет рассмотрена каждая из этих фаз по очереди, с учетом конкретных факторов, которые характерны для молодых людей и членов их семей.

### **26.6.1. Повышение мотивации**

Вопросы и методы, связанные с этим элементом, были рассмотрены в главе 6 и ранее в этой главе (раздел 26.4). По сути, этот элемент — основа всей последующей работы в терапии. И терапевт должен постоянно работать над мотивацией пациента (и его семьи). При работе с очень немотивированными детьми и подростками врач может оценивать мотивацию молодого пациента только определенный период времени

в терапии. Затем нужно сделать перерыв, чтобы повторно оценить его мотивацию на более поздней стадии лечения. Доказано, что лучше сделать перерыв и провести повторную оценку, чем “сражаться” с сопротивлением юного пациента. Этот вопрос будет 7подробнее рассмотрен в разделе 26.7.3 данной главы.

## 26.6.2. Когнитивно-поведенческие изменения

К проведению КПТ можно приступать, когда ребенок или подросток имеет определенную мотивацию (т.е. заинтересован в возможности изменений). Для того чтобы применять КПТ, важно также, чтобы его когнитивные способности были на достаточном уровне. Многие из техник, которые используются при работе с этой возрастной группой, аналогичны и схожи с теми, что описаны в других разделах этой книги для взрослых, но они скорректированы с учетом стадии развития и когнитивных способностей такой группы пациентов. Основное различие, скорее всего, заключается в стиле проведения сеансов, поскольку индивидуальную терапию в этой возрастной группе, обычно, проводят параллельно с семейной терапией. Так появляются уникальные возможности и выявляются особые проблемы. Это хорошая основа для проведения дальнейшей когнитивной реструктуризации и поведенческих экспериментов. Более подробный обзор методов и средств КПТ для детей младшего возраста описан в книге [Stallard, 2002]. Другие исследователи [Wilson & Sysko, 2006] представили убедительные доводы в пользу применения модели КПТ Фэйрберна при работе с нервной булимией у подростков. Поэтому большинство информации из предыдущих глав, которые посвящены взрослым случаям, можно использовать при работе с юными пациентами. Однако случаи нервной булимии в этой младшей возрастной группе случаются реже, чем среди взрослых. К тому же, многие пациенты имеют лишь частичные симптомы расстройств пищевого поведения. Поэтому необходимо помнить, что использовать описанные методы следует обдуманно, применяя индивидуализированный подход в каждом отдельном случае.

Ниже будут рассмотрены:

- особенности при лечении РПП у молодых людей;
- методы лечения РПП, связанных с озабоченностью питанием, весом и фигурой;

- методы лечения РПП, не связанных с озабоченностью питанием, весом и фигурой;
- решение проблем во взаимоотношениях между пациентом и врачом, которые возникают в случаях с молодыми людьми.

### 26.6.2.1. Особенности лечения юных пациентов

Независимо от того, что лежит в основе расстройств пищевого поведения, существует ряд факторов, которые полезно использовать в процессе применения принципов и теории КПТ к этой группе пациентов.

- *Язык.* Нужно представлять когнитивно-поведенческую теорию и основы терапии на языке, который будет понятным для молодого человека. Например, хотя большинство подростков способно понять концепцию “базовых убеждений”, некоторые из них этого не поймут. Точно так же для подростков и детей младшего возраста эта идея будет сложной для понимания. Чаще всего в таких случаях лучше использовать термин “злодеи”, чем “базовые убеждения”. Тогда врач может говорить о том, что эти “злодеи” борются за существование, живут вместе с пациентом годами, их очень трудно изменить или избавиться от них. При обсуждении схем и того, как они влияют на взгляды молодого человека на мир и поступающую информацию, полезно описать это следующим образом: пусть представят, что у них на голове установлена видеочкамера, на которой есть фильтр, который отсеивает одну информацию и фокусирует внимание на другой. Эта идея поможет им начать замечать, как они “фильтруют” окружающую среду.
- *Домашние задания.* Это ключевая особенность КПТ и часто самая сложная область для терапевта. Известно, что молодые люди плохо выполняют домашние задания, особенно это касается заполнения дневников [Christie, 2000]. Этот факт научно доказан. Позиция, которую следует принимать врачу в отношении взрослых пациентов (см. главу 9) при невыполнении домашнего задания, отличается от случаев с юными пациентами. Терапевту не следует отказываться от проведения сеанса или терапии в краткосрочной перспективе. Вместо этого в случае с молодыми пациентами врач должен стараться выполнять как можно больше заданий в течение сеанса совместно с пациентом. А задания, которые

требуют больше времени для выполнения и которые пациенту легко сделать самому между сеансами, задавать в качестве домашнего задания. Однако если станет ясно, что ключевая проблема невыполнения заданий — отсутствие мотивации, то это может привести к прекращению лечения в долгосрочной перспективе.

- *Пищевые дневники.* При лечении юных пациентов они так же важны, как и при лечении взрослых пациентов (см. главу 14). Но ответственность за сбор информации может лежать не на самом молодом человеке. Врач должен тщательно продумать, как решить этот вопрос. Доказано, что самый эффективный способ для заполнения индивидуального пищевого дневника — рисование. Есть выводы, что детям младшего возраста нужно использовать картинки, ассоциации с цветом или символы — это хороший вариант, чтобы получить информацию, которую юный пациент сможет осознать.
- *Составление плана сеанса.* Хотя это важная часть КПТ в целом, маленькому пациенту сложнее придерживаться плана действий. Терапевту важно проявить большую гибкость, чем со взрослыми, поскольку у подростков часто возникают важные события для обсуждения, которые недавно произошли в их жизни и которые не были включены в заранее согласованный план сеанса. Очевидно, что если появляется тенденция не придерживаться заранее оговоренного плана, то это может свидетельствовать об избегании работы в терапии. В таком случае врачу необходимо напрямую с этим бороться. Однако если это не так, рекомендуется в начале каждого сеанса отводить время для “определения” всех текущих и насущных вопросов и чувств.
- *Стили мышления.* У молодых людей чаще всего абсолютистское мышление. Для решения этой проблемы можно использовать определенные поведенческие задачи.
- *Взвешивание.* Как и для взрослых, так и для молодых пациентов взвешивание — важная часть КПТ. В целом, эту проблему можно решить так же, как описано в главе 15. Однако важно продумать, как передавать эту информацию членам семьи и членам команды. Терапевту следует помнить, что молодые люди обычно в меньшей степени способны контролировать свое питание и вес, чем взрослые пациенты.

- *Психообразование.* Это так же важно для молодых пациентов, как и для взрослых. Но членов семьи и сиделок нужно более регулярно привлекать к этой работе.

### **26.6.2.2. Методы лечения РПП, связанных с озабоченностью питанием, весом и фигурой**

При работе с детьми и подростками, у которых есть симптомы расстройств пищевого поведения, которые сопровождаются такими основными признаками, как озабоченность питанием, весом и фигурой, можно применять методы, описанные в главах 16–23.

По сути, задача этой фазы — помочь ребенку или подростку разработать стратегии выживания и не использовать пищу в качестве способа преодоления проблем. Нужно им помочь установить эмоциональную и когнитивную дистанцию от этого способа преодоления проблем и начать рассматривать здоровые альтернативы. Ниже представлены полезные методики для решения этих вопросов в случаях с молодыми людьми.

- *Карточки с подсказками.* Нужно поощрять пациента бороться с “голосом” расстройства пищевого поведения (например, кричать на “голос”). Важно, чтобы пациент понял, что использование расстройства пищевого поведения — это только один из способов взглянуть на мир (например, пусть представит себя стоя рядом с расстройством пищевого поведения).
- *Письма.* Помимо использования писем в мотивационных целях (см. главу 6) было обнаружено, что их можно использовать и другими способами. С их помощью можно генерировать альтернативные мысли (например, написать письмо как бы от лучшего друга, в котором подробно описать приятные личные качества пациента; рассмотреть плюсы и минусы “расставания” с расстройством пищевого поведения).
- *Визуализация.* Задания по визуализации (см. главу 22) у молодых людей часто вызывают интерес. Например, Карен, 15-летняя девушка с нервной анорексией, долго рассказывала о том, как ей было трудно мысленно отстраниться от своего голоса анорексии. Она описала его как постоянно “кричащий” на нее. Она также указала, что ситуация ухудшалась по мере того, как она бросала

вызов своим убеждениям, правильно питаюсь и набирая вес. На основе информации, полученной от Карен о том, что, по ее мнению, должно произойти, чтобы облегчить влияние, они с врачом придумали образ “вытеснения анорексии”. Чтобы сделать этот образ более влиятельным, Карен совместно с терапевтом подробно обсудили все сенсорные элементы образа (запах, вид, звук, ощущение). Они придумали образ анорексии, который выливается из Карен в канализацию. Карен практиковалась в визуализации этого набора образов и сообщала о прогрессе в отделении от голоса анорексии.

- *Дневники.* Они используются, как и для взрослых (см. главу 14), чтобы получить дополнительную информацию о мыслях, чувствах и поведении, связанных с едой и питанием, а также о других значимых факторах.
- *Расширенное мышление.* Как и в случае со взрослыми (см. главы 19 и 22), этот метод жизненно важен. Молодые люди особенно склонны к черно-белому мышлению и очень высокому уровню перфекционизма. Чтобы выявить этот стиль мышления, можно нарисовать с молодым человеком спектр и работать с ним над вопросами, лежащими в этом спектре — это особенно полезный способ. Например, как и в случае со многими взрослыми пациентами, многие из наших молодых клиентов формулируют первоначальную цель лечения следующим образом: “быть полностью довольным своим телом”. В таких случаях полезно нарисовать спектр с нездоровым образом тела на одном конце и здоровым образом тела на другом. Затем можно использовать спектр для записи информации о том, что будет определять точки на нем, включить информацию о том, что скажут другие. Спектр также можно использовать, чтобы отслеживать моменты в жизни, когда человек находился в разных точках на этой линии. Совместно с терапевтом можно рассмотреть, что повлияло на эти различия. Врачу и пациенту необходимо определить, что должно произойти, чтобы они продвинулись по этой линии.
- *Задания, которые помогут определить суть расстройства пищевого поведения.* Молодые люди часто более конкретны в своем когнитивном стиле, чем взрослые пациенты. Врачу важно

обратить внимание на этот стиль. В этом поможет расширенное мышление (см. выше). Но на ранних стадиях лечения могут возникнуть ограничивающие факторы: вес пациента и потребление углеводов.

- *Рисунки.* Юным пациентам часто легче выразить свои мысли в изобразительной форме. Нужно поощрять использование тех средств выражения, которые наиболее удобны для молодого человека. Также необходимо уделить время и выяснить, как терапевт может понять, о чем идет речь. Например, некоторым молодым пациентам легче выразить свои чувства по поводу своего веса и фигуры, нарисовав, как они себя видят. Такие рисунки врач может использовать различными способами, чтобы помочь молодому человеку решить проблемы, связанные с питанием, весом и фигурой (например, провести опрос среди друзей пациента, чтобы выяснить, каким они его видят) (см. главу 22).
- *Диаграммы.* Молодые люди зачастую лучше воспринимают концепции и идеи, если они представлены в визуальном формате. Терапевты часто рисуют диаграммы (на основе принципов формулировки, описанных в главе 8), чтобы представить для молодого человека свои идеи в визуальном формате. По возможности задания для домашней работы нужно создавать вместе с молодым человеком в визуальной форме (например, круговая диаграмма, спектры, рисунки, обозначение чувства гнева на “термометре гнева”, оценка чувства “Я толстая” по шкале размерного ряда и записи связанных с этими чувствами ситуаций и мыслей).
- *Друзья.* Там, где это уместно, часто полезно привлекать друзей молодых пациентов (см. выше). Можно вовлекать их в психобразование, проводить опросы и поведенческие эксперименты с их участием.
- *Поведенческие эксперименты.* Как и в случае со старшими пациентами, поведенческие эксперименты являются наиболее мощными из методов КПТ. Например, еженедельное взвешивание поможет регулярно проверять убеждения о взаимосвязи между приемом пищи и весом. Это, в свою очередь, позволит пациенту планомерно менять свое питание, чтобы выяснить, верны ли его убеждения относительно питания, веса и фигуры (например, будет ли он

неконтролируемо набирать вес, больше переесть, отвергнут ли его друзья).

- *Когнитивная реструктуризация.* Здесь применяются техники, описанные в главах 18 и 22. Кроме того, для преодоления автоматических мыслей и базовых убеждений у молодых пациентов с расстройством пищевого поведения полезно использование ролевых игр с применением техники диалога (см. главу 25). Вначале подросток участвует в ролевой игре в качестве самого себя, аргументирует свои убеждения (например, “я толстая”; “я несимпатичный”). На втором этапе терапевт и клиент меняются ролями. На этот раз врач отстаивает базовое убеждение, а молодой человек должен привести аргументы против него. Молодые люди обычно хорошо реагируют на это упражнение, часто довольно оживлены и вовлечены в происходящее. Кроме того, чтобы определить нерациональные убеждения и реструктурировать их, можно обращаться к идее видеокамеры с заклинившим фильтром. Это позволит подчеркнуть для молодого человека, насколько ограниченное у него восприятие мира. Другие авторы [Eivors & Nesbitt, 2005] также рассматривали вопрос о том, как решать проблемы питания, веса и фигуры.
- *Использование визуальных образов/представлений молодого человека.* Многие юные пациенты очень творческие. Они могут использовать свои творческие навыки, чтобы помочь терапевту понять их внутренние переживания. Авторы пришли к выводу, что очень важно работать с любыми материалами, которые пациент приносит на сеанс. Подразумевается, что нужно использовать материалы, которые, возможно, не обсуждались и использование которых не было запланировано. Задача терапевта — найти способ интегрировать эти материалы с принципами КПТ. Например, Джемма, 15-летняя девочка с диагнозом нервной анорексии, принесла на один из первых сеансов свою нарисованную гору (см. рис. 26.1 и 26.2<sup>2</sup>). Она очень хотела объяснить терапевту, как эта гора отражает ее представление о выздоровлении. На ней она также изобразила шаги и цели, которые ей нужно будет осуществить.

---

<sup>2</sup>Имя пациентки изменено в целях конфиденциальности. От пациентки и ее родителей получено разрешение на использование этих рисунков. — *Примеч. авт.*



Она потратила время на то, чтобы нарисовать это изображение, использовала в нем ключевых членов своей семьи, представила его таким образом, чтобы оно имело для нее смысл. Терапевт использовал этот образ на последующих сеансах, используя язык Джеммы, чтобы изучить вопросы, связанные с принятием риска и шагами к выздоровлению. Сразу же при обсуждении этой картинки стала очевидной убежденность Джеммы в том, что терапевт может подумать, что она “глупая” или “инфантильная”. Благодаря этому терапевт смог обратиться к базовым убеждениям Джеммы о том, что она недостаточно хороша.

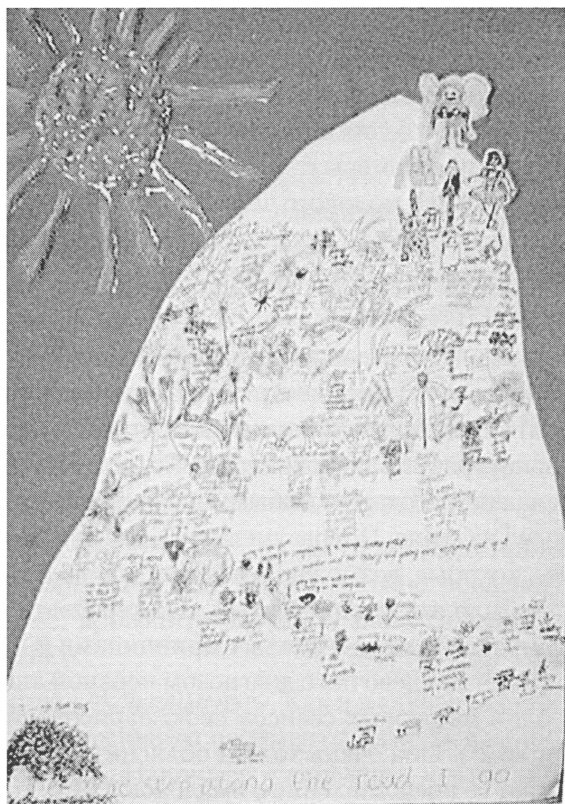


Рис. 26.1. Визуальный образ Джеммы — гора



боится, что он может лопнуть, или что ей будет плохо, если она съест слишком много. Терапевт, который работал с ней, нарисовал картинки желудка. Он использовал аналогию воздушного шарика, который сдулся. Они с Лизой обсудили, как можно снова надуть шарик. Она хорошо восприняла эту идею. И в дальнейшем постепенно смогла увеличить количество употребляемой пищи. Однако убеждения, касающиеся здоровья и жира, было труднее изменить. Со временем стало ясно, что она действительно придерживается некоторых искаженных взглядов на образ своего тела и в отношении понятия “быть толстой”. Хотя изначально она сама их не осознавала. В таких случаях, когда подросток не может (или не хочет) поделиться базовыми представлениями о весе и фигуре, врач должен работать с имеющейся информацией.

### **Основные убеждения, не связанные с едой, весом и фигурой**

Терапевтам встречаются случаи, в которых молодые люди находятся на разных стадиях истощения без сопутствующих признаков завышенных представлений о весе и фигуре и искажений образа тела, но, очевидно, с другими нерациональными базовыми убеждениями. Например, у Мины, 16-летней азиатской девушки, в течение года наблюдалось ограничение питания и потери веса. Ее направили на повторное обследование, потому что местная команда специалистов по детскому и подростковому психическому здоровью не могла определить точный диагноз (ей поставили диагноз нервной анорексии на основании ее физического состояния, избегания пищи, несмотря на отсутствие центральных убеждений, характерных для этого расстройства). После обследования врач поделился с ней следующей первоначальной формулировкой.

**Терапевт.** Мина, из того, что ты мне сегодня рассказала, следует, что твое беспокойство по поводу еды началось, когда тебе было 11 лет. В то время у тебя была болезнь, из-за которой ты чувствовала себя очень плохо и тебя часто тошнило. Потребовалось много времени, чтобы понять и вылечить это. Ты сказала, что с тех пор всякий раз, когда ты чувствуешь недомогание, ты очень беспокоишься, что снова происходит то же самое. Ты рассказала мне о ситуации в прошлом году, когда, по твоему мнению, ты съела слишком много. И в результате почувствовала себя так же, как в 11 лет. Похоже, что в это время у тебя возникла сильная паника, в теле появилось множество

ощущений, например, потливость, головокружение, сердце колотилось. Это беспокоило тебя в течение нескольких часов. И в конце концов тебе стало очень плохо. Похоже, что с тех пор ты находишься в состоянии постоянной настороженности, постоянно сканируешь свое тело в поисках признаков того, что что-то не в порядке и что у тебя снова “то самое чувство”. Со временем ты исключила из рациона все больше и больше продуктов, которые, по твоему мнению, могут быть причиной такого самочувствия. Впоследствии твой вес снизился. Я правильно все озвучил?

**Мина.** Да. Именно так. Люди постоянно говорят мне, что я анорексичка. Но это не так. Я знаю, что я слишком худая. Я бы хотела набрать вес и есть, как раньше, но я просто не могу.

Мина с врачом взяли за основу такую концептуализацию и начали программу КПТ, основанную на методах управления тревожностью, а не на базовых убеждениях о наборе веса и образе тела. В ее случае удалось достичь хороших результатов благодаря такой технике, как релаксация. Так, терапия начала постепенно влиять на ее отношение к продуктам, которых она боялась (сначала на сеансах, а затем между сеансами). Мина вместе с врачом работала над реструктуризацией базового убеждения, что она может умереть, если ей станет плохо. Она восстановила потерянный вес и у нее возобновилась менструация. С улучшением ее состояния улучшились и все остальные аспекты в ее жизни. Она сдала экзамены и поступила в колледж. Системная часть картины стала более очевидной. На последующих сеансах она, часто со слезами на глазах, рассказывала о том, насколько дискомфортными стали отношения в ее семье теперь, когда она хотела иметь друзей-мужчин и больше общаться с друзьями. Оказалось, что улучшение здоровья вызвало сильную тревожность у членов семьи. Врач предположил, что это может представлять риск рецидива, поэтому он предоставил подробную информацию о группах поддержки для азиатского населения для Мины и членов ее семьи.

### **Недоступность базовых убеждений**

В случае с маленькими детьми проблематично использовать когнитивную реструктуризацию. Часто это происходит потому, что убеждения не так легкодоступны, или потому, что дети младшего

возраста склонны к более конкретному мышлению. Например, в ответ на сократовский вопрос часто можно услышать “я не знаю”. В таких случаях рекомендуется больше внимания уделять поведенческому элементу КПТ.

Например, Джоанну, 13-летнюю девочку, направили на лечение в специализированное учреждение, потому что у нее в течение двух лет наблюдались странности в отношении еды и низкий вес. Недавно ее поведение ухудшилось, усилились ее ограничения в еде, и она начала стремительно терять вес. Это и послужило причиной для обращения к специалисту. Когда девочку направили на обследование, она расплакалась и объяснила, что вопросы дискомфортны для нее, поскольку она не знает, почему ей трудно есть. Она сказала, что от разговоров об этом ей становится еще хуже. Она описала другие трудности (например, высокий уровень тревожности перед поездками в автомобиле, когда она еще больше ограничивала себя в еде). Джоанна заявила, что ее школьная жизнь и дружеские отношения значительно ухудшились. В ходе лечения так и не удалось прояснить базовые убеждения. Но, похоже, что в отношении еды присутствовал некий фобический элемент. Возможно, он был связан со страхом объемной пищи и страхом подавиться. Хотя конкретная когнитивная концептуализация отсутствовала, помогла формулировка, основанная на теории обучения, так как у пациента была потребность заново научиться своим отношениям с едой. Джоанна хорошо отреагировала на лечение. Ей помог совместный контроль над тем, какие новые продукты она будет пробовать в соответствии с иерархией продуктов, которых она боялась. Лечение продолжалась последовательно, количество пищи увеличивалось постепенно. Она получала поддержку и заранее оговоренное вознаграждение за свои успехи. Однако эта работа была бы неэффективной без семейной терапии, которая проводилась параллельно.

#### **26.6.2.4. Построение отношений с терапевтом**

Как и в случае со старшими пациентами, отношения, которые складываются у молодого человека с врачом, — сами по себе полезный инструмент для решения проблем, связанных с питанием, весом и фигурой. Исходя из опыта авторов, молодые пациенты реже стесняются обращать внимание на вес и фигуру других людей. Они, с большей

вероятностью, могут прямо спросить врача о его весе или спросить его мнение о своем весе. Считается полезным воспринимать такие ситуации как эксперимент — потенциальная возможность бросить вызов жестким убеждениям.

Например, Жасмин, 14-летняя девочка с нервной анорексией, работала со своим врачом в течение трех месяцев и за это время набрала 7 кг.

В начале еженедельного сеанса, после взвешивания и набора 0,6 кг, Жасмин спросила врача о следующем.

**Жасмин.** Я много набрала за эту неделю, не так ли? Как вы думаете, я выгляжу толстой?

**Терапевт.** Ну, давай я скажу, что думаю. Жасмин, меня интересует, что произойдет в твоей голове в зависимости от того, как я отвечу. Итак, если, например, я скажу: “Нет, я не думаю, что ты выглядишь толстой”, что ты скажешь себе?

**Жасмин.** Ну, наверное, я скажу себе, что вы бы так сказали, потому что это ваша работа.

**Терапевт.** Хорошо. То есть это звучит так, как будто ты мне не веришь?

**Жасмин.** Скорее всего, нет.

**Терапевт.** А если бы я сказал обратное и ответил на твой вопрос: “Да, я считаю тебя толстой”.

**Жасмин.** Ну, я бы расстроилась. Но я бы вам поверила. Потому что это то, что я думаю.

**Терапевт.** Хорошо, значит, тебе было бы легко поверить мне, если бы то, что я сказал, совпадало с тем, что ты думаешь?

**Жасмин.** Ну, да, потому что это имело бы для меня смысл.

**Терапевт.** Похоже, что твоя голова очень хорошо умеет избавляться от любой информации, которая может не совпадать с тем, что ты думаешь. Как, например, фильтр на камере, о котором мы говорили раньше. Интересно, о чем нам нужно подумать, чтобы помочь тебе изменить фильтр на этой камере?

**Жасмин.** Я не знаю.

**Терапевт.** Интересно, как часто возникают ситуации, когда ты отсеиваешь информацию, которая может противоречить твоим представлениям о себе? Может быть, мы могли бы поставить эксперимент, чтобы проверить эту идею?

Аналогичный стиль рекомендуется использовать, когда молодой человек напрямую спрашивает о весе врача. В социальном контексте молодые люди чаще всего обращаются ко взрослым за советом по ряду вопросов (например, к родителям, учителям). А врач может стать еще одним важным взрослым и потенциальным источником информации. Мы рекомендуем придерживаться позиции терапевтической открытости, которая облегчит возможность задавать вопросы врачу. Не следует при этом игнорировать важность терапевтических границ. Например, позднее Жасмин задала еще один прямой вопрос своему врачу.

**Жасмин.** Я не хочу показаться невежливой, но как вы поддерживаете нормальный вес?

**Терапевт.** Жасмин, мне интересно, спрашивая меня о том, как я справляюсь с проблемами, связанными с весом, ты задаешься вопросом, как это вообще возможно для кого-то — справляться с нормальным весом?

**Жасмин.** Да. Другие люди, кажется, справляются с этим, но я не знаю, смогу ли я.

**Терапевт.** Ну, как ты думаешь, почему некоторые люди, такие как я, могут поддерживать нормальный вес, в то время как для тебя эта идея настолько сложная?

Затем пациенту и врачу можно рассмотреть факторы, которые помогут повысить вероятность человека поддерживать здоровый вес. Врачу нужно попытаться использовать эту возможность, чтобы выяснить другие сферы жизни, которые могут быть важны для пациента, кроме веса и фигуры. Следует также рассмотреть, почему проблемы питания, веса и фигуры так важны для пациента.

### 26.6.3. Подготовка к реальному миру

Существует множество причин, по которым пациенты отстраняются от реального мира. Если их вес ранее достиг критически низкого

уровня, им могли посоветовать или потребовать от них бросить учебу, хобби и интересы, связанные с физической активностью. Кроме того, особенности, характерные для людей с расстройствами пищевого поведения (такие как низкая самооценка, стыд и скрытность), часто приводят к тому, что молодой человек отстраняется от социальных аспектов своей жизни. По мере прогрессирования лечения первостепенное значение приобретает необходимость начать реинтеграцию. Концептуально лечение юных пациентов не отличается от лечения взрослых. Но для эффективного продолжения работы, в случае “тайм-аута” от реальной жизни, для решения типичных проблем подросткового возраста нужен социальный контекст. Этот аспект особенно важен, когда речь идет о реинтеграции. Молодые люди часто сообщают, что, когда они возвращаются в ту же социальную группу (либо в некоторых случаях в новую), они чувствуют, что отстают от своих сверстников в плане психологического и психосексуального развития.

Попытку такой реинтеграции необходимо предпринять, как только это станет физически безопасно. Это нужно осуществить по двум причинам: чтобы свести к минимуму нарушение нормального развития подростка и потому, что социальный контекст — богатый источник информации для поведенческих экспериментов и когнитивной реструктуризации. Например, подросток, ограниченный своим домом или палатой, скорее всего, будет с трудом собирать информацию, чтобы опровергнуть убеждение, что он не похож на других. Кроме того, многим молодым людям необходимо иметь другие, более привлекательные стороны жизни, чтобы они могли принять мысль о том, чтобы отказаться от своих проблем с питанием. Необходимо изменить баланс, чтобы в идеале пациент хотел других аспектов жизни больше, чем зависеть от своего расстройства пищевого поведения. Техники и терапевтические инструменты, которые будут полезны на этой фазе возвращения к “реальному миру”:

- ролевые игры, чтобы объяснить сверстникам причины отсутствия в школе;
- практика приема пищи в присутствии других людей и преодоление убеждений о том, что окружающие думают;
- сбор доказательств для опровержения убеждений о том, что и сколько едят другие;



- проверка убеждений, связанных с удобой и привлекательностью (например, количество комплиментов, полученных при разном весе).

Этот этап — решающий в работе с данной возрастной группой. Здесь действуют те же принципы, которые уже были отмечены выше: врач должен сформулировать для молодого человека его проблемы, и вместе с ним разрабатывать эксперименты и способы для преодоления нерациональных убеждений.

#### **26.6.4. Выздоровление и предотвращение рецидивов**

В главах 28 и 29 будут рассмотрены вопросы, связанные с завершением курса терапии, восстановлением после лечения и предотвращением рецидивов у взрослых пациентов. Известно, что вопрос восстановления также важно рассмотреть у детей и подростков. Во многих случаях этот процесс будет происходить еще сложнее. Поскольку многие из юных пациентов перестают посещать службы помощи детям и подросткам после прохождения курса лечения, это затрудняет отслеживание процесса выздоровления человека (и членов его семьи). На сегодняшний день проведено мало исследований, и есть недостаточно результатов лечения детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Но опыт авторов показывает, что молодые люди, у которых есть следующие характеристики, хорошо реагируют на КПТ (которую рекомендуется проводить в дополнение к семейной терапии):

- живут не в инвалидирующей среде;
- родители готовы и способны поддержать молодого человека (и КПТ);
- функциональное значение расстройства пищевого поведения становится менее важным, чем другие сферы жизни;
- когнитивно “включены”;
- достигнут (и смогут поддерживать) здоровый вес;
- способны усваивать и использовать концепции КПТ между сеансами;
- меньше коморбидных расстройств.

### 26.6.4.1. Предотвращение рецидивов

Вопросы, рассмотренные в главе 29, актуальны и при работе с молодыми пациентами. При решении вопросов предотвращения и профилактики рецидивов необходимо сначала детально изучить связанные с ними вопросы (планирование дальнейших изменений, управление риском, предотвращение рецидивов) за много недель до согласованного и запланированного последнего сеанса. Однако в случае с молодыми пациентами к этому процессу необходимо привлекать членов их семей. Важно всегда рассматривать такие вопросы в рамках коллективных встреч, сеансов семейной терапии и индивидуальных терапевтических сеансов. В таких обстоятельствах для врача очень важно установить связь со значимыми взрослыми (например, родителями). Это поможет разработать стратегии управления риском и рецидивом в семье. В дополнение к методам, описанным в главе 29, при решении проблем рецидива у молодых пациентов полезны следующие стратегии.

- *Индивидуальный опросник/контрольный список по предотвращению рецидивов.* Как и в случае со взрослыми пациентами, нужно фокусировать внимание на вопросах, которые повлияли на развитие и поддержание расстройства пищевого поведения. Следует также сосредоточиться на том, чему пациент научился в процессе лечения, и на том, что он определил в качестве будущих факторов риска рецидива. Во многих случаях как для врача, так и для молодого человека будет полезно разработать опросник или контрольный список. Это нужно для того, чтобы молодой человек (и при необходимости члены его семьи) мог проверить, как он справляется с ситуацией в будущем на основе того, что удалось узнать о его риске в ходе лечения. Например, Халид, 13-летний мальчик, во время пребывания в стационаре упорно работал над тем, чтобы уменьшить чрезмерные и компульсивные физические нагрузки. Во время амбулаторного лечения он продолжал заниматься КПТ. При планировании завершения Халид и его лечащий врач совместно разработали анкету, которую он мог регулярно заполнять, чтобы вести официальный учет количества физических упражнений (например, количество отжиманий, сколько раз он поднимался и спускался по лестнице дома). Кроме того, он разработал 5-балльную шкалу для отслеживания компульсивного

элемента своих физических упражнений (то, что он называл “позывами”). Он решил, как бы он хотел, чтобы его родители поддерживали эту постоянную работу, и определил, какие показатели будут означать, что ему необходимо обратиться за дальнейшей профессиональной помощью.

- *Взвешивание.* Опять же, как и в случае со взрослыми пациентами, необходимо решить и спланировать вопрос о постоянном контроле веса. Если речь идет о ребенке младшего возраста или подростке, то взрослые, скорее всего, будут играть более активную роль в этом процессе. Часто на этом этапе семьям приходится использовать сеансы семейной терапии, чтобы преодолеть чувство тревожности, связанное с возросшим желанием ребенка быть самостоятельным. Это напряженный период, но и полезный способ для проверки аспектов внутрисемейного доверия, которые связаны с более автономным питанием и влиянием на вес. В качестве примера можно привести ситуацию, когда пациент ест в школе, ходит обедать с друзьями или ест в гостях у друзей. При работе с пациентами старшего подросткового возраста подход к вопросам взвешивания обычно больше соответствует подходу, описанному в разделе о лечении взрослых. Но при этом всегда следует ориентироваться на проделанную на сегодняшний день работу с семьей и на то, что именно подходит для каждой семьи.
- *Воображаемые сеансы.* После окончания курса КПТ можно попросить некоторых молодых пациентов выделить время для проведения “воображаемых сеансов”. Эта техника нужна не для того, чтобы помочь молодому человеку избежать проблем с окончанием КПТ, скорее, это способ помочь ему взять на себя ответственность за терапию, выделить время для рассмотрения и оценки того, как он справляется. Например, юного пациента можно побудить использовать терапевтические отношения, задавая себе такие вопросы, как: “О чем бы Х (врач) предложил мне подумать, чтобы помочь в этой ситуации?” Можно повысить его способность ответить на этот вопрос, если представить, что он сидит в терапевтическом кабинете вместе с врачом и вообразить вероятный ход разговора. Изучено, что многие молодые пациенты устанавливают прочные связи со своими врачами. В этом случае полезно

обсудить, как можно поддерживать ставшие важными отношения после окончания официального курса терапии.

- *Предотвращение рецидивов или снижение вреда?* При работе с этой возрастной группой (как и со взрослыми пациентами с расстройствами пищевого поведения) не все случаи по предотвращению рецидивов и управлению ими заканчиваются положительным результатом. По многим причинам, например, продолжая жить в недоброжелательном окружении или не желая расставаться с расстройствами пищевого поведения, основная цель после завершения курса терапии — снижение вреда от РПП, а не предотвращение рецидивов. В таких ситуациях, как было доказано, очень важно быть честными в прогнозах на будущее и рассматривать вероятные рецидивы как на индивидуальных, так и на семейных сеансах. Для дальнейшего рассмотрения этого вопроса см. раздел 26.7.3.

## 26.7. Завершение курса терапии

---

Существует три типа завершения, которые врачу, скорее всего, придется обсудить с молодыми клиентами и членами их семей:

- запланированное завершение курса КПТ в заранее оговоренное время;
- запланированное завершение курса КПТ и последующий переход от службы поддержки детей/подростков к службе поддержки взрослых с расстройствами пищевого поведения;
- завершение в неоптимальных обстоятельствах.

Каждый из этих вариантов будет рассмотрен ниже.

### 26.7.1. Запланированное завершение курса КПТ в заранее оговоренное время

Способы завершения сеансов КПТ с молодыми людьми с расстройством пищевого поведения схожи с техниками для юных пациентов с другими видами расстройств. Однако были определены техники, которые будут особенно полезными для людей с расстройствами пищевого поведения. Поскольку курс КПТ в этой группе пациентов

обычно длится дольше, чем с другими пациентами, то пациенты с расстройством пищевого поведения часто воспринимают своих врачей как важных и значимых людей в своей жизни. В некоторых случаях завершающая фаза лечения — болезненная, поднимает вопросы, связанные с завершением предыдущего курса лечения и другими важными отношениями. В отличие от случаев у взрослых пациентов для молодых людей нередки случаи, когда завершение лечения — первое значимое событие в жизни, которое они проходят до конца. В любом случае, очень важно, чтобы завершение было тщательно продумано и спланировано.

В идеале завершение курса терапии следует обсуждать еще на ранних стадиях лечения. В начале КПТ нужно заранее оговорить конечный пункт следования курсу терапии, хотя (в соответствии с рекомендациями по работе со взрослыми — глава 29) бывают случаи, когда этот пункт нужно изменить (например, увеличить количество сеансов или прекратить их досрочно, если это необходимо). Важно регулярно напоминать молодым клиентам о завершении, использовать такие формулировки, как: “Когда мы больше не будем встречаться...” или “После сегодняшнего сеанса у нас останется еще X сеансов”. Это позволит расставить приоритеты в оставшейся части работы и начать исследовать, какие чувства возникают у пациента в связи с этим завершением. Примерно к третьему сеансу от конца курса нужно начинать говорить с молодыми клиентами о том, как будет выглядеть последний сеанс, и начать его планировать в деталях.

Например, Элли, 15-летняя девочка с нервной анорексией, работала со своим терапевтом более года до момента запланированного завершения курса. Изначально лечение проводилось в стационарных условиях, затем оно продолжалось на амбулаторной основе. Планировалось, что сеансы закончатся после ее выздоровления, хотя было предусмотрено, что за ее состоянием будут наблюдать специалисты в местной службе по охране психического здоровья детей и подростков. У Элли сформировалась очень сильная привязанность к своему лечащему врачу, к тому же в это время умерла ее бабушка, и из-за этого окончание работы с врачом стало еще более болезненным для нее. За три сеанса до окончания работы терапевт следующим образом обратил внимание на план работы последнего сеанса.

- Терапевт.** Сегодня мы говорили о том, как ты будешь себя чувствовать, когда мы больше не будем встречаться. Ты рассказала мне, как тяжело тебе дается эта мысль. Важно, чтобы мы сейчас потратили некоторое время на размышления о нашем последнем сеансе и о том, для обсуждения каких вопросов мы его используем. Ты уже думала об этом?
- Элли.** Нет, не совсем. Мне не очень хочется думать об этом.
- Терапевт.** Я вижу, что тебе тяжело. Можно я предложу несколько идей о плане сеанса и о том, что мы могли бы обсудить на этом сеансе?
- Элли.** Да, хорошо.
- Терапевт.** Похоже, что люди по-разному реагируют на последний сеанс. Некоторые не приходят вовсе или приходят с опозданием!
- Элли.** (Смеется.)
- Терапевт.** Как ты думаешь, ты могла бы применить один из этих способов?
- Элли.** Нет. Может быть, мне и захочется, но я бы хотела попрощаться как следует.
- Терапевт.** Хорошо. Значит, будем считать, что ты придешь. В таком случае мы можем подумать о том, как отметить завершение курса терапии разными способами. Важно, чтобы мы провели некоторое время, вспоминая нашу совместную работу и то, чему, по твоему мнению, ты научилась и чего достигла за это время. Это можно сделать разными способами. Некоторые люди любят посидеть и поговорить об этих вещах, другие — просмотреть документы в своей папке, третьи — написать письма.
- Элли.** Что вы имеете в виду под письмами?
- Терапевт.** Я имею в виду, что мы с тобой напишем друг другу письма о том времени, когда мы работали вместе, и прочитаем их на последнем сеансе.
- Элли.** Мне нравится эта идея. Объясните мне это подробнее?

Затем врач и пациент продолжают беседу о цели и содержании писем. Доказано, что молодые люди хорошо реагируют на это предложение. Подавляющее большинство таких пациентов выражает заинтересованность в этом. Все без исключения молодые люди, которые согласились сделать это, приходят на последний сеанс со своими письмами. Применяя идеи когнитивно-аналитической терапии о завершающем письме [Ryle & Kerr, 2002], необходимо написать пациенту письмо, в котором будут указаны: воспоминания о том, где пациенты были в начале терапии; какие у них были базовые убеждения и фундаментальные проблемы; где они находятся сейчас; и что-то, что терапевт всегда будет помнить о них. В начале заключительного сеанса терапевту нужно определить момент обмена письмами и выделить время для последующего их обсуждения. Было обнаружено, что полезно спросить, хочет ли молодой человек прокомментировать что-то из услышанного, или ему что-то непонятно. Также важно прокомментировать то, что написал молодой человек. Это несложно. Терапевты часто удивляются тому, насколько глубокие чувства могут выразить молодые люди на этом этапе и насколько продуманными получаются их письма.

После обмена этими письмами полезно проанализировать проведенную терапевтическую работу. Важно рассмотреть направления, по которым молодой человек собирается двигаться в будущем, учитывая информацию о предотвращении рецидивов и продолжении самостоятельной работы. В последние минуты сеанса полезно провести молодого человека через последнюю фазу завершающего сеанса следующим образом.

**Терапевт.** Через несколько минут мы закончим наше взаимодействие. Я думаю, нам следует подумать о том, что мы будем делать, когда оно закончится. Мне интересно, как бы ты хотела попрощаться?

**Элли.** Я не знаю. Я не очень хочу.

**Терапевт.** Я вижу, что это очень тяжело для тебя. Один из вариантов — как можно быстрее покинуть комнату.

**Элли.** А какие способы есть еще?

**Терапевт.** Другой вариант — пожать друг другу руки.

**Элли.** Это звучит лучше.

**Терапевт.** И еще один вариант — обняться.

**Элли.** Именно этого бы мне очень хотелось, если вы не против.

Очевидно, что вопрос о прикосновениях в терапии вызывает постоянные споры среди специалистов. И в некоторых обстоятельствах они действительно неуместны как для пациента, так и для врача. Однако при безопасном и ограниченном подходе такой контакт может быть уместным и терапевтически обоснованным в группе более молодых пациентов.

### **26.7.2. Запланированное завершение курса КПТ и последующий переход от службы поддержки детей/подростков к службе поддержки взрослых с расстройствами пищевого поведения**

При тщательном и детальном рассмотрении этот тип завершения — очень хороший вариант как для пациента, так и для членов его семьи. Нужно не просто рассмотреть момент перехода человека во взрослую службу на момент достижения им определенного хронологического возраста. Важно контролировать этот процесс у молодых пациентов, потому что такой переход к службам помощи для взрослых (а также символически и ко взрослой жизни) — сложный период. Лучше, если такой переход будет связан с соответствующим моментом в развитии пациента. Многие из молодых людей, которые приходят на лечение, эмоционально (а также физически) незрелые для своего возраста. Они вряд ли готовы к иной направленности и стилю подхода к преодолению РПП, которые присущи службам помощи для взрослых.

Известно, что молодые люди и члены их семей могут хорошо справиться с этим переходом выздоравливающего пациента или того, который находится в процессе преодоления РПП, если осуществлять этот процесс деликатно и с особым вниманием и детальным обсуждением. Независимо от этого, было обнаружено, что заблаговременное обсуждение идеи такого перехода на обзорных сеансах и семейных сеансах позволит пациенту и его семье приспособиться к этой идее. Это также предоставит достаточно времени для обсуждения возникающих по этому поводу вопросов на будущих семейных и индивидуальных сеансах.



В зависимости от опасений, связанных с новыми службами, рекомендуется переходный период для врача и пациента. В идеале терапевт может установить дату окончания такого переходного периода *после того*, как переведет пациента на контроль службы помощи для взрослых. В этот период врач и пациент могут встречаться, терапевт может передать свои полномочия новым врачам, обмениваться мнениями по любым вопросам, которые могут возникнуть на начальном этапе перехода. Нужно, чтобы молодой человек написал собственный отчет о времени, которое провел в рамках работы в КПТ. Важно, чтобы он передал своими словами, каким был его опыт, чему он научился на данный момент и что, по его мнению, необходимо включить в будущую работу. Очевидно, что это зависит от возраста и способностей каждого конкретного пациента, и это нужно читать отдельно от рассказа врача. Кроме того, к заключительному сеансу можно подойти так, как это было описано выше.

### **26.7.3. Завершение лечения в неоптимальных обстоятельствах**

Как и в случае со взрослыми пациентами, не все молодые пациенты достигают полного выздоровления как при использовании КПТ, так и при использовании семейных подходов [Eisler et al., 2003]. Причины этого, вероятно, многочисленны и сложны. До тех пор, пока не появятся исследования, которые помогут терапевту определить вероятные прогностические факторы исхода лечения, формулировка трудностей молодого человека (и его семьи) и опыт врача — лучшие способы для определения вероятных исходов. Очевидно, что такой подход не точный. Известно, что в работе с этой группой пациентов следует ожидать сюрпризов. Однако молодые люди с расстройствами пищевого поведения — группа, которую очень трудно лечить. И врач должен быть готов к тому, что его ожидают либо неоптимальные, либо плохие результаты выздоровления.

Мультидисциплинарные команды — чрезвычайно полезны в таких случаях. Возможность выполнения ряда различных терапевтических задач предоставляет больше возможностей как для молодого человека, так и для врача. Например, Дэниел, 14-летний мальчик, у которого в течение двух лет наблюдались ограничения в еде и низкий вес, в конечном итоге не смог пройти курс КПТ. После незначительной

мотивационной работы и рассмотрения первоначальной формулировки Дэниел согласился на некоторые эксперименты по тестированию новых продуктов и увеличению веса. Однако он так и не смог попробовать новые продукты. Из-за этого его вес оставался на уровне 78% от нормы для его роста и возраста. После многочисленных обсуждений и пересмотра формулировки они совместно с его лечащим врачом пришли к выводу, что в настоящее время он не в состоянии рассматривать возможность выздоровления. Несмотря на это, он хотел и мог работать с эрготерапевтом из мультидисциплинарной команды. Они проводили работу по изучению сфер его жизни, от которых он отстранился, и искали способы, с помощью которых он мог бы снова интегрировать их в свою жизнь. Возможность повторного участия в курсе КПТ обсудили на более поздней стадии. И Дэниел согласился, что это может быть то, от чего он мог бы получить пользу в дальнейшем. Подтверждено, что гораздо правильней с терапевтической точки зрения — открыто обсуждать то, почему “сейчас не подходящее время”, и прекращать КПТ до того, как она завершится неудачно. При работе с неоптимальными завершениями курса КПТ решающее значение имеет возвращение к техникам повышения мотивации и поддержание того же стиля терапевтической открытости (см. выше). Были сделаны выводы, что это может помочь минимизировать чувство безнадежности и неудачи для молодого человека, который не в состоянии думать о полном выздоровлении. Кроме того (что, возможно, не менее важно), это позволит терапевту проще пережить такое завершение. Врачу может быть слишком легко взять на себя ответственность за неудачу — перфекционизм клиентов отражается в перфекционизме и желании врача помочь. Из опыта авторов книги, перфекционизм врачей может усиливаться при работе с такими пациентами из-за их возраста и из-за желания врача “спасти” их. Очевидно, что решающее значение имеет супервизия и открытое обсуждение таких вопросов в команде.

Возвращаясь к формулировке, чтобы рассмотреть причины невозможности изменений, так же важно как для врача, так и для молодого человека и его семьи. Следующий пример демонстрирует некоторые из проблем, с которыми сталкиваются молодые люди и врачи. В нем доказано, насколько важен системный подход при работе с молодыми людьми в рамках любой модели КПТ. Лия, 15-летняя девочка, у которой в течение трех лет наблюдались признаки нервной анорексии

(подтип “переедание/очищение”) и соотношение веса/роста составляло 71% от ожидаемого для ее возраста, лечилась в домашних условиях, но после нескольких месяцев мотивационной работы согласилась на госпитализацию в стационар. Цели госпитализации: помочь ей обрести некоторый контроль над приступами переедания и очищения, достичь здорового веса и разработать другие стратегии управления своими чувствами. Через несколько месяцев она достигла первых двух целей. Однако она сообщила (как и предполагала с самого начала), что обращение к своим чувствам и воспоминаниям привело к ухудшению ее самочувствия. Таким образом, хотя она и восстановила некоторый контроль над приемом пищи и очищением, функция регуляции эмоций, связанная с этим поведением, не уменьшилась. Хотя у команды врачей, работавших с Лией, еще до начала курса лечения было некоторое представление о дискомфортных проблемах, с которыми она сталкивалась дома. Уже в процессе госпитализации они выяснили истинный масштаб хаоса, отсутствие надлежащего уровня заботы и контроля со стороны взрослых в ее семье. Не получив какой-либо поддержки или вмешательства со стороны социальных служб и служб поддержки детей/подростков, команда решила рекомендовать Лие оставаться в стационаре до ее 18-летия, либо работать над РПП в неоптимальных условиях. Команда неоднократно выражала озабоченность по поводу вероятного неблагоприятного прогноза в случае Лии, если ее родители не смогут выполнить некоторые из рекомендованных условий. Ни ее родители, ни государственные учреждения не смогли предложить никакого другого варианта решения.

Когда Лию в конце концов выписали со здоровым весом, работа по предотвращению рецидивов (как на индивидуальных занятиях, так и с ее семьей) была направлена на то, как оставаться здоровой и управлять текущими рисками. Терапевт также работал с Лией над формулировкой того, почему она не может ничего изменить и почему ей нужно расстройство пищевого поведения в жизни в данный момент. Это обсуждение позволило врачу включить в формулировку возможность того, что в будущем все может измениться. Как и пациенты старшего возраста, молодые люди также могут обратиться в специализированное учреждение на более поздней стадии лечения, чтобы принять участие в терапевтической работе, которую они не смогли провести ранее. Несомненно, положительный опыт предыдущей терапии (независимо

от результата) поможет пациенту поверить в то, что терапия на более поздней стадии будет успешной.

Невзирая на то, что терапия заканчивается в неоптимальных обстоятельствах, ее окончание должно быть спланировано и продумано так, как было описано ранее в этом разделе. Содержание сеансов и причины для неоптимального завершения (например, родители, из-за которых ребенок не может посещать сеансы) могут меняться. Но принципы, стиль и процесс, скорее всего, останутся теми же.

# Выводы

Хотя не все пациенты или члены их семей сообщают о положительном результате, терапевты стремятся предоставить всем молодым людям, с которыми они работают, подходящие терапевтические инструменты для индивидуального лечения их расстройств пищевого поведения. Такой подход актуален, если он имеет смысл с точки зрения их формулировки и если их физическое состояние стабилизировано. Как уже подчеркивалось в этой книге, нужно признать, что КПТ еще предстоит пройти долгий путь, прежде чем она сможет быть полностью адекватно использована при лечении у молодых пациентов. Однако считается, что КПТ — полезный ресурс в рамках комплексного междисциплинарного подхода, который необходим в таких случаях. Потенциальные положительные эффекты от КПТ можно оценить, используя слова одной из молодых пациенток, которые она сказала по завершению курса КПТ: “Когда я пришла на лечение, то только наблюдала за жизнью, теперь же я чувствую, что действительно живу”.

# Завершение терапии

В этом разделе будет обсуждаться завершение КПТ при расстройствах пищевого поведения. Сначала будет рассмотрено, что делать, если КПТ не работает на ранних стадиях лечения. Это нужно, чтобы понять, какие альтернативные подходы будут полезными (если такие есть). Затем будут представлены критерии выздоровления и описаны способы измерения успешности процесса выздоровления. Нужно связать процесс выздоровления с ключевыми темами КПТ и использовать модель стадий перемен для интеграции идей и результатов исследований. Далее будет определено влияние вклада врача на процесс обсуждения прогресса в выздоровлении и завершение лечения. Затем будет рассмотрена стадия завершения лечения и способы предотвращения рецидива.



## Как действовать, если КПТ оказалась неэффективной

Значительное число пациентов не заинтересованы участвовать в лечении [Coker et al., 1993] или бросают терапию [Halmi et al., 2005; McKisack & Waller, 1997; Mitchell, 1991; Waller, 1997]. Однако даже среди тех пациентов, которые остаются на лечении, многие плохо выполняют задания, определенные курсом терапии (например, домашние задания, поведенческие эксперименты, когнитивную реструктуризацию). Такие пациенты, вероятно, составляют значительную часть тех, кто не получает пользу от КПТ [Fairburn & Harrison, 2003]. Авторы пришли к выводу, что пациенты, которые не получают пользу от КПТ, часто:

- страдают значительными коморбидными состояниями (расстройствами как оси I, так и оси II);
- имеют ряд импульсивных форм поведения;
- с историей травмы и диссоциации;
- упорно сосредоточены на пользе от расстройства пищевого поведения;
- чувствуют, что их принуждают к лечению.

Однако есть и явные исключения. Некоторые из таких пациентов показывают очень хорошие результаты. Эти особенности требуют значительного внимания к вопросам мотивации (см. главу 6), препятствующего терапии поведения (см. главу 9) и коморбидности (см. главы 24 и 25). Также считается, что важно учитывать вопросы уверенности пациента в возможности изменений, позицию врача и его вклад в процесс лечения (см. главу 6). Цель должна заключаться в том, чтобы врач поощрял и позволял пациенту сосредоточиться на своем пищевом поведении.

Важно рассмотреть возможность прекращения лечения, если есть факторы, которые нельзя изменить. А также рассмотреть вопрос о том, что КПТ не является эффективным подходом лечения для данного



пациента в данный момент. Если пациент в настоящее время вообще не готов к активному лечению, то можно рассмотреть перспективу долгосрочной мотивационной работы (при обеспечении физической безопасности). В качестве альтернативы можно предложить другие подходящие для конкретного пациента способы лечения [Fairburn et al., 1995; Murphy et al., 2005]. Нет убедительных доказательств в пользу каких-либо особенностей у пациентов для подбора им метода лечения. Однако авторы обнаружили, что у тех пациентов, которые получили больше пользы от интерперсональных методов терапии, в анамнезе были значительные переживания разлуки и потери.

## Выздоровление

В исследованиях результат лечения обычно обозначают как “конкретный показатель”. В отличие от этого, терапевта, работающего с отдельным пациентом, больше интересует процесс выздоровления конкретного человека. Кроме этого, в то время как эмпирические исследования фокусируются на физических факторах, психотерапевты предпочитают оценивать психологические факторы [Willoughby & Hirani, 2005]. Для осознания процесса выздоровления в конкретном случае пациента полезно использовать метод сократовских вопросов. Так что ни терапевт, ни пациент не могут дать правильное описание понятия, что такое выздоровление. Скорее, нужно рассматривать выздоровление в результате совместного обсуждения. Например, если пациент приходит к выводу, что прекращение нерационального поведения — адекватное определение, то можно вместе с ним выяснить, насколько устойчива такая позиция, так как жизненные стрессы могут спровоцировать остающуюся эмоциональную и когнитивную уязвимость. Аналогично, если врач предложит пациенту изменить как поведение, так и убеждения, пациент должен выразить беспокойство по поводу того, выздоровел ли он окончательно, если не может вернуться к нормальному социальному взаимодействию или остается в депрессии.

### **28.1. Определение понятия выздоровления и самого процесса выздоровления**

---

Пока не существует четких и универсально согласованных критериев оценки выздоровления от расстройства пищевого поведения. Критерии, которые использовались в исследовательских испытаниях, включают: наличие или отсутствие поведения, изменение ИМТ, несоответствие диагностическим критериям расстройства пищевого поведения и хорошие показатели в отношении проверенных симптомов расстройств пищевого поведения. Чтобы оценить такие результаты, были разработаны Шкалы оценки Моргана-Рассела (The Morgan-Russell

scales) [Morgan & Russell, 1975], но из-за их ограниченного характера в настоящее время их используют не так часто, как раньше.

Учитывая разнообразие целей, очевидно, что выздоровление нельзя оценивать по одному набору критериев. Исходя из клинического опыта авторов пособия, для оценки нужно использовать комбинацию психических, физических и социальных факторов в сочетании с клиническим заключением мультидисциплинарной группы и мнением пациента. Следует варьировать степень важности каждого из них в каждом конкретном случае пациента. Однако нужно принимать во внимание все эти факторы. Многие из этих критериев больше сосредоточены на *отказе* от чего-либо (например, от проблемного поведения), чем на приобретение чего-то (например, более адаптивного поведения). Пациенты с расстройствами пищевого поведения часто жестко поляризованы как в своих убеждениях, так и в поведении. Выздоровление предполагает понимание умеренности и переход от крайностей к середине. Например, пациент должен осознавать, что употреблять разнообразные продукты питания более целесообразно, чем жестко следовать исключительно “здоровой” диете. Это поможет в процессе лечения и нормализации поведения.

Хотя универсальных критериев оценки выздоровления не существует, есть ключевые показатели, которые врачи регулярно используют в своей практике, — это сочетание психологических, физических и социальных факторов, которые включают в себя:

- отсутствие таких форм поведения, как ограничения в еде, рвота, злоупотребление слабительными/мочегонными средствами и чрезмерные физические нагрузки;
- стабильный индекс массы тела выше минимального уровня, необходимого для менструации;
- отсутствие озабоченности едой, фигурой и весом;
- стабильное и эутимическое настроение.

В соответствии с моделью КПТ факторы сгруппировали по когнитивным, эмоциональным, поведенческим и физическим элементам. Другие аспекты, которые считаются важными при оценке степени выздоровления, включают социальные факторы. Ниже представлена более подробная информация о всех этих факторах.

### **28.1.1. Когнитивные факторы: озабоченность питанием, фигурой и весом**

Основной поддерживающий механизм расстройств пищевого поведения — переоценка важности питания, фигуры и веса. Таким образом, для выздоровления необходимо снизить влияние этого механизма. Если это случилось, то об этом будут свидетельствовать следующие факты:

- пациент оценивает себя по широкому спектру факторов, а не только по фигуре и/или весу;
- у пациента нет непреодолимого желания похудеть;
- у пациента нет сильного страха чрезмерной прибавки массы тела или искаженных восприятия и концепции тела;
- у пациента есть понимание диапазона здорового веса для человека его роста и возраста.

Однако следует подчеркнуть, что в обществе широко распространены идеи о неудовлетворенности своим телом и мысли о диете, поэтому полностью искоренить такие мысли маловероятно. В связи с этим цель лечения заключается в том, чтобы пациенты установили рациональные отношения со своим телом, похожие на отношения человека без расстройств пищевого поведения. Пациент движется к достижению баланса, как показано на круговой диаграмме “идеальных” высших ценностей (см. главу 6).

### **28.1.2. Эмоциональные факторы**

В ходе эффективного лечения у пациента формируется понимание функции своего расстройства пищевого поведения. Для многих пациентов одна из таких функций — управление эмоциями (например, блокирование аффекта). Таким образом, один из аспектов выздоровления заключается в том, что пациент способен идентифицировать, переносить и реагировать или быть с дискомфортными эмоциями, а не подавлять их с помощью еды и поведения, связанного с расстройством пищевого поведения. Не менее важно, чтобы пациент не заменил расстройство пищевого поведения другим нерациональным поведением; например, самоповреждениями, злоупотреблением психоактивными веществами,

обсессивно-компульсивным поведением или чрезмерными физическими нагрузками. Некоторые из этих видов поведения — нормальные в умеренном количестве (например, физические упражнения, уборка), и их функция целесообразна и не является средством преодоления дистресса. Пациент должен развивать адаптивные навыки, которые помогут ему справиться с непереносимым аффектом. Кроме того, у пациента должно быть стабильное, эутимическое настроение (если не преобладают такие факторы, как депрессия или тяжелая утрата).

### 28.1.3. Изменение поведения

При расстройствах пищевого поведения ключевой показатель прогресса — уменьшение использования таких форм поведения, как переедание, рвота, злоупотребление слабительными и чрезмерные физические нагрузки. Нужно еженедельно регистрировать количество эпизодов, чтобы получить представление о прогрессе пациента в процессе лечения. Конечно, вполне вероятно, что такое поведение будет меняться как в качественном, так и в количественном отношении (например, переедание часто переходит от объективных эпизодов к субъективным). Многие пациенты к концу лечения полностью отказываются от употребления нерациональных моделей поведения. Некоторым может потребоваться дополнительный период времени после лечения, чтобы полностью отказаться от такого поведения [Waller et al., 2005].

Что касается приема пищи, то вначале пациент может не доверять своим внутренним сигналам голода и сытости. Хотя при этом он будет понимать и реагировать на необходимость регулярно есть, несмотря на отсутствие чувства голода. Со временем пациент сможет распознавать внутренние механизмы голода и адекватно реагировать на них. Поэтому на ранней стадии процесса выздоровления пациент может “есть по часам”, в том числе следовать строго структурированному плану питания. Хотя для окружающих это выглядит ненормально, но это нормально для пациента и соответствует стадии выздоровления. Со временем важно, чтобы пациент выработал более гибкий подход к питанию. Но, скорее всего, этот процесс будет продолжаться и после завершения терапии. Эту тему авторы подробно описали в начале раздела о диете и вопросах питания (см. главу 7). Есть и другие поведенческие критерии оценки выздоровления:

- пациент сообщает о полном контроле над приемами пищи;
- пациент потребляет разнообразную пищу, которая включает широкий спектр продуктов из всех пищевых групп, в том числе и те продукты, которых пациент ранее избегал;
- пациент потребляет пищу регулярно, имеет регулярные запланированные перекусы каждый день;
- отсутствуют сокращения потребления пищи и компенсация потреблением алкоголя.

#### 28.1.4. Физические факторы

Ключевой физической фактор — возвращение к стабильному весу, обеспечивающему естественную менструацию (если пациентка женского пола и находится в возрасте, когда ожидается менструация). Обычно, это соответствует ИМТ = 20 или выше. Но если есть сомнения, УЗИ яичников поможет определить, достаточен ли вес, чтобы поддерживать менструальный цикл. У женщин, которые имели недостаточный вес в период полового созревания, невозможно определить вес, при котором может наступить менструация. Женщинам с аменореей необходимо поддерживать стабильный здоровый вес в течение нескольких месяцев до возобновления менструации. Было обнаружено, что многим пациенткам для возобновления менструации требуется вес примерно на 3 кг больше, чем до болезни. Таким образом, возобновление менструальной функции может произойти через некоторое время после окончания активной фазы лечения. У женщин, которые не потеряли менструальную функцию, цель — научиться поддерживать стабильный вес. У мужчин восстановление подразумевает поддержание стабильного веса при ИМТ = 20 или выше.

Восстановление включает в себя: уменьшение симптомов, связанных с ограничением питания или низким весом. Сюда можно отнести: улучшение работы кишечника, улучшение состояния кожи и ногтей, повышение концентрации внимания, улучшение переносимости перепадов температур и снижение уровня депрессии. Важно также отметить, что, хотя здоровье костей и зубов может значительно улучшиться, некоторые изменения в организме, скорее всего, необратимы.

### 28.1.5. Социальные факторы

При расстройствах пищевого поведения у человека часто остается мало психологической или физической энергии для других сфер, таких как работа, учеба, отношения, друзья или хобби. В тяжелых случаях люди вынуждены бросать учебу или работу из-за физического состояния. Признак выздоровления таких пациентов — тот факт, что пациент заинтересован в развитии или возвращении к подобной деятельности, и он начинает предпринимать шаги в этом направлении. Некоторые люди избегают отношений во время болезни из-за неудовлетворенности своим телом или страхом перед близостью. Кроме того, некоторые люди могут избегать общественных мероприятий из-за опасений по поводу доступности продуктов или того, что окружающие могут увидеть, как они едят. Выздоровление предполагает улучшение отношений с окружающими. Это становится возможным, когда внимание не так сильно сосредоточено на еде. Один пациент рассказал, что почувствовал, что выздоровел, когда смог есть со своей семьей и такую же пищу, как и они, а не “диетическую”. Это снизило уровень напряженности во время еды. Опять же, выздоровление будет включать пробные шаги для построения новых отношений и возобновления контактов с людьми, которых пациенты хотят видеть в своей жизни. Многие люди с многолетними расстройствами пищевого поведения в анамнезе могут иметь круг друзей, состоящий в основном из тех, кто также страдает от расстройств пищевого поведения. Развитие дружеских отношений с людьми, у которых более здоровые отношения с едой, — важный признак выздоровления таких пациентов.

### 28.1.6. Достижение целей

Кроме того, поскольку основополагающий фактор в КПТ — это совместная постановка целей, то достижение таких целей также можно рассматривать как средство оценки процесса выздоровления. Наиболее полезные — поведенческие и, следовательно, измеримые цели, которые состоят из сочетания краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных мишеней. Может оказаться, что в конце лечения пациент достиг своих краткосрочных целей и сделал шаги к более долгосрочным целям (например, вернулся в университет, чтобы получить необходимую квалификацию для будущей желаемой карьеры; или для пациенток женского

пола — достижение веса, при котором возможна менструация, чтобы планировать создание семьи).

### 28.1.7. Объективные средства

Важно также использовать психометрические показатели, чтобы отслеживать прогресс в ходе лечения и объективно демонстрировать изменения. Особенно рекомендуется использовать такие инструменты, как:

- Опросник депрессии Бека [*Beck & Steer*, 1993a];
- Опросник тревожности Бека [*Beck & Steer*, 1993a];
- Опросник обследования расстройств пищевого поведения [*Fairburn & Beglin*, 1994];
- Опросник проверки убеждений [*Hinrichsen et al.*, 2006];
- Схемный опросник Янга [*Young*, 1998].

Таким образом, сочетание взглядов врача и пациента с объективной информацией (такой как наличие или отсутствие поведения, ИМТ и психометрические результаты) — наиболее полезный способ оценки степени выздоровления.

## 28.2. Применение термина “выздоровление” для разнообразных случаев

---

Пациенты с расстройствами пищевого поведения — очень разные. Для некоторых из них направленной самопомощи или относительно короткого курса КПТ будет достаточно, чтобы решить их проблемы. Такие пациенты могут достичь выздоровления после одного курса лечения, как описано выше. В специализированной клинике по лечению расстройств пищевого поведения [*Waller et al.*, 2005] примерно половина взрослых пациентов с булимией выздоровели (считалось, что они больше не соответствуют диагностическим критериям какого-либо расстройства пищевого поведения) в среднем после 19 сеансов КПТ, а еще 25% достигли выздоровления в течение шестимесячного периода наблюдения. В отношении пациентов с анорексическими расстройствами есть меньше данных, хотя существует клиническое предположение,



что курс лечения для таких пациентов должен быть более длительным [National Institute for Clinical Excellence, 2004]. Однако для большинства пациентов необходимо пройти несколько курсов терапии. В каждом отдельном случае имеют значение многие факторы, такие как: низкая мотивация, коморбидность, хроническое заболевание или внешние факторы. Кристофер Фэйрберн и Пол Харрисон (Paul J. Harrison) продемонстрировали, как пациенты переходят от одного диагноза к другому [Fairburn & Harrison, 2003]. Причем у многих развивается EDNOS, поэтому могут возникнуть трудности в изучении процесса выздоровления, поскольку это предполагает работу с людьми, которые находятся на разных стадиях перемен. Например, для кого-то небольшой шаг на пути к выздоровлению — это признание самого факта наличия расстройства пищевого поведения, а не посещение клиники из-за давления со стороны других. В то время как для кого-то — это “полное” выздоровление, которое соответствует критериям, описанным выше. Ниже будет рассмотрено, как концептуализировать такие различия в клинической практике.

### 28.3. Пересмотр модели стадий изменений

---

Транстеоретическая модель перемен [DiClemente & Prochaska, 1998] — это полезная модель, которую следует рассмотреть, размышляя о процессе выздоровления. Как было описано в главе о мотивации (см. главу 6), в процессе выздоровления люди проходят через стадии изменений. Важно понимать, что люди проходят эти стадии не только один раз. Иногда человеку приходится пройти через этот процесс много раз, прежде чем он сможет окончательно избавиться от своего расстройства пищевого поведения. Некоторые пациенты могут переходить от одной стадии к другой, но так и не удержаться. В то время как другие могут застрять на определенной стадии на долгие годы, возможно, даже навсегда.

Анна Кески-Раконен и Федерика Тоцци (Anna Keski-Rahkonen, Federica Tozzi) изучали процесс выздоровления при расстройствах пищевого поведения. Они исследовали интерактивные сообщения пациентов на сайте, посвященном расстройствам пищевого поведения. Они использовали модель стадий изменений, чтобы классифицировать процессы, добавив еще один термин (псевдовыздоровление) и еще одну стадию (трансцендентность) [Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005].

### **До размышлений**

На этой стадии люди не воспринимают свое расстройство пищевого поведения как проблему. В результате они, скорее всего, будут защищать или даже идеализировать свое поведение или образ жизни. Многие отрицают, что у них есть расстройство пищевого поведения; например, защищая свою худобу, они говорят, что в их семье все “стройные”. Выздоровление — не проблема в глазах этих пациентов, потому что они не чувствуют, что им есть от чего выздороветь. Следовательно, момент, когда пациент признается себе и другим, что у него есть расстройство пищевого поведения, — первый шаг на пути к выздоровлению.

### **Размышление**

Характеризуется амбивалентными чувствами по отношению к выздоровлению и абстрактными желаниями выздороветь. Внешние мотивы, такие как обязанность родить ребенка или давление со стороны близких, также относятся к этой стадии, поскольку основная мотивация к изменению не исходит от самого пациента. Кески-Раконен и Тоцци предполагают, что на этих ранних стадиях пациенты с расстройством пищевого поведения могут быть не готовы к концептуализации выздоровления как цели [Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005]. Таким образом, хотя врач и хочется поговорить о выздоровлении с пациентом, который перешел от стадии “До размышлений” к стадии “Размышления”, важно понимать, что для него это может быть пугающим и вызывающим отчуждение.

### **Решимость и подготовка**

Это этап, в процессе которого пациенты решают, что выздоровление — это то, чего они хотят. Они активно строят планы, которые помогут им достичь этого. Они начинают больше читать психообразовательной литературы, строить конкретные планы по расширению диеты или устранению эпизодов очищения, просить родственников о поддержке в вопросах питания или планировать избегать ситуаций, в которых, по их опыту, они не смогут придерживаться своих целей. Эта стадия часто сливается со следующей.

### **Действие/поддержка перемен**

На этом этапе пациенты воплощают свои планы в жизнь и стараются поддерживать эти изменения. Кески-Раконен и Тоцци отмечают, что распространенная тема, которую затрагивают пациенты, — то, что

выздоровление — это тяжелый труд [Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005]. Однако они также отмечают, что многие люди начинают проявлять осторожный оптимизм в отношении будущего.

### **Рецидив**

Наряду с очевидными признаками рецидива, такими как возвращение к эпизодам переедания и/или рвоты, Кески-Раконен и Тоцци относят к этой стадии “псевдовыздоровление” [Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005]. В качестве примера они приводят человека, который “выздоровел”, но “был по-прежнему очень худым, много занимался спортом и контролировал приемы пищи”, а затем у него развилось приступообразное переедание. Такое изменение — пример того, что люди могут переходить от одного диагноза к другому [Fairburn & Harrison, 2003].

### **Трансцендентность**

Кески-Раконен и Тоцци к вышеописанным стадиям добавляют и эту стадию для людей, которые выросли из своего расстройства пищевого поведения и продолжают нормально жить дальше [Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005]. Эти люди развили в себе способность дистанцироваться от болезни и того, что она собой представляет. Они также прекратили контакты с людьми, которые продолжают жить с расстройством пищевого поведения. Поэтому такие события в жизни пациента, как вступление в социальную группу, участники которой не сосредоточены на еде или навязчивых физических нагрузках (например, хор или курсы фотографии); или активное отдаление от друзей, которые продолжают жить с расстройством пищевого поведения; а также развитие дружеских отношений с людьми, не страдающими расстройством пищевого поведения, — очень обнадеживают. Для терапевтов, ежедневно работающих с пациентами, которые все еще застряли в своем расстройстве пищевого поведения, важно помнить, что люди достигают этой стадии, но из-за природы таких изменений, мы можем об этом никогда не узнать.

## **28.4. Процесс выздоровления: использование этих моделей в клинических условиях**

---

Врач, как и пациент, может легко впасть в дихотомический подход к выздоровлению: пациент *либо* больной, *либо* здоровый, и пациенты

должны полностью выздороветь на момент окончания лечения. Из нашего клинического опыта мы знаем, что и терапевту, и пациенту полезнее рассматривать выздоровление как процесс и признавать, что выздоровление на этих стадиях состоит из множества отдельных циклов (например, отказ от рвоты может быть одним циклом, а набор веса до нормального уровня — другим). Они могут совпадать или не совпадать со стадиями лечения. В КПТ главная цель состоит в том, чтобы пациент стал собственным терапевтом. Поэтому путь к выздоровлению будет продолжаться и после того, как пациент закончит активное лечение. У некоторых пациентов этот путь может занять несколько лет или никогда не завершиться, хотя они могут продвинуться дальше на пути к выздоровлению, чем раньше. Поэтому терапевт должен принять тот факт, что пациент не уйдет от него “совершенным” или “излеченным”. Важно также работать с тревожностью пациентов по поводу того, что они не справятся без врача. Особенно эффективная аналогия — это “Побережье Южной Америки” (которая обсуждалась в главе 1).

Таким образом, путь к выздоровлению пациентов с более длительной формой расстройств пищевого поведения может состоять из множества индивидуальных циклов. Если рассматривать выздоровление как процесс, это может побудить терапевта к долгосрочному, более гибкому и индивидуальному подходу к каждому пациенту. Если признать, что выздоровление — поэтапный процесс, то это позволит всем заинтересованным лицам оценить достижения пациента. Например, пациент, который нерегулярно посещает сеансы, быстро теряет вес и постоянно нуждается в подтверждении надобности лечения, может продемонстрировать прогресс, если согласится прийти на неофициальный сеанс до того, как ситуация станет критичной. Аналогично пациент с избыточным весом, который прошел через многочисленные циклы резкого снижения веса, а затем переедания и повторного набора веса, может признать, что цель, к которой стоит стремиться, — это не похудеть, а стабилизировать вес.

Стоит также признать, что в некоторых случаях пациентам с менее укоренившимся расстройством пищевого поведения может потребоваться очень ограниченное количество сеансов, чтобы отказаться от своего расстройства пищевого поведения и перейти к стадии “Поддержания перемен”, а затем к стадии “Трансцендентность”. Такие пациенты, скорее всего, будут получать лечение в обычных

медицинских учреждениях, а не в специализированных, куда пациенты обычно приходят в гораздо более сложных случаях.

## 28.5. Проводники перемен

---

При размышлении о выздоровлении будет полезно подумать о внешних или внутренних проводниках перемен и о том, как они меняются в процессе выздоровления. Такие размышления могут дать врачу представление о положении пациента на пути выздоровления. Этот путь в основном соответствует последним этапам транстеоретической модели: подготовка, действие и поддержание. В процессе лечения можно выделить три фазы.

*Фаза 1.* Это начало терапии, когда пациент, скорее всего, находится на стадии “Размышления” или “Действие”. Хотя он может быть мотивирован на изменения, у него еще нет навыков или понимания, чтобы осуществить эти изменения. Поскольку КПТ — это структурированный терапевтический подход, врач будет направлять процесс, особенно на начальном этапе. Поэтому можно сказать, что врач берет на себя большую часть ответственности за руководство пациентом. В качестве примера можно привести установление правил для лечения, рекомендации по выбору подходящего плана питания и советы о том, почему пищевые дневники важны и как их вести. Роль пациента заключается в посещении терапии и принятии правил, которые предполагает КПТ. Таким образом, на этой фазе проводник перемен в значительной степени — внешний по отношению к пациенту.

*Фаза 2.* По мере продвижения терапии ответственность за изменения становится в большей степени совместной. Пациент приносит дневник питания и настроения. А врач начинает рассматривать соответствующие аспекты его проблем. Со временем пациент приобретает уверенность и навыки для определения проблемных способов мышления и поведения. Но ему требуется помощь врача, чтобы выработать более адаптивные способы преодоления жизненных трудностей. Здесь проводник перемен переходит от внешнего по отношению к пациенту к внутреннему. На этой фазе пациент может сказать, что он

“слышал ваш голос”, который сказал ему, что делать, когда он столкнулся с дискомфортной ситуацией.

*Фаза 3.* На этой фазе пациент переходит от стадии “Действие” к стадии “Поддержание перемен”. Действия и поддержание — ключевые моменты в процессе выздоровления. К концу эффективной фазы лечения пациент во всех смыслах и целях становится собственным терапевтом. Он способен не только выявлять нерациональные модели мышления и поведения, но и находить решения и применять их на практике. К этому времени пациент уже не будет слушать, что вы говорите ему о том, как вести себя во время стресса. Он будет слышать собственный голос и свои мысли. Возможно, такие пациенты еще не полностью выздоровели. У них есть очевидные остаточные мысли и поведение. Но они находятся на той стадии, когда они могут продолжать добиваться прогресса самостоятельно, распознавать, когда им нужна дальнейшая помощь. Последующий период лечения обычно является временем, когда пациент демонстрирует, насколько он усвоил терапию и стал собственным терапевтом. На этом этапе лечения терапевт выступает скорее в роли поддержки, чем активного проводника перемен, так как пациент обрел способность идентифицировать и изменять свое поведение.

Такое представление о процессе выздоровления может появиться у пациентов на любой стадии лечения, будь то булимик, которому удалось отказаться от эпизодов очищения и который продолжает снова вводить в рацион исключенные продукты во время последующего периода лечения; или пациент с хронической нервной анорексией, которому удастся сохранить набранные за последнее время 2 кг благодаря тому, что он не пытается соответствовать ожиданиям других людей (например, просьбам пообедать в новых ресторанах или выпить алкоголь, чего он не планировал), что ранее заставило бы его ограничить потребление пищи.

## **28.6. Взгляд пациента на процесс выздоровления**

---

Мы считаем, что точка зрения пациента на выздоровление очень важна. Поэтому клиницист должен уделить время и изучить то, как

пациент относится к достигнутому им прогрессу, а также его опасения по поводу прекращения лечения. Исходя из клинического опыта авторов книги, некоторые пациенты способны сами определить, когда лечение будет целесообразным. Эти пациенты могут обсудить с врачом подходящую конечную точку и проанализировать свои чувства по этому поводу. Такие пациенты, скорее всего, будут способны признать смесь чувств — возможно, надежды и тревоги — по мере приближения к завершению лечения. Они будут способны думать о процессе своего выздоровления и осознавать свою роль в этом процессе. Однако некоторые пациенты могут стремиться поскорее закончить лечение (обычно это называется “быстрое выздоровление”). В таких случаях мотивация к изменениям может быть низкой, и человек может чувствовать, что его “подтолкнули” к лечению другие. В таких случаях часто происходит изменение поведения при отсутствии психологических изменений. У некоторых пациентов могут быть нереалистичные ожидания относительно того, чего они могут достичь или поддерживать без содействия. В этом случае нужно подчеркнуть преимущества завершения курса лечения (например, закрепление изменений; разработка плана предотвращения рецидивов). Другие пациенты, наоборот, могут захотеть продолжить терапию из-за тревожности, что они не справятся самостоятельно. Таким пациентам следует напомнить информацию о стадиях лечения (описанных выше) и аналогию с побережьем Южной Америки (см. главу 1). Это поможет им справиться с такими страхами.

В исследовании Кески-Раконен и Тоцци [*Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005*] мысли о выздоровлении поделили на четыре основные категории: стадия изменений; эмоции; что полезно/вредно; и “другие мысли”. Взгляды на выздоровление менялись в зависимости от стадии изменения. Реже всего пациенты упоминали о выздоровлении на стадиях “До размышлений” и “Рецидив”. Наиболее распространенная мысль, что выздоровление — это очень тяжелая работа. Благодаря профессиональной помощи и готовности самого человека к изменениям, пациенты смогли определить полезные или бесполезные мысли о своем выздоровлении. Наконец, выздоровление вызывает сильные эмоции: отчаяние, страх, иронию, надежду, ободрение и благодарность.

## 28.7. Что не является выздоровлением (включая псевдовыздоровление)

---

Хотя мы говорили о выздоровлении как о процессе, у этого процесса есть и конечная точка. Однако иногда пациент может соответствовать некоторым критериям, описанным выше, но не соответствовать остальным. Как отличить тех, кто совершает “путь к выздоровлению”, от тех, на кого не повлияло лечение?

По сути, пациент еще не выздоровел, если он изменил либо поведенческие, либо психологические аспекты, но не оба сразу. Аменорея или олигоменорея — очевидный признак этого, как и то, если пациент продолжает регулярно передать и очищаться. Аналогичным образом, существует множество случаев, когда сокращение нерациональных моделей поведения не свидетельствует об изменении когнитивных установок, лежащих в его основе. Менее очевидный пример — женщины, у которых есть менструация, но ИМТ менее 18,5, поскольку вес тела ниже этого показателя увеличивает вероятность возникновения остеопороза, и с большей вероятностью потребует ограничительной диеты для поддержания этого веса.

Для восстановления также необходимо уметь удерживать такие изменения. Пример — поддержание стабильного и здорового веса в течение нескольких месяцев, а не достижение этого веса однократно. Было обнаружено, что многие пациенты довольно легко контролируют эгодистонические симптомы своего расстройства пищевого поведения (т.е. переедание и очищение), но они не могут отказаться от эгосинтонических симптомов (низкий вес и ограничения). Это псевдовыздоровление описано у Кески-Раконен и Тоцци [*Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005*]. То же самое относится и к “бегству в здоровье”. Тогда может показаться, что пациент прекращает поведение или с легкостью нормализует свой вес, но затем быстро бросает лечение, избегает закрепления результата на стадии “Поддержание перемен”.

## 28.8. Увеличение веса и ожирение

---

При работе с пациентами, страдающими ожирением, часто ожидается, что пациент сбросит вес во время или после лечения. Если этого



не происходит, можно легко попасть в ловушку, решив, что терапия не помогла и что пациент не выздоровел.

На самом деле, в рекомендациях NICE по лечению пациентов с расстройством пищевого поведения предоставлены убедительные доказательства того, что вес не обязательно снижается в результате лечения. А борьбу с ожирением нужно проводить параллельно с лечением или после него. Ожидается, что пациент перестанет пытаться сбросить вес во время лечения. Хотя необходимо признать, что у некоторых людей вес может снижаться медленно (возможно, примерно на 0,5–1 кг в месяц) и только после того, как удастся взять под контроль приступы переедания. Важность и обоснование стабильности веса обсуждались ранее в главе 15. Следует признать, что ожирение, к сожалению, — это проблема, которая, вероятно, потребует постоянного участия первичных, вторичных и, возможно, третичных (специализированных по борьбе с ожирением) служб. Поэтому для пациентов с ожирением быстрая, продолжительная потеря веса (около 1 кг или более в неделю) — не признак выздоровления. Многим пациентам и врачам трудно согласиться с этим, поскольку общество утверждает, что потеря веса — предпочтительный результат при ожирении. Конечно, постепенная, постоянная потеря веса предпочтительнее, чем сохранение высокого веса или набор еще большего веса. Но в действительности пациенты, которые быстро теряют вес, с большой вероятностью снова наберут его (а может быть, и больше), особенно, если они не достигли достаточного психологического прогресса. У пациентов, которые переедают, вес, скорее всего, будет продолжать увеличиваться. Таким образом, достижение стабильности — важный шаг, который поможет ограничить возникновение возможных проблем с физическим здоровьем в дальнейшем.

Продолжающийся стремительный набор веса (0,5–1,0 кг в неделю или более) в течение более чем нескольких недель подряд вызывает беспокойство у любого пациента, если, конечно, это не цель, к которой он стремится. Руководство NICE рекомендует еженедельное увеличение веса на 0,5 кг у людей, выздоравливающих от нервной анорексии в амбулаторных условиях [*National Institute of Clinical Excellence, 2004*]. Но из клинического опыта авторов известно, что многие пациенты набирают вес медленнее. Если пациент не находится на контролируемой диете по набору веса, набор веса с такой скоростью может указывать на то, что прием пищи вышел из-под контроля. Даже если пациент

говорит, что это не так. Здесь требуется деликатный подход, но также крайне важно неоднократно предоставлять пациенту возможность рассказать о том, с чем он борется в плане еды, даже если он не может воспользоваться советом.

## **28.9. Заключение врача: определить, когда завершить лечение**

---

До сих пор в книге говорилось, что оценка выздоровления — многофакторная. Некоторые пациенты могут достичь полного выздоровления после первого курса лечения. Другим, чтобы успешно пройти этот путь, необходимо поэтапное лечение и несколько курсов терапии. В результате терапевт не всегда может оценить прогресс пациента в выздоровлении, и определить, как долго продолжать лечение. Это, скорее всего, будет тревожить врача. В такой ситуации супервизия станет полезным инструментом. Учитывая это, терапевту важно обратить внимание на то, откуда исходит мотивация к лечению: от самого клинициста или от пациента. Как отмечает Джози Геллер со своими коллегами [Geller et al., 2001], именно пациент, а не врач, несет ответственность за изменения. Иногда терапевт попадает в ловушку и думает, что лечение — это что-то, что осуществляется над пациентом, и что он делает свою работу хорошо только в том случае, если добивается “быстрого и длительного изменения симптомов” [Geller et al., 2001]. В таких обстоятельствах пациент может почувствовать, что его толкают туда, куда он не хочет идти, к тому же врач может очень быстро “перегореть”. Геллер с коллегами [Geller et al., 2001] утверждают, что “конечная цель всегда состоит в том, чтобы помочь клиенту решить, что он хочет делать со своим расстройством пищевого поведения”, и что “в лечении самый быстрый путь от одной точки к другой не всегда будет самым прямым”. Это утверждение особенно актуально для клиницистов, которые работают в лечебных учреждениях общего профиля. Ведь они могут чувствовать себя менее уверенными при работе с пациентами с расстройствами пищевого поведения. Члены команды, которые менее вовлечены в работу с пациентом, дают более объективную оценку, в то время как те специалисты, которые знают пациента дольше, могут лучше видеть прогресс, которого он достиг.

Важно воспринимать выздоровление как процесс. Это будет напоминать о том, что в некоторых ситуациях изменения ограничены внешними воздействиями. Если пациент остается в разрушительной среде, шанс или степень выздоровления значительно снижается. Очевидный пример этого — продолжать жить в условиях домашнего или сексуального насилия, или если это молодой человек, который не может избежать инвалидирующего семейного окружения. Некоторые пациенты стараются сохранить прежние отношения, вместо того чтобы двигаться дальше или попытаться изменить отношения. Все это влияет на то, насколько далеко человек может продвинуться в процессе выздоровления. Учет таких внешних факторов поможет терапевту сохранить реалистичную перспективу. Так он сможет определить, когда следует прекратить лечение, и уменьшить “выгорание”.

## **28.10. Выводы**

---

В этой главе авторы попытались передать всю сложность и субъективность понятия выздоровления. Ключевые вопросы включают понимание многофакторной природы выздоровления. Из этого следует, что о выздоровлении нельзя судить только на основании одного фактора. Выздоровление может происходить поэтапно в течение нескольких курсов лечения. Также важно вовлекать пациента в оценку выздоровления.

Хотя во второй части главы мы более подробно остановились на более сложных или хронических пациентах и долгосрочном процессе выздоровления для этих людей, мы не хотим пренебрегать тем фактом, что многие пациенты действительно выздоравливают от расстройства пищевого поведения. Такие пациенты продолжают жить, вновь включаясь в работу, отношения и т.д. и лишь изредка переживают откаты.

## **Предотвращение рецидивов и завершение лечения**

При использовании КПТ нужно начинать готовить пациента к завершению курса с самого начала лечения. Лечение состоит из определенного количества сеансов. Терапевт явно ожидает, что пациент будет учиться в течение всего курса лечения тому, чтобы стать собственным терапевтом. На протяжении всего лечения нужно напоминать пациенту, что курс КПТ когда-то закончится (например, обзор прогресса лечения на десятом сеансе, который обозначит половину пути при договоре на 20 сеансов лечения; на этой стадии пациент переходит от необходимого ежедневного самоконтроля к простому ведению краткого отчета о приеме пищи и перекусах в течение недели). Использовать аналогию с путешествием пациента вдоль побережья Южной Америки полезно, чтобы указать на окончание формального лечебного процесса — путешествия. Таким способом можно также поощрять пациента к продолжению самостоятельно “путешествия”. Пациентов также нужно готовить к тому, что последующие сеансы будут проводиться раз в две недели (а затем через месяц, три месяца и шесть месяцев). На последних нескольких сеансах лечения обычно рассматривают планы по предотвращению рецидивов. Важно также рассмотреть планы для будущих изменений, которые будут осуществляться пациентом в роли собственного терапевта. На этой стадии также нужно начать обсуждать чувства и мысли пациента по поводу завершения лечения. На последнем сеансе подводятся итоги, и пациент официально завершает курс лечения.

По мере продвижения лечения может стать очевидным, что сроки завершения лечения необходимо пересмотреть на основе расширенной формулировки. Расширенная формулировка, разработанная вместе с пациентом, поможет определить, следует ли проводить дополнительные сеансы лечения (например, добавить сеансы для работы над базовыми убеждениями, которые в процессе лечения оказались поддерживающими факторами). Важно использовать расширенную

формулировку для принятия решения о дальнейшем лечении. Так как у пациента может возникнуть соблазн “задержаться” дольше согласованного количества сеансов. Это искушение могут вызвать страхи пациента о завершении лечения и его тревога по поводу того, что он не справится. У терапевта в таком случае могут возникнуть иррационально оптимистичные мысли о том, что “еще несколько сеансов помогут пациенту”, или и врач, и пациент заходят продлить курс терапии обоюдно. Для преодоления тревожности пациента необходимо, чтобы он думал о продолжающемся “походе”, сосредоточился на долгосрочной перспективе, целях. Важно напомнить ему о доступных стратегиях профилактики рецидивов. Чтобы врачу справиться с тревожностью, рекомендуется обсудить обоснование дополнительных сеансов со старшим медицинским сотрудником или коллегой.

## **29.1. Решение проблем**

---

Иногда у пациентов возникают проблемы с завершением курса лечения. Если терапевт упоминает о завершении с самого начала лечения (и продолжает подчеркивать этот аспект на протяжении всего курса лечения), то есть надежда, что большинство трудностей удастся избежать. Однако это может быть проблематично в ситуациях, которые описаны ниже.

### **29.1.1. Пациенты, которые не хотят заканчивать лечение**

Некоторые пациенты пытаются продлить процесс завершения терапии. Они отменяют сеансы и не посещают последний заключительный сеанс. Если пациент продолжает отменять последний сеанс, врачу нужно написать письмо, в котором объяснить, что пациенту трудно попрощаться. Следует все же призывать его посетить сеанс. Необходимо назначить следующую встречу, но оговорить, что если он не придет на эту встречу, то врач будет вынужден прекратить курс его лечения без участия самого пациента. После такого завершения терапевту нужно написать письмо с описанием и обзором лечения, как это было бы, если бы состоялся последний сеанс.

По мере того как КПТ приближается к завершению у пациента могут возникать признаки того, что завершение курса терапии для него — трудный момент. В таком случае на предпоследнем сеансе необходимо

обсудить один из возможных результатов — не посещать последний сеанс. Важно указать, что некоторые люди именно так справляются с завершением лечения. И что терапевт может принять и понять, что некоторые люди предпочитают завершить лечение таким образом. Если пациент не придет на последний сеанс, врач напишет письмо с подтверждением завершения курса лечения и подведет итоги лечения.

### **29.1.2. Когда лечение не помогло**

Может случиться так, что оговоренное с пациентом количество сеансов подходит к концу, а лечение не помогает. Или же лечение пришлось прекратить досрочно, так как пациент не смог выполнить условия лечения. В этих обстоятельствах полезно говорить о выздоровлении как о процессе (см. главу 28). В этом случае необходимо снова использовать аналогию с побережьем Южной Америки. Эта аналогия позволит врачу вместе с пациентом подчеркнуть, что он начал движение по пути к выздоровлению, участвуя в лечении. Следует также проанализировать, чего он все же достиг. Затем необходимо обсудить планы на будущее. Например, пациент может отложить этот воображаемый поход на некоторое время, отдохнуть в достигнутой точке или продолжить путь без помощи психотерапевта. Если пациент хочет сделать такой перерыв во встречах с врачом, нужно подчеркнуть, что он может вернуться к лечению в будущем, чтобы снова начать поход с той точки, которую он достиг.

## **29.2. Планирование дальнейших изменений**

---

Нужно вернуться к рассмотрению круговой диаграммы (см. главу 6), чтобы проанализировать изменения в “жизненном балансе”, которые произошли в процессе терапии. Затем нужно рассмотреть, как индивид хотел бы, чтобы выглядела круговая диаграмма в долгосрочной перспективе. На основании этого можно подумать о том, как он хотел бы достичь этих целей. Можно определить такие цели, как: быть более открытым в отношениях, вернуться к учебе, сменить работу и завести детей. Но в этом случае пациенту может понадобиться помощь врача, чтобы рассмотреть то, как он может достичь этих целей. И снова метод сократовских вопросов — ценный инструмент для решения этой задачи. Так как врач, скорее всего, имеет свое мнение о полезности целей

пациента (или эффективности методов, которые он предлагает для их достижения), такое поведение врача может скорее помешать, чем помочь. Пациенту нужно предложить составить журнал целей и пересмотреть их в ближайшие годы.

Может оказаться, что для изменений в будущем потребуется дальнейшая работа (например, курс общей психотерапии). В завершение можно включить помощь пациенту в обдумывании плюсов и минусов дальнейшего лечения. Следует также определить, полезным ли будет перерыв в лечении.

### **29.3. Осознание, принятие и преодоление рисков**

---

Для того чтобы продемонстрировать полное выздоровление, пациент должен понимать, какую функцию выполняло его расстройство пищевого поведения. Ему также важно понимать факторы, вовлеченные в развитие и поддержание расстройства пищевого поведения. Возвращаясь к ключевому аспекту КПТ, — человек должен определять и осознавать свою личную формулировку, а также понимать факторы, способствующие рецидиву. Возможно, настоящее испытание для выздоровления — ситуация, в которой человек столкнется с расстройством пищевого поведения. Пример этого — повседневные ситуации (например, замечание от окружающих по поводу внешнего вида) или более экстремальные (например, разрыв отношений или тяжелая потеря близкого). Тот, кто находится на пути к выздоровлению, должен принять тот факт, что его расстройство пищевого поведения — его “ахиллесова пята”. Важно быть внимательным к жизненным стрессам, которые подвергают его риску возобновления диет, ограничений в еде или переяданий. Так он будет знать, когда находится в зоне риска или может сорваться. В таких обстоятельствах пациент сможет применять поведенческие и психологические стратегии, чтобы стабилизировать ситуацию.

### **29.4. Предотвращение рецидивов**

---

Когда пациент начинает ставить цели на будущее и соглашается с тем, что ему необходимо контролировать рискованные ситуации (как в настоящем, так и в будущем), нужно обсудить с ним средства,

с помощью которых он может избежать этого риска. Терапевт должен порекомендовать пациенту разработать план предотвращения рецидивов, который будет включать в себя:

- полезные терапевтические инструменты и упражнения, которые они выполняли в процессе лечения (например, мотивационные письма, формулировки и круговые диаграммы, полученные в ходе лечения);
- пустые дневники питания и эмоций на случай, если им понадобится использовать их, чтобы избежать проблемы;
- план здорового питания, который помог стабилизировать их питание на протяжении всего лечения;
- полезные номера телефонов (например, клиники, местной группы самопомощи) и их веб-страницы в Интернете;
- копии писем с результатами оценки и прогресса лечения.

Нужно попросить пациента подытожить:

- почему у него развилось расстройство пищевого поведения и что его поддерживало;
- что помогло в лечении;
- какое препятствующее терапии поведение он использовал, и как его распознать и преодолеть.

Затем нужно предложить пациенту рассмотреть завершение лечения как начало последующего самостоятельного наблюдения. Следует попросить его запланировать даты “пересмотра”, когда он будет возвращаться к записям и проанализирует прогресс (будет при этом делать записи о своих успехах и любых упражнениях, которые он повторяет).

Наконец, врач должен попросить пациента принять тот факт, что ему, скорее всего, понадобится пересматривать материалы о предотвращении рецидивов, и что существует опасность, что они могут потеряться (пример препятствующего терапии поведения). Поэтому нужно, чтобы пациенты позаботились о том, чтобы такие материалы всегда находились в легкодоступном месте. Это позволит им найти нужную информацию, когда они будут испытывать риск или если им понадобится поговорить с врачом.



## 29.5. Заключительный сеанс

---

Заключительный сеанс — это возможность получить информацию о прогрессе пациента, пересмотреть его цели с начала лечения. Затем важно проверить стратегии для профилактики рецидивов и определить любые другие мысли о планах на будущее, которые могли возникнуть у пациента после предыдущего сеанса. В течение нескольких предыдущих сеансов пациент высказывал свои чувства и мысли по поводу завершения лечения. И это обсуждение можно завершить на этом сеансе. На заключительном сеансе также следует узнать у пациента его мнение о том, что ему понравилось и что не понравилось в процессе лечения. Наконец, этот сеанс дает клиницисту возможность предоставить пациенту некоторую обратную связь о том, как он справился с лечением, а клиницисту — признать, что он или она чувствует по поводу окончания лечения.

# Выводы

В этом разделе было рассмотрено, как завершить КПТ максимально позитивно, с учетом возможных результатов. Как и во всей этой книге, авторы стремились подчеркнуть, что наилучшие результаты зависят от позиции клинициста. Терапевт должен не только понимать когнитивно-поведенческие принципы, но и учитывать клинические реалии. Даже плохие результаты в краткосрочной перспективе можно использовать, чтобы повысить вероятность выздоровления в долгосрочной перспективе, если учесть главные цели КПТ при лечении расстройств пищевого поведения.



# **Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения**

Авторы этого пособия глубоко убеждены, что хорошая клиническая оценка и формулировка при планировании и выборе мишеней для лечения очень важны. Также в процессе лечения необходимо правильно использовать терапевтические навыки. Однако следует признать, что ключ к эффективному и подходящему лечению пациента — последовательная философия лечения. Она позволяет клиницистам адаптировать лечение к потребностям конкретного пациента, при этом следуя принципам.

В ходе работы над этой книгой авторы определили, что КПТ при расстройствах пищевого поведения в своей основе — это набор техник, призванных помочь пациенту бросить вызов убеждениям, определяющим его пищевое поведение. В этой книге описаны методы для осуществления таких вызовов. При этом авторы отметили, что такие методы применяются в гораздо более широком клиническом контексте и что эффективность КПТ при расстройствах пищевого поведения зависит от внимания к таким вопросам, как мотивация, эмоциональные состояния, физическая безопасность, состояние питания и сопутствующие психологические заболевания. В этом пособии также было подчеркнуто, насколько важно рассматривать вопросы развития, физические и системные проблемы в разных возрастных группах. Также важно обеспечить пациента соответствующей системой поддержки в виде супервизии и мультипрофильной команды специалистов.

Авторы благодарны коллегам и пациентам за опыт, который они предоставляли им на протяжении многих лет. Именно он лег в основу развития идей, изложенных в этой книге. Авторы не утверждают, что данная книга — их окончательная позиция в отношении КПТ, ведь когнитивно-поведенческая терапия для лечения расстройств пищевого поведения прошла долгий путь изменений и ей, несомненно, предстоит пройти через еще большее количество изменений, чтобы остаться ведущей психологической терапией при лечении расстройств пищевого поведения.



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

# **Протокол полуструктурированного интервью**

## Курс лечения расстройств пищевого поведения

### Оценка. Лист клинических данных

Пожалуйста, пишите аккуратно и заполняйте каждый пункт для каждого случая пациента. Этот лист предназначен для того, чтобы собрать исходные данные о каждом пациенте при оценке. Его можно использовать дополнительно с основным способом оценки случая пациента, поэтому не обязательно заполнять пункты листа по порядку. Просто убедитесь, что вся информация собрана на момент завершения сеанса оценки, независимо от того, в каком порядке вы задавали вопросы.

Имя того, кто проводит оценку: \_\_\_\_\_

Дата оценки: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Имя пациента: \_\_\_\_\_

Пол: Женский/Мужской  
*(вычеркнуть ненужное)*

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Возраст на момент оценки: \_\_\_\_ лет

ID номер: \_\_\_\_\_

Статус занятости/должность: \_\_\_\_\_

Представление на интервью:

Внешний вид

Настроение

Взаимодействие с терапевтом

Пришел сам/с сопровождением?

## Пищевое поведение

### Модели пищевого поведения

Дайте краткое описание обычного режима питания пациента (например, рутинный, хаотичный) и количества съеденного в разное время в течение дня.

Избегаемая пища:

Ритуалы:

**Вес на момент оценки:** \_\_\_\_\_ кг      **Рост на момент оценки:** \_\_\_\_\_ см

**ИМТ на момент оценки:** \_\_\_\_\_      **Идеальный вес пациента:** \_\_\_\_\_ кг  
(вес (кг) / рост (м)<sup>2</sup>)

**Наименьший вес в зрелом возрасте:** \_\_\_\_\_ кг      **в возрасте:** \_\_\_\_\_ лет

**Наибольший вес в зрелом возрасте:** \_\_\_\_\_ кг      **в возрасте:** \_\_\_\_\_ лет

### Булимическое поведение:

Поведение	Текущая частота проявления/ возникновения	Частота проявления/ возникновения в прошлом	Комментарии (например, было ли такое поведение в прошлом; тип/ доза лекарств)
Переедание (объективное) <sup>1</sup>	_____ за неделю	_____ за неделю	
Переедание (субъективное) <sup>1</sup>	_____ за неделю	_____ за неделю	
Кусочничество/комфортное питание/переедание	_____ за неделю	_____ за неделю	
Рвота	_____ за неделю	_____ за неделю	
Употребление слабительных средств	Да / Нет*	Да / Нет*	
Употребление мочегонных средств	Да / Нет*	Да / Нет*	



Поведение	Текущая частота проявления/ возникновения	Частота проявления/ возникновения в прошлом	Комментарии (например, было ли такое поведение в прошлом; тип/ доза лекарств)
Чрезмерные физические нагрузки <sup>2</sup>	Да / Нет*	Да / Нет*	
Компульсивные упражнения <sup>3</sup>	Да / Нет*	Да / Нет*	
Употребление таблеток для похудения	Да / Нет*	Да / Нет*	
Другие виды очистительного поведения	Да / Нет*	Да / Нет*	

\*вычеркнуть ненужное

### Примечание

<sup>1</sup>Переедание (объективное) — чрезмерное количество пищи, ощущение потери контроля. Переедание (субъективное) — небольшое/нормальное количество пищи, чувство потери контроля. Кусочничество/комфортное питание/переедание — большое количество пищи, без чувства потери контроля.

<sup>2</sup>Чрезмерные физические нагрузки — четыре или более часов тренировок в неделю с целью похудеть.

<sup>3</sup>Компульсивные упражнения — действия имеют компульсивный, рутинный элемент (например, точное количество упражнений; суеверное мышление), а не определяются количеством часов или количеством потерянного веса.

**Триггеры текущего булимического поведения, о которых сообщил пациент**

<b>Поведение</b>	<b>Чувство голода/сытости</b> (указать, если были)	<b>Социальные триггеры</b> (указать, если были)	<b>Эмоциональное состояние</b> (указать какое)
Переедание			Гнев*; тревожность*; депрессия*; стыд*; скука*; одиночество*
Очищение			Гнев*; тревожность*; депрессия*; стыд*; скука*; одиночество*

*\*вычеркнуть ненужное*

**Менструальный цикл:** отсутствует / присутствует / нельзя применить\*

*\*вычеркнуть ненужное*

**Менархе:** \_\_\_\_\_ лет

**Реакция на начало менструации:** \_\_\_\_\_

**Отсутствие менструации в настоящее время:** \_\_\_\_\_ месяцев/лет

**Принимаете ли вы в настоящее время противозачаточные таблетки/беременны/кормите грудью?** Да / Нет

Подробности: \_\_\_\_\_

**Отсутствие менструаций в прошлом в течение:** \_\_\_\_\_ месяцев/лет

**Беременность в анамнезе?** Да / Нет

Подробности: \_\_\_\_\_

**Прерывание беременности в анамнезе?** Да / Нет

Подробности: \_\_\_\_\_

**История сексуальных отношений:**

**Сексуальная ориентация:** гетеросексуальная/бисексуальная/  
гомосексуальная/не определен  
*(вычеркнуть ненужное)*

**Нарушение концепции тела:** присутствует / отсутствует\*  
(не нравится собственное тело) \*вычеркнуть ненужное

**Нарушение восприятия тела:** присутствует / отсутствует\*  
(считает себя слишком толстым/худым) \*вычеркнуть ненужное

**Страх полноты:** присутствует / отсутствует\*  
\*вычеркнуть ненужное

**Диагноз расстройства пищевого поведения**

Диагноз по DSM-IV	Пометка (только одна)	Дополнительные сведения (если диагноз неясный или атипичный)	
Нервная анорексия ограничительного подтипа			
Нервная анорексия подтипа переедание/очищение			
Нервная булимия очищающего подтипа			
Нервная булимия подтипа без очищения			
EDNOS (смотреть колонку справа)	Приступообразное переедание		
	Атипичная нервная анорексия		
	Атипичная нервная булимия		
	Очищающее поведение при нормальном весе		
Другие (смотреть колонку справа)			

**Предыдущие курсы лечения в анамнезе**

**Курсы лечения в прошлом**

(записать, какие средства были эффективным, а какие не помогли)

Физические/медикаментозные:	Психотерапевтические:

**Текущие курсы лечения**

Если пациент уже находится на лечении, предупредите его о потенциальной необходимости сменить препараты или сосредоточиться только на одном психологическом подходе в лечении.

Физические/медикаментозные:	Психотерапевтические:

## Коморбидные формы поведения, психологические проблемы и общее состояние здоровья

**Текущее импульсивное поведение и в прошлом** (используется для влияния на эмоциональное возбуждение)

Поведение		Текущее применение (если были эпизоды)	Применение в прошлом (если были эпизоды)	Комментарии (особенно если были эпизоды применения)
Самоповреждения				
Другое импульсивное самоповреждение (например, удары; прижигание)				
Навязчивое самоповреждение (например, ковыряние кожи; выдергивание волос)				
Передозировка				
Попытка суицида				
Компульсивные траты (не на еду)				
Компульсивное воровство (не еды)				
Злоупотребление алкоголем				
Употребление наркотиков	Амфетамин			
	Кокаин			
	Экстэзи			
	ЛСД			
	Канабис			
	Героин			
Другие (уточнить)				
Рискованное сексуальное поведение (например, постоянные связи на одну ночь; незащищенный секс; работа в секс-индустрии)				

**Проблема питания пациента многоимпульсивная по природе?** Да / Нет  
\*вычеркнуть ненужное

**Общее состояние здоровья**



## Состав семьи

### Значимые члены семьи

(укажите, если умер и когда умер)

Член семьи	Имя	Возраст	Должность	Живет совместно с пациентом	Характер отношений с пациентом	Психиатрические проблемы? (в настоящем или прошлом)
Мама						
Папа						
Брат/сестра						
Партнер/супруг(а)				В браке? Да/нет		
Дети						
Друзья						

### Генеалогическое древо (родословная)

### Круг общения

(например, друзья, тот, кто оказывает поддержку)



**Травмы в анамнезе**

Природа травмы	В каком возрасте произошла	Кто совершил	Дополнительные подробности
Эмоциональная			
Сексуальная			
Физическая			
Пренебрежение			

**Буллинг и обзывательства в детстве (до 18 лет)**

	Кто совершил		Если да, то в каком возрасте случилось впервые	Кому-то рассказывал об эпизоде?	Какая была реакция на эту информацию?
	Член семьи	Сверстник			
Вербальный буллинг	Да / Нет*	Да / Нет*	---- лет	Да / Нет*	Положительная/отрицательная*
Физический буллинг	Да / Нет*	Да / Нет*	---- лет	Да / Нет*	Положительная/отрицательная*
Обзывательства по поводу веса, фигуры, роста и т.д.	Да / Нет*	Да / Нет*	---- лет	Да / Нет*	Положительная/отрицательная*

**Значимый опыт расставания и потери**



**Рекомендации по лечению**

**Мотивация для лечения**

**Препятствия для лечения, и можно ли их устранить?**

(например, занятость, расстояние, уход за детьми)

**Предпочтения в лечении**

(например, пол терапевта, время суток)

**План лечения, который обсуждается с пациентом**

(Напомните пациенту, что это решение будет утверждать мультидисциплинарная группа. Поэтому оно не является окончательным.)

**Кому нужно предоставить копии отчета**

(кроме того, кто привел на терапию и лечащего врача)

# Психообразовательные материалы

## Темы/раздаточные материалы для психообразования

---

В этом разделе будет представлен полный перечень раздаточных материалов, которые нужно предоставить пациентам в качестве психообразовательного инструмента в рамках КПТ при расстройствах пищевого поведения. Не всем пациентам нужны все раздаточные материалы. Врач должен определить, какие из них необходимы конкретному пациенту, в зависимости от его клинического случая. Психообразовательные материалы выделены в различные разделы, в зависимости от того, какие темы они охватывают и когда они необходимы в процессе лечения. Эти памятки можно ксерокопировать для дальнейшего использования пациентами. Однако важно, их использовать в контексте материала, представленного в этой книге.

## Содержание приложения 2

### **2А. Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи**

Приведенные ниже таблицы предназначены для поддержки плана питания (см. рис. 7.2).

Их цель — помочь пациенту внести необходимые изменения в свой рацион для эффективного проведения КПТ.

1. Преимущества регулярного питания.
2. Общие положения, которые помогут нормализовать потребление пищи.
3. Чувство голода.
4. Сколько нужно пить (безалкогольные напитки).
5. Примеры различных продуктов питания и пищевых групп, к которым они относятся.
6. Градация продуктов питания — таблица, позволяющая определить, какие продукты желательно употреблять, а каких продуктов в настоящее время следует избегать.

## **2Б. Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения**

1. Влияние полуголодания на поведение и физическое здоровье (Миннесотский эксперимент).
2. Осложнения при нервной анорексии (ограничение в еде и низкий вес).
3. Осложнения при нервной булимии (особенно злоупотребление слабительными и рвота).
4. Влияние самоиндуцированной рвоты на физическое здоровье.
5. Последствия злоупотребления слабительными средствами для физического здоровья.
6. Последствия злоупотребления мочегонными средствами для физического здоровья.
7. Физические упражнения и активность.
8. Здоровье костей и остеопороз.

## **2В. Проблемы, способствующие закреплению РПП**

1. Влияние очищения на усвоение калорий.
2. Контроль веса в краткосрочной и долгосрочной перспективе.
3. Почему диеты не работают.
4. Эффект предменструального синдрома (ПМС).

## **2Г. Основные факты и принципы питания**

1. Скорость метаболизма/расход энергии (или как организм использует пищу).
2. Нормальное питание.
3. Белки — некоторые основные факты.
4. Углеводы — некоторые основные факты.
5. Жиры — некоторые основные факты.
6. Фрукты и овощи.
7. Алкоголь.

# Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи

## 2А1. Преимущества регулярного питания

---

Для полного восстановления после расстройства пищевого поведения пациенту необходимо научиться использовать пищу для удовлетворения физических потребностей, а не как способ справиться с эмоциональными проблемами. Регулярное питание предполагает ежедневное употребление **трех сбалансированных приемов пищи и одного-трех запланированных, подходящих перекусов**.

### Выработка регулярного/сбалансированного режима питания

Ежедневное трехразовое питание и регулярные перекусы полезны по следующим причинам:

- не придется есть очень большие порции;
- станет удобнее управлять перерывами между приемами пищи;
- это помогает избежать ощущения, что вы можете потерять контроль над тем, что вы едите;
- это поможет получить полный набор необходимых питательных веществ, так как вы, естественно, будете стремиться есть более разнообразную пищу.

### Чувство голода

Люди с расстройствами пищевого поведения часто чувствуют, что не могут определить, когда они физически голодны или физически чувствуют сытость. Причины этого следующие.

Текущая или предыдущая потеря веса изменяет способность организма распознавать чувство голода и сытости, даже после достижения нормальной массы тела. Это временное явление, но для возвращения к норме может понадобится несколько месяцев, а то и больше.

- Самочувствие может напрямую влиять на чувство голода и сытости (насыщения). Например, тревожность может заставить чувствовать себя более или менее голодным, чем когда вы не испытываете тревоги.
- Такой план питания приносит больше физического удовлетворения. Это, в свою очередь, помогает вашему организму регулировать чувство голода и сытости, позволяет ему вернуться к естественным реакциям.

### **Предотвращает переедание/очищение**

- Поскольку вы удовлетворяете физические потребности своего организма, у вас меньше шансов переесть из-за чувства голода.
- Если вы не испытываете хронического голода, вы, скорее всего, сможете переосмыслить, как справиться с ситуацией, и не будете использовать еду в качестве первой реакции на проблему.

### **Вес/физические проблемы**

- Независимо от того, находитесь ли вы в нормальном весе или пытаетесь набрать вес, если следовать плану питания, это сведет к минимуму краткосрочные колебания веса, связанные с изменением уровня жидкости в организме. Это сделает изменения веса более предсказуемыми.
- Большие перерывы между приемами пищи могут привести к увеличению количества жира в организме. Отчасти это происходит потому, что ваш метаболизм немного замедляется, а отчасти потому, что, когда вы едите, вы, скорее всего, переедаете. Из-за этого излишки, скорее всего, откладываются в виде жира.
- Регулярное питание — наиболее эффективный метод для поддержания здорового веса в течение длительного периода времени.
- Сбалансированное питание повышает вероятность того, что после менструации вы вернетесь к более низкому, а не более высокому весу.

## **Скорость метаболизма (как быстро вы расходуете энергию)**

- Хроническое недоедание может привести к набору веса из-за снижения скорости метаболизма (см. пункт о весе/физических проблемах выше).
- Регулярное питание нормализует скорость обмена веществ, сводит к минимуму физические проблемы, такие как постоянное чувство холода и плохое настроение/раздражительность.

## **Концентрация и способность осуществлять умственную деятельность**

- Спустя некоторое время после начала регулярного питания вы станете меньше думать о еде, переесть или очищаться. В связи с этим у вас будет больше времени для осуществления умственной деятельности (например, учеба в колледже, оплачиваемая работа).
- Пропуск приема пищи, особенно завтрака, может снизить вашу способность рационально решать проблемы и ухудшит успеваемость.

## 2А2. Общие положения, которые помогут нормализовать потребление пищи

---

Когда вы начинаете менять свои пищевые привычки, может возникнуть путаница в том, что делать. В этой памятке приведены основные советы, которые помогут вам. В этих материалах также объясняется, почему важно соблюдать эти пункты.

1. **Между приемами пищи и перекусами должно проходить не более 3-4 часов.** Это необходимо для контроля уровня сахара в крови. Этот показатель является ключевым фактором в контроле аппетита. Через 3-4 часа сахар в крови начинает падать, так как энергия, полученная после последнего приема пищи или перекуса, израсходовалась. Это снижение уровня сахара в крови посылает в мозг сильный сигнал о том, что вам нужно что-то съесть. Если вы отложите это на более длительный срок, вам может захотеться сладких и жирных продуктов, что, в свою очередь, увеличит риск переедания.
2. **Не полагайтесь на то, что чувство голода подскажет вам, когда нужно поесть.** При расстройствах пищевого поведения часто восприятие голода становится искаженным и ненадежным.
3. Регулярно питайтесь. **Старайтесь не пропускать приемы пищи или перекусы,** так как впоследствии это может усилить физическую тягу к еде (см. выше). Большинству людей очень трудно снова ввести в рацион пищу после того, как она была исключена. Вначале вам может казаться, что вы постоянно едите. Но спустя некоторое время **эта модель поможет вам меньше беспокоиться о еде,** так как тяга к пище уменьшится.
4. После того, как вы составили основной план питания, состоящий из трех приемов пищи и двух-трех перекусов, **старайтесь не есть выше этого,** так как ваш организм получает все необходимое из вашего запланированного рациона питания.
5. Если у вас *случился* эпизод переедания между запланированными приемами пищи и перекусами, как можно скорее вернитесь к своему плану питания. Не пропускайте следующий прием пищи/перекус в качестве компенсации. В конце концов, лишние продукты, которые вы съели, вряд ли сильно повлияют на ваш вес, в то время как пропуск приема пищи/перекуса может привести

к дальнейшему неконтролируемому перееданию, что, скорее всего, повлияет на ваш вес.

- 6. Будьте реалистичны в отношении целей, связанных с питанием.** Сначала подумайте о самых простых изменениях. К более сложным изменениям переходите позже, когда вы будете чувствовать себя более уверенно. Вводите изменения постепенно. Подумайте о своем обычном дне, когда вы менее хаотичны или чувствуете себя более уверенно в отношении своего режима питания. С этого и начните.

## Что такое чувство голода?

Голод — физические (физиологические) ощущения, которые побуждают нас к приему пищи. К ним относятся:

- 
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• урчание в животе;</li> <li>• ощущение пустоты;</li> <li>• озабоченность едой;</li> <li>• плохая концентрация;</li> <li>• раздражительность, если прием пищи откладывается.</li> </ul> | } | <p>все эти симптомы возникают непосредственно перед едой/ перекусом</p> |
|--|---|---|
- 

В норме чувство голода возникает примерно через 3-4 часа после последнего приема пищи и со временем усиливается.

## Эмоциональный голод

Помимо физического голода все мы время от времени испытываем эмоциональный голод. По ощущениям он отличается от физического голода. Такой голод вызывает ощущения, как правило, в груди или в области рта, а не желудка. Его также можно определить, как желание поесть в ответ на эмоциональную проблему, возникающую в данный момент (например, комфортное питание).

## Влияние расстройств пищевого поведения на осознание физического голода

Все виды поведения при расстройствах пищевого поведения могут (временно) затруднить осознание физического голода. Например,



при потере веса, которое может наблюдаться при нервной анорексии, работа кишечника замедляется. Из-за этого ощущения пустоты, связанного с опорожнением желудка, не возникает. На самом деле, возможно, вы будете чувствовать себя гораздо более сытым, чем обычно. Кроме того, эмоции могут влиять на физические симптомы голода. Например, тревожность может замедлить скорость опорожнения желудка. Из-за этого вы будете чувствовать себя сытым гораздо дольше. **Однако, ни один из этих факторов не означает, что ваш организм не нуждается в энергии из пищи — это его постоянная потребность.**

Общие признаки голода, которые наблюдаются при расстройствах пищевого поведения, представлены ниже. В отличие от людей без расстройств пищевого поведения (когда голод возникает непосредственно перед едой), у пациентов с РПП сигналы голода могут наблюдаться в течение большей части времени (бодрствования и, возможно, во время сна), а не только перед едой:

- отсутствие сигналов, связанных с движением пищи в кишечнике (например, ощущение пустоты, урчание в животе и т.д.), поскольку работа кишечника сильно замедлена;
- заикленность на еде в течение большей части времени, включая, возможно, сны о еде;
- раздражительность в течение большей части времени;
- неутолимый голод, который не проходит даже после еды;
- головокружение, головные боли;
- чувство холода большую часть времени;
- неконтролируемая потребность переесть.

## **Рациональное управление чувством голода**

Самое главное — это иметь три сбалансированных приема пищи плюс два-три запланированных перекуса в день. Это удовлетворит ваши физические потребности в пище, а значит, чувство голода быстрее вернется на более нормальный уровень. Но это требует времени, и процесс может быть сложным. Полезными будут следующие советы.

Если вы чувствуете голод, задайте себе следующие вопросы.

- Когда вы ели в последний раз?
- Это было менее 3-4 часов назад?

- Достаточно ли вы ели за последние день-два (см. выше)?
- Есть ли что-то, что вы действительно хотите съесть?
- Если вы чувствуете голод, но принимали пищу в течение последних 3-4 часов, может быть, нужно найти более подходящий вид деятельности, чтобы занять свое время?

Если вы чувствуете физический голод.

- Подумайте, что вы хотите съесть? Горячее или холодное, сладкое или соленое?
- Приготовьте то, что вы решили съесть, выделите необходимое время для того, чтобы съесть это медленно (желательно за столом, даже если это перекус).
- Постарайтесь получить удовольствие от еды, которую вы выбрали. Уделите время тому, чтобы осознать, как она пахнет, какие ощущения от нее во рту и какова она на вкус.

Если вы испытываете эмоциональный голод.

- Выделите несколько минут из своего распорядка, чтобы подумать о том, что с вами происходит.
- Приготовьте горячий напиток. Это поможет вам в течение этого времени переосмыслить чувства. Но не слоняйтесь после этого по кухне!
- Запишите свои чувства в дневник и, если возможно, обсудите их с человеком, которому вы доверяете.
- Подумайте, чем еще вы можете заняться, кроме еды. Можно заранее составить список дел, которые помогут вам занять себя. Например, можно позвонить другу, накрасить ногти, совершить небольшую прогулку.
- Если ничто другое, кроме еды, не поможет, тщательно продумайте, что вы хотите съесть. Например, йогурт или фрукты — лучший вариант. Сядьте за стол и наслаждайтесь выбранной пищей.
- После еды не возвращайтесь на кухню, даже если вы все еще чувствуете голод. Подождите 20 минут или около того, прежде чем решить, нужно ли вам еще что-нибудь съесть.

## **2А4. Сколько нужно пить (безалкогольные напитки)**

---

Многим людям с расстройствами пищевого поведения трудно распознать жажду. Если это так, то информация в этой памятке поможет лучше контролировать потребление жидкости.

- Для достаточной гидратации необходимо выпивать 1,5–2 литра (около 3-4 пинт) в день.
- Иногда люди могут регулярно пить слишком много. Три литра считается верхней границей нормы.
- Напитки, как и пищу, нужно распределить на весь день в течение бодрствования.
- Полезно пить разнообразные напитки, а не только один вид. Подходящие напитки: вода, низкокалорийный сквош, чай, кофе, травяные чаи, диетические напитки.
- Избегайте употребления таких напитков, как энергетические напитки, фруктовые соки или молоко сверх того, чем указано в предписанном плане питания.
- Хотя вам не обязательно избегать кофеина, лучше не пить исключительно кофеиносодержащие напитки (например, кока-колу, чай, диетическую колу). Следует также свести к минимуму потребление очень концентрированных вариантов таких напитков (например, эспрессо).
- Не ждите, пока вам захочется пить. К тому времени, когда вы почувствуете жажду, вы уже обезвожены. Кроме того, расстройство пищевого поведения может повлиять на вашу способность распознавать жажду.
- Не забывайте пить больше при физической нагрузке, в жаркую погоду, при болезни, когда у вас высокая температура, или при диарее.
- **Алкоголь** снижает уровень сахара в крови (что вызывает чувство голода) и уменьшает вашу способность контролировать свои импульсы. Он также влияет на ваш вес, если употреблять его в чрезмерных количествах. Поэтому важно обсудить этот вопрос с вашим лечащим врачом.

## 2А5. Примеры различных продуктов питания и группы пищевых продуктов, к которым они относятся

	Хлеб, крупы и картофель	Мясо, морепродукты и аналоги	Молоко и молочные продукты	Фрукты и овощи	Продукты, содержащие полезные жиры	Продукты, содержащие жир/продукты, содержащие сахар
Какие продукты входят в группу?	Хлеб и сухари Паста и кускус Рис Картофель Цельнозерновой продукт Цельнозерновая крупа (булгур) Овсянка Несдобное печенье (крекеры)	Мясо Рыба (речная и морская) Птица Мясосодержащие продукты (сосиски) Изделия, с содержанием морепродуктов (крабовые палочки) Яйца Чечевица и бобы например, стручковая фасоль, печеные бобы) Вегетарианские продукты (кворн, тофу) Орехи и семена	Молоко Сыры Йогурт Творог Обогащенные калыцием соевые продукты	Свежие, замороженные, высушенные и консервированные овощи и фрукты Один стакан фруктового сока в день	Маргарин Сливочное масло Растительное масло Жирные заправки для салатов (в основном из полиненасыщенных или мононенасыщенных компонентов)	Шоколад Чипсы/сухарики Конфеты Выпечка Кондитерские изделия Калорийные пудинги Сахар в готовых изделиях

	Хлеб, крупы и картофель	Мясо, морепродукты и аналоги	Молоко и молочные продукты	Фрукты и овощи	Продукты, содержащие полезные жиры	Продукты, содержащие жир/продукты, содержащие сахар
Какие питательные вещества содержат продукты этой группы?	Углеводы (крахмал) Клетчатка Немного кальция и железа Витамины группы В	Белки Железо Витамины группы В, особенно В12 Цинк Магний	Кальций Белки Витамин В12 Витамины А и D	Витамин С Каротин (разновидность витамина А) Фолиевая кислота Клетчатка Углеводы	Жиры Витамины D и E Полезные жирные кислоты	Состоят преимущественно из сахара и жиров, но содержат и другие питательные вещества
Сколько следует употреблять?	Каждые 3-4 часа большая порция при каждом приеме пищи и в перекусах	Некоторым достаточно двух порций, а некоторым — трех.	Три порции в день.	Пять порций в день.	Небольшими порциями (каждая по 2-3 чайные ложки) желательно при каждом приеме пищи, особенно на завтрак и обед	1-3 порции в день

## 2А6. Градация продуктов питания

Используйте рабочий лист (приложение 2А5) с описанием различных групп пищевых продуктов и примерами продуктов питания, которые относятся к каждой группе, чтобы заполнить приведенную ниже таблицу. Затем используйте таблицу, чтобы определить, над употреблением каких продуктов питания вам следует работать в первую очередь.

Группа продуктов питания	Продукты, которые я могу спокойно употреблять	Продукты, которые я мог бы есть, но с трудом	Продукты, которые я пока не могу есть/не могу спокойно употреблять
Хлеб, крупы и картофель			
Мясо, рыба и аналоги			
Молоко и молочные продукты			
Фрукты и овощи			
Продукты, содержащие полезные жиры			
Продукты, содержащие жир/продукты, содержащие сахар			



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2Б**

# **Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения**



## **2Б1. Влияние полуголодания на поведение и физическое здоровье (Миннесотский эксперимент)**

---

### **Миннесотский эксперимент**

Существует удивительное сходство между многими переживаниями, свойственными людям, которые пережили довольно длительные периоды полуголодного существования, и теми, которые наблюдаются у людей с нервной анорексией или нервной булимией. В 1940–1950-х годах Ансель Кис и его команда из Университета Миннесоты в США изучали влияние голодания на поведение человека. То, что они обнаружили, одновременно удивило и насторожило их.

В ходе эксперимента были тщательно изучены 36 молодых, здоровых, психологически нормальных мужчин в период нормального питания, в течение длительного периода достаточно жесткого ограничения в еде, а также после снятия ограничения в еде. В течение первых трех месяцев эксперимента испытуемые питались нормально. В это время медицинские работники подробно изучали их поведение, личностные качества и режим питания. В течение следующих шести месяцев мужчинам давали примерно половину того количества пищи, которое им было необходимо для поддержания веса. Из-за этого они потеряли в среднем 25% от своей первоначальной массы тела. У некоторых участников индекс массы тела снизился до 14. После этого были три месяца реабилитации, в течение которых мужчин снова кормили привычным количеством еды. Хотя индивидуальная реакция на эксперимент была очень разной, мужчины испытали значительные физические, психологические и социальные изменения после ограничения в питании. Примечательно, что у многих испытуемых эти изменения сохранялись довольно долго даже после того, как их вес вернулся к норме после периода ограничения питания.

### **Отношение и поведение, связанные с едой и приемом пищи**

Изменение отношения мужчин к еде — один из самых поразительных результатов эксперимента. Им стало все труднее концентрироваться на более обычных вещах. Их начали мучить постоянные мысли о еде и питании. Еда стала главной темой разговоров, литературы и дневных мечтаний. Многие мужчины начали читать кулинарные книги

и собирать рецепты. Другие начали коллекционировать различные кухонные принадлежности. Один мужчина даже начал рыться в мусорных баках в надежде найти что-нибудь нужное. Это желание делать запасы наблюдалось как у людей, так и у животных, лишенных пищи. Хотя до участия в эксперименте еда мало интересовала мужчин. Уже после эксперимента почти 40% из них упомянули, что хотят включить приготовление пищи в свои планы. После окончания эксперимента некоторые даже сменили свою профессию на деятельность, связанную с едой.

В ходе исследования в пищевых привычках мужчин произошли значительные изменения. Большую часть дня теперь они тратили на то, чтобы спланировать, как они будут есть выделенную им пищу. Кроме того, чтобы продлить удовольствие от съеденной пищи, они тратили гораздо больше времени на прием пищи. Они ели в тишине и уделяли все свое внимание поглощению пищи.

Испытуемые часто имели противоречивые желания: проглотить пищу с жадностью или поглощать ее очень медленно, чтобы в полной мере ощутить вкус и запах каждого кусочка еды. К концу периода голодания мужчины задерживались почти на два часа над едой, которую раньше поглощали за несколько минут.

Другое распространенное поведение — они готовили необычные коктейли, смешивая вместе разные продукты. Резко возросло использование соли и специй. А потребление чая и кофе возросло настолько, что пришлось ограничить их 9 чашками в день. Использование жевательной резинки также стало чрезмерным, и его также пришлось ограничить.

Во время 12-недельной фазы восстановительного питания большинство из этих ненормальных паттернов и поведения по отношению к еде сохранялись. Некоторые из мужчин испытывали более серьезные трудности в течение первых шести недель восстановительного питания. Свободный выбор ингредиентов стимулировал “творческие” и “экспериментальные” игры с едой; например, подопытные облизывали тарелки и демонстрировали очень плохие манеры поведения за столом.

## **Переедание**

Во время ограничительной фазы эксперимента все добровольцы сообщили, что чувствуют себя более голодными. Некоторые, как оказалось, могли переносить это достаточно хорошо. У других это вызвало сильное беспокойство или даже становилось непереносимым.

Несколько человек не смогли придерживаться диеты и сообщили об эпизодах переедания, за которыми следовали острые переживания чувства вины. Работая в продуктовом магазине, один мужчина:

“...полностью потерял силу воли и съел несколько печений, пакетик попкорна и два перезрелых банана, прежде чем смог «восстановить контроль» над собой. Он сразу же испытал сильное эмоциональное расстройство, тошноту, а по возвращении в лабораторию его вырвало. Он испытывал сильное чувство вины, самоотвращения и самокритики”.

Примерно через пять месяцев после возобновления питания большинство мужчин сообщили о некоторой нормализации режима питания. Но у некоторых испытуемых трудности с управлением едой сохранялись. Через восемь месяцев большинство мужчин вернулись к нормальному режиму питания, хотя у некоторых из них по-прежнему наблюдались отклонения от нормы. Один мужчина сообщал, что по-прежнему потреблял примерно на 25% больше, чем до потери веса, и “однажды он начал сокращать порции, но так проголодался, что не выдержал”.

### **Эмоциональные изменения**

Важно помнить, что до начала эксперимента испытуемые были психологически достаточно здоровыми. Но большинство из них испытали значительные эмоциональные изменения в результате полуголодного существования. Многие испытывали периоды депрессии. У некоторых эти периоды были кратковременными, в то время как другие переживали затяжные периоды депрессии. Иногда наоборот наблюдалась эйфория, но за ней неизбежно следовал “упадок сил”. Толерантность мужчин до голодания была высокой. Она сменилась раздражительностью и частыми вспышками гнева. Для большинства испытуемых тревожность стала более очевидной; многие из ранее уравновешенных мужчин начали грызть ногти или курить, если чувствовали нервозность. Апатия была распространенной проблемой. К тому же некоторые мужчины пренебрегали различными аспектами личной гигиены. Большинство испытуемых переживали периоды, когда их эмоциональное расстройство было довольно сильным. И все испытывали симптомы “полуголодного невроза”, описанного в книге.

При наблюдении и анализе личности было определено, что индивидуальная эмоциональная реакция на полуголодное существование значительно различается. Некоторые из добровольцев, казалось,

справлялись очень хорошо, в то время как другие демонстрировали чрезвычайное расстройство после потери веса. Эмоциональные трудности не сразу исчезали, как только увеличивалось количество пищи. Следовательно, можно предположить, что отклонения были связаны с массой тела, а не с кратковременным снижением потребляемых калорий. Таким образом, можно сделать вывод, что многие психологические нарушения, которые наблюдаются при нервной анорексии и булимии, — результат самого процесса полуголодания.

### **Социальные и сексуальные изменения**

У большинства добровольцев произошли значительные изменения в их социальном поведении. Хотя изначально мужчины были довольно общительными, они постепенно становились все более замкнутыми и изолированными. Юмор и чувство дружбы и товарищества заметно снизились на фоне растущего чувства социальной неадекватности.

“Социальная активность и общительность в целом претерпели значительные изменения. Мужчины стали неохотно планировать деятельность, принимать решения и участвовать в групповых мероприятиях... Они все больше времени проводили в одиночестве. Общение с людьми стало «слишком трудным и утомительным»”.

Социальные контакты добровольцев с женщинами также резко сократились во время полуголодания. Те, кто продолжал встречаться с женщинами, обнаружили, что их отношения стали напряженными. Один мужчина описал свои трудности следующим образом.

“Я один из трех или четырех человек, которые все еще встречаются с девушками. Я влюбился в девушку во время контрольного периода, но теперь вижу ее лишь изредка. Даже когда она приходит ко мне в лабораторию, видеться с ней слишком сложно. Мне нужно приложить усилия, чтобы взять ее за руку. Развлечения также нужно тщательно планировать. Если мы смотрим телепередачу, то самые интересные для меня эпизоды, — это те, в которых люди едят”.

Один испытуемый графически изобразил, что у него “не больше желаний сексуального характера, чем у больной устрицы”. Во время реабилитационного периода сексуальный интерес мужчин медленно возвращался к прежнему уровню. Даже через три месяца они считали себя далекими от привычной нормы. Однако спустя восемь месяцев большинство или практически все мужчины восстановили свой интерес к сексу.

## **Когнитивные изменения**

Во время полуголодания добровольцы сообщали об ухудшении концентрации, бдительности, понимания и суждения.

## **Физические изменения**

В течение шести месяцев полуголодания у добровольцев наблюдалось множество физических изменений, включая следующие: желудочно-кишечный дискомфорт, снижение потребности во сне, головокружение, головные боли, повышенная чувствительность к шуму и свету, снижение физической силы, отеки (избыток жидкости, вызывающий отечность), выпадение волос, снижение переносимости низких температур (холодные руки и ноги) и парестезия (аномальные ощущения покалывания или пощипывания, особенно в руках и ногах). Также наблюдалось общее снижение метаболизма (снижение температуры тела, частоты сердечных сокращений и дыхания). По словам одного из добровольцев, он чувствовал себя так, как будто его “тело использует как можно меньше энергии, чтобы сэкономить драгоценное топливо и сохранить жизненно важные процессы”.

Во время реабилитации метаболизм снова ускорился, особенно у тех, кто намного увеличил потребление пищи. Испытуемые, которые набрали наибольший вес, рассказывали, что их беспокоит повышенная медлительность, общая вялость и тенденция к накоплению жира в области живота и ягодиц.

Эти жалобы очень похожи на те, которые имеют люди с булимией и анорексией в процессе набора веса. Однако примерно через год уровень жира и мышц в организме мужчин вернулся к уровню, который был до эксперимента.

## **Физическая активность**

В целом, мужчины отреагировали на полуголодание снижением уровня активности. Они стали усталыми, слабыми, вялыми, апатичными и жаловались на недостаток энергии. Волевые движения стали заметно медленнее. Однако, согласно первоначальному отчету, “некоторые мужчины иногда сознательно занимались спортом. Некоторые из них пытались похудеть, увеличивали расход энергии, чтобы либо получить увеличенную порцию еды... или чтобы избежать уменьшения порции еды”.

Это похоже на поведение многих пациентов, которые считают, что если они будут интенсивно тренироваться, то смогут позволить себе немного больше есть.

### **Значимость исследования**

Поскольку до начала эксперимента все добровольцы были психологически и физически здоровы, все симптомы, которые они испытывали, были вызваны периодом голодания. Поэтому удалось подтвердить, что многие симптомы, возникающие при нервной анорексии и нервной булимии, — результат ограничения в еде, а не самих заболеваний. И важно понимать, что эти симптомы не ограничиваются только едой и весом, а распространяются практически на все сферы психологического и социального функционирования. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы человек с расстройством пищевого поведения вернулся к нормальному весу (если вес недостаточный). Это необходимо, чтобы эти симптомы значительно/полностью уменьшились, и чтобы и врач, и пациент осознали эмоциональные проблемы, которые лежат в основе расстройства пищевого поведения.

Также важно задуматься о том, что отношения мужчин с едой не стали нормальными даже после того, как они вернулись к свободному режиму питания. В краткосрочной перспективе они не контролировали большую часть потребляемой пищи и не могли определить, когда они чувствовали себя голодными, а когда сытыми. Многие из этих симптомов сохранялись и после достижения нормального веса. А некоторым испытуемым потребовалось несколько месяцев и лет для нормализации состояния. Поэтому важно, чтобы человек, выздоравливающий от нервной анорексии или нервной булимии, понимал, что его организм просто так не вернется к способности самостоятельно регулировать потребление пищи. Доказано, что потребление хорошо сбалансированной и полноценной пищи, распределенной регулярно по часам в течение дня, способствует восстановлению способности организма распознавать, когда он голоден, а когда сыт.

*Дополнительная литература:* Garner, D. M. and Paul E. Garfinkel P. E. (eds.) (1997) *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd ed.

### **Эффекты полуголодания: выводы**

- *Отношение и поведение, связанные с приемом пищи:*
  - повышенная озабоченность едой;
  - планирование приемов пищи;
  - склонность к накопительству еды;
  - изменение скорости приема пищи;
  - повышенный голод.
- *Эмоциональные изменения:*
  - депрессия;
  - тревожность;
  - раздражительность;
  - апатия;
  - пренебрежение личной гигиеной.
- *Социальные и сексуальные изменения:*
  - замкнутость;
  - снижение чувства юмора;
  - чувство социальной неадекватности;
  - изоляция;
  - напряженные отношения;
  - снижение сексуального интереса.
- *Когнитивные изменения:*
  - нарушения концентрации, бдительности, понимания, суждения.
- *Физические изменения:*
  - желудочно-кишечный дискомфорт;
  - снижение потребности во сне;
  - головокружение;
  - головные боли;
  - повышенная чувствительность к шуму и свету;
  - снижение физической силы;
  - отеки;

- выпадение волос;
- снижение переносимости низких температур;
- аномальное покалывание/колющие ощущения в руках и ногах.
- *Физическая активность:*
  - усталость;
  - слабость;
  - вялость;
  - апатия.



## 2Б2. Осложнения при нервной анорексии (ограничение в еде и низкий вес)

Нервная анорексия — это потенциально опасное для жизни состояние. Помимо относительно высокого риска смерти она также связана со многими другими серьезными осложнениями. В основном все они вызваны попыткой организма сохранить энергию, согреться и получить необходимую пищу.

Подавляющее большинство последствий не являются необратимыми и проходят после нормализации потребления пищи и веса.

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Желудочно-кишечный тракт (кишечник)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение размера/объема желудка, что приводит к ощущению сытости при меньшем количестве пищи, чем обычно</li> <li>• Запор</li> <li>• Ощущение вздутия живота</li> <li>• Боль в животе</li> </ul>	<p>В периоды ограничения питания и потери веса кишечник не так быстро перерабатывает пищу, т.е. пища проходит через него гораздо медленнее. Это может быть связано с тем, что мышцы кишечника слишком истощены для нормальной работы, а также для того, чтобы организм получал все возможное из пищи</p>
Фертильность	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нерегулярные/отсутствующие менструации</li> <li>• Снижение фертильности или бесплодие</li> <li>• При наступлении беременности плод подвергается риску как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, если мать питается недостаточно</li> </ul>	<p>При недостатке пищи организм сокращает все процессы, требующие большого количества энергии, например, беременность. Организм предотвращает это, временно прекращая менструацию. Также часто наблюдается отсутствие интереса к сексу, что также снижает вероятность зачатия</p>

*Продолжение таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Результаты анализа крови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень сахара приводит к повышенному риску переедания и плохой концентрации внимания</li> <li>• Анемия</li> <li>• Повышенный риск серьезных инфекций</li> <li>• Повышение уровня холестерина</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень сахара в крови, вызванный недостатком углеводов, посылает мощный сигнал мозгу, побуждая организм потреблять необходимую пищу</li> <li>• Анемия может быть вызвана низким потреблением железа</li> <li>• Уровень белых кровяных телец — передовая линия защиты от инфекций. При недостатке пищи не хватает энергии и белка для производства этих клеток</li> <li>• Причина высокого уровня холестерина неясна, но она может быть связана с нарушением выведения холестерина из организма</li> </ul>
Толерантность к холоду	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение чувствительности к экстремальным температурам</li> <li>• Онемение/холод конечностей (пальцы ног, пальцы рук и нос)</li> <li>• Рост волос на лице и спине (лануго)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень жира в организме снижает способность справляться с перепадами температур</li> <li>• Приток крови к органам (сердцу, почкам, печени и т.д.) является приоритетным, что вызывает низкий приток крови к конечностям</li> <li>• Лануго — это один из способов, с помощью которого организм согревается</li> </ul>

*Продолжение таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Сердечно-сосудистая система, кровообращение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкое кровяное давление приводит к головокружению и обморокам</li> <li>• Медленный пульс</li> <li>• Нерегулярное сердцебиение (мерцательная аритмия)</li> <li>• Опухшие ступни и лодыжки (отеки)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Замедление работы сердца происходит для сохранения энергии. Кроме того, сердце — это мышца, поэтому оно будет ослаблено в случае резкой потери веса. Отеки часто являются следствием внезапного прекращения приема пищи, злоупотребления слабительными или рвоты, резкого увеличения количества пищи или низкого уровня белка в организме при сильной потере веса</li> </ul>
Здоровье костей	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хрупкие кости (остеопороз)</li> <li>• Недостижение оптимальной пиковой костной массы в зрелом возрасте (повышает риск развития остеопороза в более позднем возрасте)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основная причина — низкий уровень эстрогена у женщин (когда прекращаются менструации) или тестостерона у мужчин. В результате кости теряют прочность.</li> <li>• Пик костной массы достигается в молодом возрасте именно тогда, когда у большинства людей развивается анорексия.</li> <li>• Здоровье костей — это одна из областей, где последствия анорексии могут быть необратимыми, хотя их всегда можно улучшить</li> </ul>

*Продолжение таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Здоровье зубов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблемы с деснами — рецессия десен, кровоточивость и слабость</li> <li>• <i>Постоянная</i> эрозия зубов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Потеря веса и недостаток витаминов и минералов могут вызвать заболевание десен</li> <li>• Высокое потребление кислой пищи (например, фрукты, напитки, приправы, такие как уксус) может вызвать проблемы с зубами</li> </ul>
Эмоциональная сфера	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раздражительность</li> <li>• Депрессия</li> <li>• Плохая концентрация</li> <li>• Чувство изоляции</li> <li>• Усталость и истощение</li> <li>• Тревога</li> <li>• Постоянные мысли о еде</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эти реакции возникают по двум причинам.</li> <li>• Чтобы сохранить энергию мы склонны делать меньше, когда подавлены</li> <li>• Беспокойство и мысли о еде могут увеличить вероятность того, что мы выйдем из дома и будем искать пищу, чтобы поесть</li> </ul>
Функция мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекции почек</li> <li>• Плохой контроль мочевого пузыря</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почки могут терять способность концентрировать мочу. Это приводит к повышенному выделению мочи. Проблемы с нервной регуляцией работы мочевого пузыря и потеря мышц могут привести к инфекциям</li> </ul>

*Окончание таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Мышечная функция	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мышечное истощение и слабость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При недостатке пищи организм разрушает мышцы для получения энергии (особенно углеводов)</li> </ul>
Другое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохой сон</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушенный режим сна — общеизвестный результат потери веса</li> </ul>

Дополнительные осложнения возникают, если низкий вес сочетается со рвотой, злоупотреблением слабительными, мочегонными средствами и/или чрезмерной физической нагрузкой.

## 2Б3. Осложнения при нервной булимии (особенно злоупотребление слабительными и рвота)

Нервная булимия — это потенциально опасное для жизни состояние. Помимо относительно высокого риска смерти она также вызывает многие другие серьезные осложнения. В основном они связаны с последствиями компенсаторного поведения для организма.

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Дисбаланс солей в организме (электролиты — натрий, калий и хлориды)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нерегулярное сердцебиение/пульс</li> <li>• Нерегулярное сердцебиение (сердечная аритмия) или сердечная недостаточность</li> <li>• Судороги</li> <li>• Обезвоживание (приводит к головокружению и обморокам)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как рвота, так и злоупотребление слабительными средствами приводят к большим потерям солей и воды в организме. Соли жизненно важны для поддержания нормальных электрических импульсов в мышцах, особенно в сердце</li> </ul>
Отек (припухлость) лодыжек и ног	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опухшие лодыжки и ноги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внезапное прекращение рвоты и/или слабительных средств вызывает повторную гидратацию организма (см. выше)</li> <li>• Обычно это проходит к 10-му дню</li> <li>• В этот период важно нормально пить</li> </ul>

*Продолжение таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Проблемы в ротовой полости	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опухшие слюнные железы (из-за чего лицо выглядит “жирным”)</li> <li>• Эрозия зубной эмали и, возможно, самого зуба</li> <li>• Частый и сильно распространенный кариес</li> <li>• Повышенная чувствительность к горячему и холодному</li> <li>• Боль в горле/затрудненное глотание</li> <li>• Кислотный рефлюкс</li> <li>• Хроническое срыгивание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочная кислота, которая попадает в полость рта, вызывает раздражение чувствительных тканей во рту, на языке и в горле. Способствует гипертрофии слюнных желез</li> <li>• Кислота также воздействует на все зубы, а не только на один или два, как они обычно поражаются при кариесе</li> </ul>
Желудочно-кишечный тракт (кишечник) — верхняя часть кишечника (желудок и тонкая кишка)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв пищевода и/или желудка (обычно со смертельным исходом)</li> <li>• Вздутие и боль в животе</li> <li>• Нарушение тонуса стенок</li> <li>• Кровотечение в пищеводе</li> <li>• Панкреатит (воспаление поджелудочной железы)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Длительная рвота часто приводит к ослаблению слизистой оболочки в верхней части желудка. Это означает, что кислота вызывает язвы</li> <li>• Кровотечение, вызванное физической травмой при рвоте, требует медицинской оценки</li> </ul>

*Окончание таблицы*

<b>Затронутый вследствие РПП орган/система</b>	<b>Общие симптомы</b>	<b>Почему они возникают?</b>
Желудочно-кишечный тракт (кишечник) — нижний отдел (толстый кишечник)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поврежденная толстая кишка</li> <li>• Хронические запоры/запор каловых масс</li> <li>• Пилеи (включая кровотечение)</li> <li>• Пропалс кишечника</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постоянное использование стимулирующих слабительных средств может привести к нарушению нормального прохождения пищи по кишечнику (перистальтики). Это приводит к запорам и, возможно, к образованию скоплений</li> <li>• Выпадение кишечника может произойти из-за слабости тазовых мышц</li> </ul>
Глаза/лицо	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровоизлияния в конъюнктиву</li> <li>• На лице могут появиться небольшие красные пятна</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Напряжение при рвоте вызывает кровоизлияние в глазах и на коже лица, которое проходит после прекращения рвоты</li> </ul>
Инфекции почек и мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль при мочеиспускании</li> <li>• Гной/кровь в моче</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обезвоживание повышает риск инфекции</li> <li>• Загрязнение мочевыводящих путей фекалиями (часто встречается при диарее)</li> </ul>
Легкие	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легочные инфекции, пневмония</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Капельки рвоты могут попасть в легкие</li> <li>• Кислота может обжечь легкие</li> <li>• Бактерии могут вызвать инфекцию</li> </ul>



**Примечание.** Если вас вырвало, не чистите зубы сразу после этого. Это связано с тем, что при чистке зубов кислота попадает на зубы по всей полости рта. Так увеличивается риск возникновения стоматологических проблем. Вместо этого прополощите рот (в том числе под языком) водой или ополаскивателем для рта.

Могут быть и дополнительные осложнения, которые обычно встречаются при нервной анорексии, особенно если у человека относительно низкий вес, он недавно сильно похудел или соблюдает очень строгую диету.

## **2Б4. Влияние самоиндуцированной рвоты на физическое здоровье**

---

Вы можете вызывать рвоту после еды или переедания в надежде, что это поможет вам контролировать потребление пищи и свой вес. На первый взгляд кажется, что это — идеальный способ есть свободно и не набирать вес (хотя важно знать, что это далеко не так, поскольку при рвоте после переедания усваивается около 1 200 ккал). Такое поведение сопряжено со многими рисками для здоровья.

### **Дисбаланс электролитов (солей в организме)**

При рвоте вы избавляетесь не только от части съеденной пищи, но и от многих необходимых солей (калия, натрия и хлорида), которые поддерживают нормальную работу нервов и мышц. Это приводит к:

- нерегулярному сердцебиению/пульсу;
- усталости;
- мышечной слабости и спазмам (усиливающимся при чрезмерных физических нагрузках);
- раздражительности;
- судорогам;
- сердечной недостаточности.

### **Обезвоживание**

Постоянное индуцирование рвоты приводит к обезвоживанию. Признаки хронического обезвоживания:

- постоянное чувство жажды;
- легкое головокружение;
- чувство слабости;
- обмороки (особенно при вставании);
- частые инфекции мочевыводящих путей (например, цистит);
- повреждение почек.

Если пить чрезмерное количество воды, это не уменьшит обезвоживание, а может усугубить его. Это связано с тем, что необходимые соли нужны для того, чтобы организм мог усваивать жидкость.

Когда у вас прекратится рвота, вероятно, произойдет временное увеличение веса из-за регидратации. Это может проявляться в виде опухших пальцев, а также незначительных отеков лодыжек и стоп. Такие изменения могут вызвать сильную тревогу. Но на самом деле медицинский риск возникает, если отек распространяется выше колена. В этом случае необходимо обратиться к врачу. В противном случае, по возможности, отдыхайте и держите ноги поднятыми. И через несколько дней все пройдет. Мочегонные средства не нужны, за исключением тяжелых случаев. Тогда врач может назначить их на короткое время. Избегайте самолечения мочегонными средствами.

Примечание. Обезвоживание и дисбаланс электролитов более вероятны и более опасны при злоупотреблении слабительными и/или мочегонными средствами.

## **Проблемы с зубами**

Рвота в течение более чем нескольких месяцев может привести к проблемам с зубами. Важно отметить, что, в отличие от обычного кариеса, повреждения могут затронуть все зубы. В результате потребуется очень дорогостоящее лечение. Для того чтобы ограничить себя от таких проблем, важно не чистить зубы по крайней мере в течение часа после рвоты (см. материал в конце Приложения 2БЗ, чтобы получить дополнительную информацию об уходе за зубами после рвоты). Основные стоматологические проблемы, которые наблюдаются при хронической рвоте:

- эрозия зубной эмали;
- частый кариес;
- чувствительность к горячей и холодной пище и напиткам;
- неэстетичная улыбка!

## **Проблемы с желудком**

Хроническая рвота может вызвать следующие проблемы во всем кишечнике:

- гипертрофия слюнных желез (что приводит к опухшему лицу “бурундука”);
- болезненность языка, рта и горла, что может привести к хриплому голосу;
- воспаление/кровотечение пищевода (язвы пищевода);
- растяжение желудка и пищевода (может произойти разрыв, что может привести к летальному исходу).

### **Проблемы с глазами**

При рвоте белки глаз становятся красными из-за кровоизлияний, что хоть и безвредно, но выглядит некрасиво.

### **Другие проблемы**

Возможно попадание капелек рвоты в легкие. Что впоследствии может вызвать легочные инфекции и пневмонию.

## 2Б5. Последствия злоупотребления слабительными средствами для физического здоровья

---

Слабительные средства — это препараты, которые используются на краткосрочной основе для облегчения запоров. Существует несколько различных типов. Они выполняют различные функции в зависимости от причины запора. Некоторые из них можно приобрести в аптеках без рецепта. Но есть и те, которые отпускаются только по рецепту. Многие слабительные средства называются “натуральными” или “травяными”. Это предполагает их безопасность и отсутствие риска. Однако это не так. Наиболее распространенный тип слабительных, которые используются при расстройствах пищевого поведения, — стимулирующие слабительные, такие как Сеннаде или Дульколакс.

**Примечание.** Слабительные, которые назначаются под наблюдением врача, безопасно использовать. Это связано с тем, что врач обычно назначает разные типы слабительных. Обычно он выписывает те, которые образуют правильную структуру, такие как Форлакс или Микролакс.

Возможно, вы начали принимать слабительные средства из-за убеждения, что они помогут вам похудеть, или чтобы компенсировать употребление большого количества пищи. И вы действительно чувствовали себя комфортно потом. Злоупотребление стимулирующими слабительными средствами способствует возникновению ощущения пустоты, плоского живота и приводит к впечатлению, что вы не набрали вес. Однако любая потеря веса и изменение фигуры — это результат обезвоживающего эффекта жидкого стула и полного опорожнения толстого кишечника. Это никак не связано с изменением уровня жира, мышц или углеводов в организме. Это происходит потому, что слабительные средства действуют лишь на толстый кишечник. В то время как пища переваривается и всасывается в тонком кишечнике.

Злоупотребление слабительными средствами имеет серьезные побочные эффекты для здоровья, многие из которых связаны с низким уровнем калия (гипокалиемия), который вызывает жидкий стул. Такое состояние может быть достаточно серьезным, чтобы вызвать опасные проблемы с сердцем и другие медицинские проблемы. В то время как длительное обезвоживание, связанное со злоупотреблением слабительными, может привести к почечной недостаточности или проблемам

с функцией почек. Другие проблемы, которые могут возникнуть, включают: ректальное кровотечение (возможно, связанное с химическим раздражением от слабительного), инфекции мочевыводящих путей, мышечную слабость, спутанность сознания или судороги.

Злоупотребление слабительными может также вызвать проблемы, когда вы попытаетесь прекратить их прием. Толстый кишечник становится толерантным к количеству принимаемых слабительных. Поэтому вы можете обнаружить, что для получения того же эффекта вам нужно принимать все больше и больше. Внезапное прекращение приема слабительных средств может привести к задержке воды в организме. Это происходит из-за того, что жидкий стул обладает обезвоживающим эффектом. При резком прекращении приема слабительных средств возможно увеличение веса до 5 кг и более из-за того, что уровень жидкости приходит в норму. Увеличение веса можно обнаружить как на весах (что может укрепить веру в то, что слабительные средства приводят к контролю веса), так и по изменениям в вашем теле, таким как вздутие живота, а также возможные временные отеки стоп и лодыжек. Этот отек называется “повторным отеком” и обычно сохраняется в течение 10–14 дней после прекращения злоупотребления слабительными. Затем вес немного снижается из-за нормализации уровня воды в организме.

После прекращения приема слабительных средств вы также можете столкнуться с запорами. Однако существуют здоровые способы, чтобы помочь организму восстановить нормальную работу кишечника. Например, нужно убедиться, что вы едите ряд продуктов, содержащих клетчатку (цельнозерновой или зерновой хлеб, каши с высоким содержанием клетчатки, коричневый рис, чечевицу и бобы или фрукты и овощи), пить достаточное количество жидкости (около 0,5–2 литров в день) и выработать привычку ходить в туалет в одно и то же время ежедневно (даже если вначале вам нелегко это сделать). Отказ от слабительных средств может вызывать сильное беспокойство. Поэтому поговорите с вашим лечащим врачом/терапевтом/диетологом, если вы чувствуете, что вам нужна дополнительная поддержка.

## **2Б6. Последствия злоупотребления мочегонными средствами для физического здоровья**

---

Люди с расстройствами пищевого поведения иногда принимают мочегонные средства (диуретики), поскольку считают, что потеря веса происходит за счет потери жира. На самом деле, мочегонные средства не оказывают никакого влияния на усвоение калорий. А потеря веса происходит за счет потери воды. Как только прием диуретиков прекращается, происходит регидратация, и вес приходит в норму.

### **Мочегонные средства без рецепта (безрецептурные)**

Хотя безрецептурные диуретики редко вызывают медицинские проблемы, они могут содержать очень высокий уровень кофеина. Это может привести к головной боли, дрожи и учащенному сердцебиению. Кофеин также может значительно повысить тревожность.

### **Рецептурные диуретики**

Злоупотребление рецептурными диуретиками, как правило, более опасно.

### **Обезвоживание**

Постоянное злоупотребление диуретиками приводит к обезвоживанию. Хроническими последствиями обезвоживания:

- постоянное чувство жажды;
- легкое головокружение;
- чувство слабости;
- обмороки (особенно при вставании);
- частые инфекции мочевыводящих путей (например, цистит);
- повреждение почек.

### **Дисбаланс электролитов (солей в организме)**

При злоупотреблении диуретиками организм теряет также множество необходимых солей (калия, натрия и хлорида), которые поддерживают нормальную работу нервов и мышц. Это приводит к:

- нерегулярному сердцебиению/пульсу;
- слабости;
- мышечной слабости и спазмам (усиливаются при чрезмерных физических нагрузках);
- раздражительности;
- судорогам;
- сердечной недостаточности.

**Примечание.** Эти эффекты могут усугубиться, если вы также злоупотребляете слабительными средствами и/или регулярно вызываете рвоту.

### **Низкий уровень магния в крови**

Это называется гипомagneмией. Она может усугубить симптомы низкого содержания калия и привести к аритмии (нарушенному ритму сердца) и даже к внезапной смерти.

### **Проблемы с мочеиспусканием**

Злоупотребление средствами, стимулирующими выработку мочи, потенциально может вызвать проблемы с мочеиспусканием:

- полиурию (выделение большого количества мочи);
- кровь в моче (гематурия);
- пиурию (гной в моче).

### **Повреждение почек**

Длительное злоупотребление диуретиками может в конечном итоге привести к проблемам с почками из-за хронического обезвоживания, а также из-за токсического воздействия диуретиков на почки.

### **Другие проблемы**

Диуретики могут вызывать ряд других проблем, таких как:

- тошнота;
- боль в животе;
- запоры.



## 2Б7. Физические упражнения и активность

---

Мы часто слышим о необходимости быть более активными. Это необходимо, чтобы повысить наши шансы на сохранение здоровья. Большинству населения в целом необходимо повысить свою активность, чтобы снизить долгосрочные риски для здоровья. Однако многие люди с расстройствами пищевого поведения заходят слишком далеко и ведут чрезмерно активный образ жизни. Это также может иметь серьезные последствия для здоровья.

### Чрезмерные и навязчивые упражнения

Диагностические критерии расстройств пищевого поведения часто включают паттерн, когда человек использует “чрезмерные” физические нагрузки *для контроля веса*. Однако это трудно определить объективно. И в настоящее время признано, что более уместно рассматривать вопрос о том, чувствует ли человек *принуждение* к физическим упражнениям. Поэтому важно думать не только о том, сколько вы занимаетесь, но и о том, *почему* вы активны.

К общим проблемам с уровнем активности, которые наблюдаются у людей с расстройством пищевого поведения, можно отнести следующие.

- **Чрезмерная активность.** Хотя это трудно определить объективно, но более четырех часов активности или физических упражнений в неделю — это, вероятно, чрезмерный уровень. Если только вы не профессиональный спортсмен. Активность может быть любой, например, ходьба, бег, занятия физическими упражнениями, экстремальные формы йоги, очень высокий уровень домашней работы.
- **Компульсивная активность.** Человек убежден, что он должен сделать точное количество повторений (например, ровно 300 приседаний) какого-либо упражнения, иначе произойдет что-то плохое (например, неконтролируемое увеличение веса).

Как чрезмерная, так и компульсивная активность — нездоровые процессы. Они могут быть опасными, поэтому такое поведение при расстройствах пищевого поведения необходимо лечить.

## Какой уровень активности является здоровым?

Министерство здравоохранения США рекомендует следующие минимальные показатели для населения в целом.

---

<i>Сколько?</i>	30 минут в день.
<i>Как часто?</i>	Не менее 5 дней в неделю.
<i>Насколько интенсивно?</i>	Умеренно — человек должен согреться и слегка запыхаться во время занятий, но при этом быть в состоянии поддерживать разговор. Этот уровень будет разным для всех.
<i>Что считается?</i>	Активность может быть регулярной, организованной физической нагрузкой (например, занятия теннисом, аэробикой), но также включает и повседневную деятельность (например, ходьба до автобусной остановки, работа по дому).
<i>Мотивация?</i>	Самая здоровая причина, по которой люди занимаются спортом, — это то, что им это нравится. Они могут хотеть улучшить свое физическое здоровье, повысить тонус или, возможно, даже немного похудеть, но это — не основная мотивация для занятий спортом.

---

## Риски, связанные с чрезмерными физическими нагрузками

Хотя 30 минут 5 дней в неделю — это немного, чрезмерная активность имеет свои последствия. Чрезмерные физические нагрузки:

- повышают риск травм и даже необратимых повреждений;
- приводят к обезвоживанию/нарушению жидкостного баланса (особенно если человек также использует компенсаторное поведение);
- приводят к истощению и снижению работоспособности;
- приводят к плохой концентрации внимания;
- приводят к увеличению веса и изменению фигуры из-за увеличения мышечной массы;
- способствуют нарушению регулярного менструального цикла или даже к полному его прекращению, повышая риск развития остеопороза.

## **Признаки и симптомы того, что физические упражнения вышли из-под контроля**

Некоторым людям с расстройством пищевого поведения трудно признать, что их уровень активности — проблема. Если окружающие выразили обеспокоенность тем, насколько вы активны, но вы не разделяете их беспокойства, просмотрите приведенный ниже список и отметьте все те пункты, которые относятся к вам. Постарайтесь быть максимально честным с самим собой. Чем больше галочек вы поставите, тем больше вероятность того, что ваши физические нагрузки выходят из-под контроля.

- Занятия спортом более одного раза в день (если только человек не является профессиональным спортсменом).
- Потеря веса (если это не рекомендовано врачом в рамках мер по снижению массы тела).
- Вы чувствуете тревогу и раздражение, если вас просят сделать перерыв на один день.
- Сопrotивление сокращению физических нагрузок, даже если медицинский персонал указывает на возможность необратимых повреждений.
- Тревога/раздражительность при пропуске занятий.
- Человек занимается даже при плохом самочувствии/истощении.
- Повторяющиеся травмы от перегрузок без признаков улучшения.
- Нагрузки скорее однообразные.
- Неспособность изменить вид нагрузок, когда вас просят делать другие упражнения.
- Игнорируются другие аспекты жизни (например, отношения, социальная жизнь и учеба) в пользу упражнений.
- Долги, возникшие из-за расходов на тренажеры, личных тренеров, плату за спортзал и т.д.
- Ведутся подробные записи или журналы тренировок.
- Отрицание проблемы, даже если есть физические симптомы.

*Дополнительная литература:* Exercise excess: treating patients addicted to fitness. *The Physician and Sports Medicine* (1992) 20, 193–201.

## 2Б8. Здоровье костей и остеопороз

Остеопороз — это состояние, при котором кости становятся очень хрупкими и легко ломаются. Поскольку невозможно увидеть кости без рентгеновского обследования, многие люди не знают, что их кости слабые, пока не станет слишком поздно. Поэтому важно знать, что нервная анорексия сильно повышает долгосрочный риск развития остеопороза. Нервная булимия также несет определенный риск, особенно при низком весе.

### Нормальная костная ткань

Кости имеют структуру, немного напоминающую соты. Здоровая кость устроена так, что постоянно разрушается, а затем восстанавливается. Благодаря этому сотовая структура остается стабильной. При расстройствах пищевого поведения разрушение кости происходит быстрее, чем ее восстановление. В результате этого структура становится намного слабее. Позвоночник и тазобедренные кости — те кости, которые наиболее подвержены остеопорозу. Это приводит к хроническим болям, задержке роста и искривлению позвоночника. Небольшие падения, удары или обычная повседневная деятельность могут привести к переломам пораженной кости.

Известно, что здоровье костей улучшается после лечения, однако они могут не полностью вернуться к оптимальному состоянию, особенно если в течение некоторого времени присутствовали многие из факторов риска (см. ниже).

Достижение и поддержание здорового веса, при котором менструация происходит естественным образом (а значит гормональный фон в норме), — лучший способ предотвратить необратимое повреждение костей или минимизировать текущее повреждение костей.

### Что вызывает остеопороз при расстройствах пищевого поведения?

Основные факторы риска приведены ниже.

- Отсутствие менструаций, что приводит к дефициту эстрогена (есть некоторые доказательства того, что оральные контрацептивы могут защитить от этого, но эстроген, который организм

вырабатывает естественным образом при здоровом весе, — наиболее эффективная форма эстрогена).

- Низкий вес, даже при наличии менструального цикла, — ИМТ ниже 18,5 не будет достаточным для того, чтобы организм мог сохранять кальций и структуру костей.
- Опыт низкого веса в подростковом и раннем взрослом возрасте (до 30 лет), даже если сейчас вес находится в пределах нормы. Это связано с тем, что в это время кости накапливают кальций и становятся наиболее прочными (пик наращивания костной массы).
- Если кости не достигают своей оптимальной прочности, переломы становятся опасными намного раньше, чем ожидается с возрастом.
- Очень низкий или очень высокий уровень активности, особенно с утяжелением (например, ходьба).
- Низкое потребление кальция (лучшие источники — молочные продукты, в том числе с низким содержанием жира).
- Низкий уровень витамина D (витамин D в основном можно получить, находясь 15–20 минут на солнце каждый день, с открытыми лицом и кистями рук, в летние месяцы).
- Несбалансированное питание — для здоровых костей необходимы все питательные вещества из всех групп продуктов.
- Курение.
- Очень высокое потребление калия (например, более 4 кружек кофе или 8 кружек чая в день).
- Чрезмерное употребление алкоголя (более 14 единиц у женщин и 21 единицы у мужчин).

### **Важное примечание**

К сожалению, в настоящее время не существует средств для лечения остеопороза, вызванного расстройствами пищевого поведения, кроме достижения нормального веса и восстановления нормального менструального цикла.

Иногда врач может решить применять средства, которые обычно используют для лечения остеопороза у женщин в период постменопаузы. Однако некоторые из них не проверены для применения у женщин, которые еще не достигли менопаузы. Один из таких препаратов — бисфосфонат (Fosamax, Fosamax once weekly и Didronel РМО). Важно помнить, что эти препараты могут нанести вред нерожденным детям или повысить риск развития рака, даже если их принимали давно. Поэтому решение о назначении этих препаратов должен принимать ревматолог в каждом конкретном случае после тщательного обсуждения с врачом и пациентом, учитывая все риски и предполагаемую пользу.



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2В**

### **Проблемы, способствующие закреплению РПП**



## **2В1. Влияние очищения на усвоение калорий**

---

Многие люди с расстройствами пищевого поведения едят больше, чем им хотелось бы, регулярно или время от времени. Это может вызывать множество эмоций, таких как паника, гнев, чувство вины и стыда. Такое поведение часто приводит к тому, что люди пытаются избавиться от избытка съеденных калорий. Тем самым они пытаются восстановить контроль над собой. Но насколько эффективно такое поведение?

### **Вызов рвоты**

#### **Сколько калорий теряется?**

- Исследователи обнаружили, что в среднем после рвоты сохраняется около 1 200 ккал, независимо от того, была ли порция относительно небольшой (около 1 500 ккал) или относительно большой (около 3 500 ккал) [*Kaye et al., 1993*].
- “Маркеры”, которые используют для определения того, была ли выведена вся пища из организма (например, съесть сначала морковь, чтобы оранжевый цвет рвоты указывал на полное опорожнение желудка), неэффективны, из-за того, что пища во время и после процесса еды перемешивается в желудке.
- Многие люди, страдающие эпизодами переедания/рвоты, отмечают, что со временем они все равно набирают вес. Это доказывает то, что организм учится удерживать калории, несмотря на рвоту.

#### **Но рвота помогает мне обрести контроль, не так ли?**

- После еды организм вырабатывает инсулин, чтобы переработать сахар, который он ожидает получить из пищи. Рвота избавляет организм от части этой пищи. Но уровень инсулина остается таким же высоким. Это приводит к снижению уровня сахара в крови примерно через час или два. Низкий уровень сахара в крови посылает в мозг сильный сигнал: “Я ГОЛОДЕН, накорми меня!” Это приводит к сильному желанию снова переест.

- Поэтому, возможно, не переедание способствует рвоте, а наоборот — рвота перееданию.
- Многие люди говорят, что после того, как они приняли решение вызвать рвоту, они едят больше. Так как рассчитывают избавиться от всей пищи с помощью рвоты. Поскольку, независимо от размера порции, в организме сохраняется примерно эквивалент двух нормальных порций, можно утверждать, что вы лучше контролируете себя, если съедаете нормальную порцию и избегаете рвоты после нее.

## **Злоупотребление слабительными**

### **Сколько калорий теряется?**

Слабительные средства действуют на толстый кишечник, в то время как калории всасываются в верхнем его отделе — тонком кишечнике. Поэтому неудивительно, что исследователи [*Bo-Linn et al.*, 1983] обнаружили, что слабительные средства снижают всасывание калорий не более чем на 12% при каждом их применении, и при этом происходит потеря 4–6 литров жидкости при диарее.

### **Но слабительные помогают мне обрести контроль над собой, не так ли?**

- После приема слабительного многие люди, страдающие РПП, испытывают ощущение облегчения от пустоты и плоского живота. Однако, как только вы снова начинаете есть, эффект пропадает. И многие люди чувствуют себя еще более полными и раздутыми, чем до использования слабительных.
- Длительное злоупотребление слабительными средствами может привести к постоянному запору и вздутию живота, которые становятся особенно заметны, если вы прекращаете их принимать, потому что кишечник стал “ленивым”, поскольку его работа долго зависела от слабительных средств.

## **Мочегонные средства**

### **Сколько калорий теряется?**

- Диуретики не оказывают никакого влияния на усвоение калорий. Потеря веса после приема мочегонных происходит только за счет потери жидкости. И вес восстановится очень быстро после того, как действие таблеток пройдет, а объем жидкости будет восполнен.

Все виды поведения, которые используются для избавления от пищи, имеют побочные физические эффекты. Некоторые из них очень опасные. Для того чтобы получить дополнительную информацию по этим вопросам, прочтите нужные материалы.

## **2В2. Контроль веса в краткосрочной и долгосрочной перспективе**

---

Вес — основная проблема для людей с расстройствами пищевого поведения. Сильное желание контролировать свой вес часто приводит к ограничительному питанию, рвоте и другим методам компенсации.

Важно понимать, как организм регулирует вес в краткосрочной и долгосрочной перспективе, и научиться распознавать разницу между ними.

### **Краткосрочные изменения веса**

- В основном такие изменения наблюдаются ежедневно.
- Они связаны с типом потребляемой пищи, гормональными изменениями и изменениями, связанными с балансом жидкости в течение дня. Такие изменения не означают, что вы потолстели за одну ночь.
- Некоторые женщины замечают, что набирают вес непосредственно перед менструальным кровотечением, независимо от того, принимают они противозачаточные таблетки или нет. Они возвращаются к прежнему весу через день или около того после начала кровотечения (более подробную информацию см. в памятке о предменструальном синдроме).
- У всех наблюдается увеличение веса к вечеру, поскольку в течение дня мы накапливаем до 2 фунтов (1,5 кг) жидкости, которая выводится с мочой после ночного сна.

### **Долгосрочные изменения веса**

- В основном такой процесс означает изменения в запасах жира и/или мышц.
- Это связано с потреблением энергии в течение недель и месяцев, а не дней.
- Если в течение нескольких недель вы потребляете столько энергии, сколько необходимо вашему организму, ваш вес будет оставаться стабильным.

- Если в течение нескольких недель вы будете есть меньше, чем нужно вашему организму, вы будете терять вес.
- Если в течение нескольких недель вы будете есть больше, чем нужно вашему организму, вы наберете вес.

### **Как соотносятся долгосрочные и краткосрочные изменения веса?**

- Для того чтобы увидеть долгосрочные изменения веса (т.е. изменения содержания жира и мышц в организме), мы должны смотреть не только на ежедневные колебания.
- Взвешивания раз в неделю (в терапии) достаточно для того, чтобы увидеть долгосрочные изменения веса. Если взвешиваться чаще, вероятно, это приведет к огромному беспокойству из-за ежедневных колебаний веса, которые связаны с изменениями уровня жидкости в организме.
- Такие формы поведения при расстройствах пищевого поведения, как рвота или злоупотребление слабительными/мочегонными и приступы переедания, приводят к потере жидкости (обезвоживанию), а затем — к кратковременной задержке воды после прекращения такого поведения. Из-за этого гораздо сложнее оценить, что на самом деле происходит с весом.
- Чтобы выявить тенденции в изменении “реального” веса (т.е. связанные с жировыми и мышечными изменениями), необходимо как минимум четыре взвешивания в течение нескольких недель.

## 2В3. Почему диеты не работают

---

Человек с расстройством пищевого поведения, особенно если его вес превышает нормальный, может почувствовать, что диета — это решение его проблем. Однако, к сожалению, это не так. Приведенный ниже текст о диетах взят из книги о расстройствах пищевого поведения и в нем дается объяснение, почему они не работают.

### **Диеты могут сделать вас красивыми и желанными**

В рекламе диеты обещают красоту, признание и жизнь без проблем. Человеку, страдающему ожирением или расстройством пищевого поведения, они дают контроль в мире, который не поддается контролю. Хотя они обещают сделать это только в плане еды, их часто рассматривают как ключ к контролю и над другими проблемами. Диеты принимают решения за тех, кто перегружен решениями. Они создают иллюзию, что существуют конкретные, простые ответы на абстрактные и сложные проблемы. Диеты поддерживают такие высказывания, как “хорошо”, “плохо”, “уловки” и “чувство вины”. Также подкрепляется узкое мышление, которое, возможно, уже сформировалось у человека раньше. Диеты помогают переключить внимание с вины и стыда, связанных с другими проблемами и эмоциями, тем самым предоставляя возможность избежать столкновения с проблемами, которые стоят за расстройством пищевого поведения.

Процент достижения успеха в случае диет крайне низкий. Однако реклама диет обещает, что на этот раз... на *этот* раз... они сработают. Когда они не срабатывают, потребителя обвиняют в отсутствии силы воли. Более того, диеты могут усугубить депрессию и низкую самооценку. У человека, который уже чувствует себя неэффективным и бессильным, диета усиливает эти чувства.

Терапия, направленная на нормализацию питания, может помочь человеку, который, возможно, искал диету для повышения самооценки. Нужно изучить и другие способы достижения этой цели, которые действительно работают. Вес может нормализоваться косвенно, поскольку пища больше не используется как средство для выражения негативного самовосприятия.

*Дополнительная литература:* Woolsey, M. M. (2002). Eating Disorders — A Clinical Guide to Counselling and Treatment. Chicago, IL: *American Dietetic Association*, 155-156.

Таковы некоторые из *психологических причин*, по которым диеты имеют столь низкий процент успеха. Стоит задуматься и о некоторых *физических причинах* низкого успеха диет. Размышляя об этом, стоит помнить, что организм все еще запрограммирован на то, чтобы справиться с нехваткой пищи и периодами голода (которые на генетическом уровне организм все еще воспринимает как главную угрозу жизни, несмотря на то, что пища теперь легкодоступна). В связи с этим, на период ограничения в питании мы реагируем перееданием и накоплением излишков пищи, когда она становится доступной.

- Большинство диет ограничивают потребление пищи. Рацион, меньше 1 500 ккал в день для женщин или 2 000 ккал для мужчин, подвергает организм в состояние голода. Так увеличивается риск переедания в дальнейшем. Тем, кто страдает ожирением, требуется больше этой нормы, чтобы этого не произошло.
- Поощряется или предполагается дальнейшая быстрая потеря веса (более 1 кг в неделю), что снова провоцирует голодание. Хотя первоначальная потеря веса может быть быстрой (из-за потери жидкости), долгосрочная потеря веса должна составлять не более 0,5 кг в неделю (до 1,2 фунта). Многие люди теряют вес медленнее. Это кажется очень медленным, но исследования показывают, что при медленной потере веса есть гораздо больше шансов на сохранение стабильных показателей.
- Причудливые диеты часто очень ограничивают ассортимент и тип разрешенных продуктов. Многие продукты запрещены. Из-за этого такие продукты становятся гораздо более заманчивыми, особенно если человек очень голоден, потому что не позволяет себе достаточно пищи.
- Если диета жесткая или основана на специальных продуктах (например, низкоуглеводные злаковые батончики в низкоуглеводных/высокобелковых диетах, таких как диета Аткинса), долгосрочное пищевое поведение не изменяется. Это приводит к возвращению к старым привычкам (и набору веса) после прекращения диеты.

## **Успешное достижение снижения веса**

Успешное снижение веса — не только потеря веса, но и предотвращение его повторного набора. Этого можно достичь, если соблюдать следующие условия.

## Иметь реалистичные ожидания

- Для начала постарайтесь сбросить 5–10% от своего первоначального веса в течение года. Даже это скромное количество значительно улучшит ваше физическое здоровье. Если вы с самого начала поставите перед собой цель сбросить больше, чем нужно, это приведет к разочарованию, если вы этого не достигнете. И, скорее всего, вы не оцените то, чего достигли (например, потеря 3,5 кг).
- Как было сказано выше, стремитесь терять не более 0,5 кг в неделю. (Вы можете терять и меньше, но, по крайней мере, вес движется в правильном направлении.) Это может показаться очень медленным. Но набор веса не происходит за мгновение, поэтому потеря веса тоже не может быть мгновенной.

## Вносите изменения в свой рацион, ориентируйтесь на улучшение здоровья, а не на потерю веса

- Ешьте три раза в день (включая завтрак), плюс регулярные перекусы с низким содержанием жира.
- Сократите количество потребляемых жиров и сахара в пище (например, жареные продукты, сдоба, сыр, чипсы, торты и печенье).
- Ешьте больше фруктов и овощей.
- Сократите количество соли в пище.
- Пересмотрите, насколько вы активны. Стремитесь к 30 минутам умеренной активности (когда учащается дыхание, но вы можете вести беседу) большую часть дней в неделю. Затем, если сможете, доведите это время до 60 минут в день (если у вас избыточный вес/ожирение).

Если ваше физическое здоровье в настоящее время зависит от вашего веса, посоветуйтесь с вашим лечащим врачом, прежде чем начинать какую-либо новую деятельность.

## Дополнительная литература

---

1. Brownell, K. (1990). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1–12.
2. Ogden, J. (1992). *Fat Chance! The Myth of Dieting Explained*. London: Routledge.



## **2В4. Эффект предменструального синдрома (ПМС)**

---

Следующая информация адаптирована из книги: Kahn, A. (1994) *Recovery through nutritional counselling*. In B. P. Kinoy, ed., *New Directions in Treatment and Recovery*. New York: Columbia University Press.

Предменструальным синдромом (ПМС) страдают около 40% современных женщин. Он развивается за несколько дней (от 1 до 10) до начала менструации. К общим симптомам можно отнести следующие.

- Ощущение вздутия живота и “ощущение полноты”. Часто может происходить задержка жидкости (что приводит к резкому увеличению веса).
- Повышенная эмоциональная уязвимость, возможно, более критическое отношение к себе или ощущение безнадежности жизни. Возможно, это связано с гормональными изменениями.
- Чувство усталости сильнее, чем обычно.
- Головные боли чаще, чем обычно, что может быть связано с гормонами, усталостью, голодом или всеми тремя факторами.

### **Повышенные энергетические потребности и ПМС**

В период перед наступлением менструации потребность в энергии возрастает примерно на 250–300 ккал в день [Wurtman, 1989]. Повышенная потребность в энергии приводит к усилению чувства голода. Она часто проявляется в виде тяги к сладким продуктам (как правило, многие женщины испытывают повышенное желание съесть шоколадку непосредственно перед началом предменструального кровотечения). Кроме того, женщины часто ошибочно воспринимают повышенное вздутие живота как “ощущение будто поправилась”. Это вызывает желание сократить потребление пищи. Поэтому именно в тот момент, когда женщинам требуется больше пищи, они едят меньше, чем обычно. В результате этого повышается риск переедания, особенно если учесть, что женщина может чувствовать себя эмоционально уязвимой или раздражительной.

## Изменения веса при ПМС

Как уже говорилось выше, вес может внезапно измениться непосредственно перед менструальным кровотечением. Обычно он увеличивается на 1–1,5 кг (2-3 фунта). Но у некоторых женщин бывает более значительное увеличение веса. Это связано с гормональными изменениями, которые увеличивают задержку жидкости в организме. Многие женщины также страдают запорами непосредственно перед месячными, что также может способствовать увеличению веса.

После начала менструации в течение одного-двух дней изменение уровня гормонов приводит к нормализации уровня жидкости в организме, и вес возвращается к исходному уровню.

## Преодоление ПМС

Прежде всего необходимо выяснить, относитесь ли вы к тем 40% женщин, которые страдают от ПМС. Например, многие женщины считают, что у них наблюдается предменструальный набор веса, но, проанализировав изменения своего веса во время менструации, они понимают, что ошибались. Чтобы разобраться в этом, важно вести дневник менструаций и сравнивать показатели с таблицей веса, а также с данными дневника питания и настроения. Если вы выяснили, что у вас действительно наблюдается ПМС, вам поможет следующее.

- Определите, когда это произойдет, и будьте готовы к этому. Даже если менструации нерегулярные, запомните симптомы приближения. Это поможет вам быть на шаг впереди.
- Знайте, что физические потребности вашего организма будут другими непосредственно перед менструацией.
- Не ограничивайте потребление пищи непосредственно перед менструальным кровотечением. На самом деле, если позволить себе немного более сытные перекусы/блюда, это поможет уменьшить тягу к еде (например, греческий йогурт вместо низкокалорийного).
- Если вы любите шоколад, позвольте себе одну плитку нормально-го размера, это поможет вам контролировать желание переесть.

- Не придавайте слишком большого значения изменениям веса в период менструации.
- Помните, что ПМС длится всего несколько дней, после чего все возвращается в норму.
- Если вы действительно чувствуете, что страдаете от ПМС, поговорите с врачом, чтобы узнать, может быть, вам поможет что-то другое.

*Дополнительная литература:* Wurtman, J. (1989). Carbohydrate therapy for premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 161, 1228.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2Г**

### **Основные факты и принципы питания**

## 2Г1. Скорость метаболизма/расход энергии (или как организм использует пищу)

Организму необходима энергия для всех его функций. Процессы в организме можно разделить на три основные группы.

- Поддержание жизни (например, работа органов, пищеварение, поддержание тепла/холода, восстановление повреждений).
- Ежедневная деятельность (например, общая активность и физические упражнения).
- Особая деятельность (например, рост, беременность и грудное вскармливание).

Приведенная ниже таблица охватывает первые две группы процессов из этого списка. В ней указан процент энергетических потребностей, который нужен каждому из них (при условии, что среднестатистической женщине необходимо 2000 ккал в день).

	<b>Факторы, которые могут повлиять на показатели</b>	<b>Среднестатистическая энергетическая потребность</b>
<b>Физическая активность</b>	Интенсивность деятельности	15–30%/300–600 ккал
	Продолжительность деятельности	
	Вес	
<b>Пищеварение/переваривание пищи</b>	Количество пищи	10%/200 ккал
	Состав рациона	
	Генетические данные	
<b>Уровень основного обмена (метаболизм)</b>	Процентное соотношении мышечной ткани	60–70%/1200–1500 ккал
	Процентное соотношение жировой ткани	
	Возраст	
	Пол	
	Генетические данные	

*Некоторые важные факты о метаболизме и энергетических потребностях.*

- Хотя печень и мозг составляют всего 2,5 и 2% от массы тела соответственно, на них приходится около 20% энергетических потребностей (т.е. по 250–300 ккал в день на каждый орган).
- Во время ночного сна среднестатистический человек расходует около 400–500 ккал. Это происходит потому, что сердце продолжает биться, легкие — дышать, печень и почки — работать и т.д.
- Исследования показывают, что расстройства пищевого поведения приводят к снижению базальной скорости метаболизма. Это означает, что организму требуется меньше энергии (калорий) для поддержания веса. Нерегулярное питание может снизить уровень основного обмена примерно на 10%. А потеря большого количества веса до уровня очень низкого веса, как было показано, снижает уровень метаболизма на 20–30% или даже больше. Симптомы, которые могут указывать на то, что с вами это происходит: ощущение постоянного холода, запоры, отсутствие менструального цикла, плохое состояние кожи/волос, чувство усталости, вялость, чувство раздражительности и частые головные боли (более подробную информацию об этом см. в материалах “Последствия полуголодания”). Хорошая новость заключается в том, что скорость обмена веществ нормализуется, когда вес и потребление пищи возвращаются к норме.

## **2Г2. Нормальное питание**

---

Эти положения взяты из приведенной ниже книги. Это не точное определение того, что такое нормальное питание. Они представляют собой мнение автора этой книги. Поэтому, возможно, полезно просмотреть эти пункты и решить, согласны ли вы с ними. А если нет, подумать о том, какое бы вы дали определение нормальному питанию.

Нормальное питание — это:

- прием пищи не менее трех раз в день;
- есть больше, чем вы считаете нужно, в некоторых случаях (передание);
- есть меньше, чем нужно, в других случаях (недоедание);

- есть больше продуктов, вкус которых вам нравится, когда вы этого хотите;
- есть меньше продуктов, которые вам нравятся, поскольку вы знаете, что сможете есть их в будущем;
- есть или не есть по случаю, потому что вы чувствуете себя несчастным, “плохим” или напряженным;
- есть как “хорошие”, так и “плохие” продукты, другими словами, разнообразную пищу, не испытывая чувства вины;
- есть в меру, чтобы это не мешало работе, учебе или общественной жизни;
- питаться полноценной и разнообразной пищей достаточно часто, чтобы не возникало желания переест;
- при общении в обществе питаться так же, как и другие люди в группе;
- иногда питаться в “фаст-фудах”, чтобы позаботиться о себе (это лучше, чем пропустить прием пищи);
- осознавать, что еда — не самое главное в жизни, но понимать, что она — важна для хорошего здоровья.

Нормальное питание — это *НЕ*:

- подсчет калорий, взвешивание пищи или соблюдение строгой диеты;
- всегда есть низкокалорийную пищу, например, диетическое печенье вместо хлеба;
- питаться так, чтобы похудеть, и думать, что вы можете “контролировать свой вес”, если захотите;
- предполагать, что вы можете контролировать количество и тип пищи, необходимой вашему организму, лучше, чем ваш организм;
- постоянно взвешиваться для уверенности;
- выдумывать отговорки, чтобы не есть определенные продукты, например, говорить себе “от молочных продуктов меня тошнит” или “я стала вегетарианкой по состоянию здоровья”, чтобы оправдать чрезмерное количество фруктов и овощей.

*Дополнительная литература:* Abraham, S. & Llewellyn — Jones, D. (1992). *Eating Disorders — The Facts*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 127.

## **2Г3. Белки — некоторые основные факты**

---

### **Краткое описание функций белков в организме**

Ниже представлены некоторые из основных функций белка в организме.

- Служит строительным материалом для роста и восстановления организма.
- Основной компонент кожи, сухожилий, мембран, мышц, органов и костей.
- Основной компонент ферментов, гормонов и антител.
- Участвует в образовании тромбов (для остановки кровотечения).
- Поддерживает баланс жидкости и электролитов (солей в организме).
- Поддерживает кислотно-щелочной баланс (для сохранения нужного количества жидкости в организме).
- Обеспечивает организм энергией.
- Переносит питательные вещества по организму.

### **Сколько энергии дает белок?**

- В 1 г белка содержится 4 ккал.
- Средняя порция белковой пищи (например, мясо, рыба, яйца) содержит около 15–20 г белка.

### **Сколько белка нам нужно?**

Этот показатель, как правило, довольно стабильный. Но есть некоторые факторы, которые увеличивают количество необходимого человеку белка:

- беременность;
- грудное вскармливание;
- период роста у детей и подростков;
- возвращение к нормальному весу после недостаточного веса;



- хронические инфекции;
- когда организму необходимо восстановиться после серьезной физической травмы (например, автомобильной аварии).

Однако уровень белка в среднестатистическом рационе удовлетворяет все эти потребности (если только человек не находится в больнице с серьезной проблемой со здоровьем, например, пневмонией). Поэтому не следует добавлять больше белка, если ваш рацион имеет следующие характеристики.

- Нормальный размер порции белковой пищи (например, мяса, яиц, орехов и семян, бобовых, таких как чечевица и бобы) во время каждого основного приема пищи (обед и ужин).
- Кроме того, употребление достаточного количества молочных продуктов (большинству людей требуется 3 порции в день — одна порция = 1/3 пинты/200 мл молока, один йогурт, 1 унция/25 г твердого сыра, средняя порция молочного соуса (например, заварной крем, сырный соус)).

## **2Г4. Углеводы — некоторые основные факты**

---

### **Краткое описание функций углеводов в организме**

Ниже представлены некоторые из основных функций углеводов в организме.

- Обеспечивают организм энергией в качестве главного ее источника. Организм может использовать и другие источники энергии (например, жир, белок и алкоголь, но ни в краткосрочной, ни в долгосрочной перспективе они не действуют так хорошо, как углеводы).
- Обеспечивают энергией мозг и центральную нервную систему.
- Регулируют уровень сахара в крови.
- Предотвращают использование белка для удовлетворения энергетических потребностей.
- Предотвращают образование опасных побочных продуктов (кетонов) при сжигании жира для получения энергии.
- Обеспечивают организм клетчаткой для защиты от сердечных заболеваний и рака.
- Способствуют ощущению сытости.
- Обеспечивают организм клетчаткой для предотвращения запоров.

### **Сколько энергии дают углеводы?**

- В 1 г углеводов содержится 3,75 ккал.
- Средняя порция углеводной пищи (например, 2 ломтика хлеба) содержит около 30–35 г углеводов.

### **Сколько углеводов нам нужно?**

Углеводы должны составлять около половины всей энергии, которую мы потребляем каждый день. Для среднестатистической женщины, которой требуется около 2 000 калорий в день, норма составляет около 250–300 г углеводов.

Большую часть этих углеводов должны составлять крахмалистые углеводы, молочный сахар и натуральные сахара (например, во

фруктах). Это означает, что в основе каждого основного приема пищи и большинства перекусов должны быть крахмалистые углеводы (например, рис, макароны, каши).

В рекомендациях по здоровому питанию также допускается употребление небольшого количества продуктов с добавлением сахара (например, шоколад, торты), а также продуктов с высоким содержанием сахара (например, фруктовый сок или мед). Как правило, такие продукты (и другие лакомства, например, чипсы) можно употреблять 1–3 раза в день.

## 2Г5. Жиры — некоторые основные факты

---

### Краткое описание функций жиров в организме

Ниже представлены некоторые из основных функций жиров в организме.

- Жир согревает нас.
- Он защищает внутренние органы (например, почки) от повреждений, таких как падения или удары.
- Жирная пища содержит незаменимые жирные кислоты — линолевую и линоленовую (также известные как жирные кислоты омега-3 и омега-6). Мы должны употреблять их ежедневно, потому что:
  - они очень важны для улучшения работы мозга при возвращении к нормальному весу после низкого веса;
  - они необходимы для работы мозга, включая развитие мозга во время внутриутробного развития детей;
  - они также играют важную роль в профилактике сердечных заболеваний.
- Жиры обеспечивают организм жирорастворимыми витаминами А, D, Е и К, без которых невозможно жить.
- Жиры участвуют в строении кровеносных сосудов и являются основным компонентом клеточной стенки. Поэтому низкое потребление жиров повышает риск появления синяков и ухудшает состояние кожи.
- Жиры переносят холестерин по организму. Многие люди с низким весом могут иметь высокий уровень холестерина, который снижается, если в рацион добавляются жиры и набирается вес.
- Жир способствует выделению гормонов, таких как эстроген. Недостаток эстрогена приводит к прекращению менструального цикла, что, в свою очередь, повышает риск развития остеопороза. Поэтому диета с низким содержанием жиров может задержать возобновление менструаций. После диеты с низким содержанием жиров нужно увеличить вес для возобновления менструаций.

- Жиры обеспечивают организм концентрированной энергией, в том числе служат запасным источником энергии, когда пища недоступна.
- Жирная пища помогает усилить чувство сытости, что снижает риск переедания.
- Жир придает пище вкус и аромат, а также делает ее нежной.

### **Сколько энергии дают жиры?**

- В 1 г жира содержится 9 ккал.
- Средняя порция жирной пищи (например, маргарин на 2 ломтиках хлеба) содержит около 10 г жира.

### **Сколько жира нам необходимо?**

Женщинам необходимо потреблять от 65 до 77 г жира в день, а мужчинам — от 83 до 97 г жира в день, чтобы удовлетворить основные потребности.

Около половины пищевых жиров должно поступать из продуктов с естественным высоким содержанием жира (например, сыр, жирная рыба, мясо, орехи, семечки и т.д.), а остальное — из жиров, которые добавляются в продукты или используются при приготовлении пищи (например, растительное масло, сливочное масло, маргарин).

### **Какой здоровый уровень жиров в организме и в рационе?**

Здоровый уровень жира составляет примерно 20–25% от массы тела для женщин и 10–15% для мужчин. Уровень ниже этого показателя может привести к снижению сопротивляемости болезням, слабости, раздражительности, повышенному риску переедания и снижению фертильности.

## 2Г6. Фрукты и овощи

---

### Зачем нужны фрукты и овощи?

- Фрукты и овощи содержат следующие питательные вещества.
- Витамин С — важен для защиты от инфекций.
- Каротины (растительный источник витамина А) — важны для развития клеток и хорошего зрения.
- Фолаты — витамин группы В, важны для здоровья кожи и мышц.
- Клетчатка — важна для нормальной работы кишечника.
- Немного углеводов — очень полезный источник энергии.

### Сколько нам нужно в день?

В целом, мы должны стремиться употреблять *пять порций фруктов и овощей в день*. Поскольку фрукты и овощи — очень сытные, но при этом относительно низкокалорийные, люди с низким весом могут страдать от вздутия живота и чувства сытости, если они едят чрезмерное количество фруктов и овощей. Это также может означать, что им трудно есть другие питательные продукты (например, крахмалистые углеводы и белковую пищу). Переедание фруктов и овощей может также привести к диарее или запору, в зависимости от индивидуальной ситуации и других составляющих вашего рациона. Слишком большое количество фруктов (и, возможно, овощей) в рационе может повысить риск возникновения проблем с зубами, из-за содержания в них кислоты и сахара.

### Что считается фруктами и овощами?

- Все перечисленные ниже продукты считаются фруктами и овощами.
- Свежие, замороженные и консервированные фрукты и овощи.
  - Сухофрукты.
  - Фруктовый сок (считается как одна порция в день — см. ниже — из-за высокого содержания сахара и низкого содержания клетчатки).

## Что считается порцией?

---

### Фрукты

Один средний фрукт (например, яблоко, апельсин, банан, груша)

Два небольших фрукта (например, мандарины, киви, сливы)

Половина большого фрукта (например, грейпфрут)

Небольшая горсть винограда (около 10 штук)

3 больших куска сухофрукта (например, абрикосы, чернослив, финики)

1 столовая ложка мелких сухофруктов (например, изюм)

Один небольшой стакан (100–150 мл) фруктового сока

---

### Овощи

2–4 столовые ложки приготовленных овощей (например, горох, фасоль, морковь)

Небольшая миска (глубокая) салата

1/2 большого кабачка или перца

1 средний помидор

Кусок огурца (примерно 5 см)

## 2Г7. Алкоголь

---

Организм не испытывает особую потребность в алкоголе как источнике энергии (в отличие от углеводов, белков или жиров). Кроме того, он не обеспечивает организм необходимыми питательными веществами, которые невозможно получить из других продуктов или напитков. Поэтому алкоголь — это дополнительная пища, которую нужно принимать в дополнение к основному рациону, а не вместо него.

Некоторые люди считают, что им необходимо избегать алкоголя во время восстановления. Однако если вы все же хотите употреблять алкоголь в процессе лечения, то эти материалы помогут вам правильно и безопасно употреблять его, а также предоставят информацию о физических последствиях употребления алкоголя.

### Какая рекомендуемая норма употребления алкоголя?

- До 14 единиц в неделю для женщин; и 21 единица в неделю для мужчин.
- Избегайте чрезмерного употребления, употребляйте не более 2–3 единиц в день, если вы женщина, или не более 3–4 единиц в день, если вы мужчина.
- Если за один день вы выпиваете больше указанной нормы, вам рекомендуется воздержаться от употребления алкоголя в течение нескольких дней после этого, чтобы дать печени время восстановиться.

### Рациональное употребление алкоголя во время восстановления после расстройств пищевого поведения

- Алкоголь может вызвать чувство голода (за счет снижения уровня сахара в крови). В то же время он уменьшает вашу способность контролировать свои импульсы (т.е. вам будет труднее сказать “нет”), поэтому может усилиться желание переест или перепить.
- Когда вы начнете лечение, вы можете обнаружить, что лучше избегать употребления алкоголя до тех пор, пока ваш режим питания не станет более регулярным и сбалансированным и пока вы не почувствуете, что можете полностью оценить влияние, которое



это окажет на ваш вес и аппетит. Это может занять несколько недель или несколько месяцев, поэтому рекомендуется проконсультироваться со своим лечащим врачом, чтобы решить, готовы ли вы возобновить прием алкоголя.

- Поскольку алкоголь — это дополнительная опция, и он, скорее всего, усилит чувство голода и неспособность справиться с чувством голода, то очень важно не сокращать потребление пищи, чтобы компенсировать количество выпитого алкоголя. Это будет обсуждаться в процессе лечения.

### **Влияние алкоголя на вес**

- Умеренное употребление алкоголя не приведет к резкому повышению веса, за исключением случаев, когда регулярно употребляют более калорийные напитки (например, ликеры).
- Если вы пьете сверх рекомендуемых норм (см. выше), то это с гораздо большей вероятностью приведет к увеличению вашего веса, особенно если вы употребляете алкоголь чрезмерно (со рвотой или без нее).

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

### **Образец пищевого дневника**

ДЕНЬ:

ДАТА:

Время	Количество	Еда/напиток	Переедание?	Рвота?

Мысли, чувства, события

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 4**

### **Рабочий лист для проведения поведенческого эксперимента**

<p><b>Проверяемое убеждение</b> (Оцените силу убеждения 0–100%)</p>	<p><b>Эксперимент</b> Что я сделаю, чтобы проверить убеждение? Когда я это сделаю?</p>	<p><b>Прогноз</b> Что именно, по моему мнению, произойдет? Как я узнаю, произошло это или нет? (Оцените силу убеждения 0–100%)</p>	<p><b>Альтернативный прогноз</b> Что еще может произойти? (Оцените силу убеждения 0–100%)</p>	<p><b>Выводы</b> Что произошло на самом деле? Были ли первоначальный прогноз верным?</p>	<p><b>Переоценка убеждения</b> Какова моя точка зрения сейчас? Как я оцениваю первоначальные убеждения в свете эксперимента?</p>	<p><b>План</b> Что я могу сделать еще для дальнейшей проверки убеждения?</p>

# Список литературы

1. Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1992). *Eating Disorders: The Facts, 3rd edn.* Oxford, UK: Oxford University Press.
2. Adkins, E. C. & Keel, P. K. (2005). Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders, 38*, 24–29.
3. Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T. & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1302–1308.
4. Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K. & Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 343–347.
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 715–740.
7. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
8. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993a). *Beck Depression Inventory Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
9. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993b). *Beck Anxiety Inventory Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
10. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford.
11. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* New York: Guilford.
12. Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When The Basics Don't Work.* New York: Guilford.

(Джудит С. Бек. *Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2020 г.)

13. Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.  
(Джеймс Беннетт-Левы, Джиллиан Батлер, Мелани Феннелл, Энн Хакманн, Мартина Мюллер, Дэвид Вестбрук. *Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии*. Оксфордское руководство, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)
14. Blake, W., Turnbull, S. & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 186–191.
15. Bond, F. W. (1998). Utilising case formulations in manual-based treatments. In M. Bruch & F. W. Bond, eds., *Beyond Diagnosis: Case Formulation Approaches in CBT*. Chichester, UK: Wiley, 185–206.
16. Bremner, J. D., Krystal, J. H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S. & Mazure, C. M. (1998). Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, 11, 125–136.
17. Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1–12.
18. Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. In B. Lask & R. Bryant-Waugh, eds., *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd edn. New York: Psychology Press, 25–40.
19. Butler, G. (1998). *Clinical formulation*. In A. S. Bellack & M. Hersen, eds., *Comprehensive Clinical Psychology*, Vol. 6. Oxford, UK: Pergamon, 1–24.
20. Butler, G. & Hackmann, A. (2004). Social anxiety. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook, eds., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 141–158.
21. Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
22. Carr, A. (ed.) (2000). What works with children and adolescents? *A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and Their Families*. London: Brunner-Routledge.

23. Christie, D. (2000). Cognitive-behavioural therapeutic techniques for children with eating disorders. In B. Lask & R. Bryant-Waugh, eds., *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd edn. New York: Psychology Press, 205–226.
24. Christie, D., Watkins, B. & Lask, B. (2000). Assessment. In B. Lask & R. Bryant-Waugh, eds., *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd edn. New York: Psychology Press, 105–126.
25. Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden, eds., *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. Chichester, UK: Wiley, 193–218.
26. Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier, eds., *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford, 69–93.
27. Cockell, S. J., Geller, J. & Linden, W. (2003). Decisional balance in anorexia nervosa: capitalizing on ambivalence. *European Eating Disorders Review*, 11, 75–89.
28. Coker, S., Vize, C., Wade, T. & Cooper, P. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behaviour therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 35–40.
29. Cooper, M. (1997). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 113–145.
30. Cooper, M., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A. & Tovee, M. (1997). The Eating Disorder Belief Questionnaire: preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381–388.
31. Cooper, M. J., Todd, G. & Wells, A. (2000). *Bulimia Nervosa: A Cognitive Therapy Programme for Clients*. London: Jessica Kingsley.
32. Cooper, M. J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1–16.
33. Cooper, M. J., Whitehead, L. & Boughton, N. (2004). Eating disorders. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook, eds., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 267–286.



34. Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32, 873–880.
35. Cordery, H. & Waller, G. (2006). Nutritional knowledge of health care professionals working in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 462–467.
36. Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 462–467.
37. Crisp, A. (1980). *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. New York: Grune and Stratton.
38. Department of Health (2004). *At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and Its Relationship to Health: A Report from the Chief Medical Officer*. London: Department of Health.
39. Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G. & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213–228.
40. de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
41. de Zwaan, M., Aslam, Z. & Mitchell, J. E. (2002). Research on energy expenditure in individuals with eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 127–134.
42. DiClemente, C. & Prochaska, J. O. (1998). Towards a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather, eds., *Treating Addictive Behaviours*. New York: Plenum Press, 3–24.
43. Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1–27.
44. Eisler, I., Le Grange, D. & Asen, E. (2003). Family interventions. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth, eds., *Handbook of Eating Disorders*. Chichester, UK: Wiley, 291–310.
45. Eivors, A. & Nesbitt, S. (2005). *Hunger for Understanding: A Workbook for Helping Young People to Understand and Overcome Anorexia Nervosa*. Carlsbad, CA: Gurze.

46. Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Review*, 6, 67–85.
47. Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn, eds., *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 209–241.
48. Fairburn, C. G. (2004). *CBT for Eating Disorders: Principles and Procedures*. Workshop presented in Truro, Cornwall, UK, April.
49. Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
50. Fairburn, C. G. & Cooper, P. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark, eds., *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. New York: Oxford University Press, 277–314.
51. Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
52. Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. *Lancet*, 361, 407–416.
53. Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Peveler, R. C. (1995). A prospective outcome study in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304–312.
54. Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
55. Fallon, P. & Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel, eds., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd edn. New York: Guilford, 394–414.
56. Farrell, C., Shafran, R., Lee, M. & Fairburn, C. G. (2005). Testing a brief cognitive-behavioural intervention to improve extreme shape concern: a case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 189–200.
57. Favaro, A. & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 157–165.

58. Favaro, A. & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 537–542.
59. Fennell, M. & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook, eds., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 413–430.
60. Fichter, M., Quadfleig, N. & Reif, W. (1994). Course of multiimpulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24, 591–604.
61. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Patient Edition* (SCID-I/P, Version 2.0, 4/97 revision). New York: Biometrics Research Department.
62. Foa, E., Cashman, L. & Jaycox, L. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder, the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–451.
63. Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
64. Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavior Therapy for PTSD*. New York: Guilford.
65. Food Standards Agency (2002). *McCance and Widdowson's the Composition of Foods*, 6th summary edn. Cambridge, UK: Royal Society of Chemistry.
66. Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel, eds., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd edn. New York: Guilford, 145–187.
67. Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd edn. New York: Guilford.
68. Geller, J. (2002a). What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *European Eating Disorders Review*, 10, 155–160.
69. Geller, J. (2002b). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: comparing clients, clinicians and research assessors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 251–260.

70. Geller, J. (2005). Working relationships: What level of investment is optimal for our clients? Paper presented at the London International Conference on Eating Disorders. London, UK, April.
71. Geller, J., Cockell, S. J. & Drab, D. (2001). Assessing readiness for change in anorexia nervosa: the psychometric properties of the readiness and motivation for change interview. *Psychological Assessment*, 13, 189–198.
72. Geller, J. & Drab, D. L. (1999). The Readiness and Motivation Interview: a symptom specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7, 259–278.
73. Geller, J., Williams, K. D. & Srikameswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 365–373.
74. Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273–288.
75. Gowers, S. & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 63–83.
76. Gowers, S. G., Weetman, J., Shore, A., Hossain, F. & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 138–141.
77. Graham, P. J. (ed.) (2005a). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*, 2nd edn. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
78. Graham, P. J. (2005b). Jack Tizard lecture. Cognitive behaviour therapies for children: passing fashion or here to stay? *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 57–62.
79. Gray, N., Young, K. & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: a treatment for peritraumatic emotional “hotspots” in post-traumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37–56.
80. Hall, A. (1982). Deciding to stay an anorectic. *Postgraduate Medical Journal*, 58, 641–647.

81. Halmi, K., Sunday, S. R., Klump, K. L. et al. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 308–319.
82. Hart, S., Abraham, S., Luscombe, G. & Russell, J. (2005). Fluid intake in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 55–59.
83. Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge-eating as an escape from awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
84. Herrin, M. (2003). *Nutritional Counselling in the Treatment of Eating Disorders*. Hove: Brunner-Routledge.
85. Hinrichsen, H., Garry, J. & Waller, G. (2006). Development and preliminary validation of the Testable Assumptions Questionnaire – Eating Disorders (TAQ-ED). *Eating Behaviors*, 7, 275–281.
86. Hinrichsen, H. & Waller, G. (2006). The treatment of avoidant personality disorder in patients with eating disorders. In R. A. Sansone, & J. L. Levitt (Eds.), *Personality disorders and eating disorders: Exploring the frontier*. New York: Routledge.
87. Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G. & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4, 117–126.
88. Jacob, F. (2001). *Solution Focused Recovery from Eating Distress*. London: BT Press.
89. Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique (Psychological Automatism)*. Paris: Alcan.
90. Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: the lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 123–135.
91. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. How to Cope With Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. New York: Dell Publishing.
92. Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. K., McConaha, C. W. & Bolton, B. (1993). Amount of calories retained after binge eating and vomiting. *American Journal of Psychiatry*, 150, 969–971.
93. Keller, V. F. & Kemp-White, M. (1997). Choices and changes: a new model for influencing patient health behaviour. *Journal of Clinical Outcome Management*, 4, 33–36.

94. Kellow, J. & Walton, R. (2006). *The Calorie Carb and Fat Bible*. Peterborough, UK: Weight Loss Resources.
95. Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 325–340.
96. Kennerley, H. (2000). *Overcoming Childhood Trauma*. London: Robinson.
97. Kent, A., Waller, G. & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159–167.
98. Keski-Rahkonen, A. & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 80–86.
99. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
100. Key, A., George, D., Beattie, K., Stammers, K., Lacey, H. & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185–190.
101. Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
102. Kahm, A. (1994). Recovery through nutritional counselling. In B. P. Kinoy, ed., *New Directions in Treatment and Recovery*. New York: Columbia University Press.
103. Krochmalik, A., Jones, M. K. & Menzies, R. G. (2001). Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897–912.
104. Lacey, J. H. (1986). Pathogenesis. In L. J. Downey & J. C. Malkin, eds., *Current Approaches: Bulimia Nervosa*. Southampton, UK: Duphar, 17–26.
105. Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 190–194.

106. Lara, J. J., Scott, J. A. & Lean, M. E. J. (2004). Intentional mis-reporting of food consumption and its relationship with body mass index and psychological scores in women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 33, 209–218.
107. Lask, B. (2000). Overview of management. In B. Lask & R. Bryant-Waugh, eds., *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd edn. New York: Psychology Press, 167–186.
108. Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (eds.) (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, 2nd edn. New York: Psychology Press.
109. Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford.
110. Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
111. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: Guilford.  
(Марша М. Линехан. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*, пер. с англ, ООО “Диалектика”, 2020 г.)
112. Linehan, M. M. (2001). *Dialectical behavioural therapy: Data on effectiveness*. Статья представлена на Всемирном конгрессе поведенческих и когнитивных терапевтов, Ванкувер, июль 2001 г.
113. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26.
114. Lock, J., Le Grange, D., Agras, S. & Dare, C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford.
115. Lockwood, R., Lawson, R. & Waller, G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: a role for trauma? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 247–249.
116. Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198–216.

117. Main, T. F. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 129–145.
118. Malan, D. H. (1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworth.
119. Maughan, R. J. & Griffin, J. (2003). Caffeine ingestion and fluid balance: a review. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 16, 411–420.
120. McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E. et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283–313.
121. McKisack, C. & Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 1–13.
122. McManus, F. & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 345–363.
123. Miller, W. R. (1995). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity*, Monograph Series, 2 (No 94–3723). Rockville. MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
124. Mitchell, J. E. (1991). A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 23–31.
125. Morgan, H. G. & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355–371.
126. Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors* 8, 48–58.
127. Mountford, V., Haase, A. & Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: associations between cognitions and behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 708–716.
128. Mountford, V. & Waller, G. (2006). Using imagery in cognitive behavioural therapy for the eating disorders: Tackling the restrictive mode. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 533–543.



129. Mueller, M., Hackmann, A. & Croft, A. (2004). Posttraumatic stress disorder. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook, eds., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 183–201.  
(Статья из книги Джеймса Беннетта-Леви, Джиллиан Батлер, Мелани Феннелл, Энн Хакманн, Мартины Мюллер, Дэвида Вестбрука. *Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии. Оксфордское руководство*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)
130. Murphy, S., Russell, L. & Waller, G. (2005). Integrated psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings. *European Eating Disorders Review*, 13, 383–391.
131. Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. & Iketani, T. (2000). Multiimpulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research*, 17, 239–250.
132. National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders* (Clinical Guideline 9). London: National Collaborating Centre for Mental Health.
133. Nicholls, D., Chater, R. & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317–324.
134. Norring, C. & Palmer, R. (eds.) (2005). *EDNOS: Eating Disorders Not Otherwise Specified*. London: Routledge.
135. Norris, D. L. (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14, 835–842.
136. Ogden, J. (1992). *Fat Chance! The Myth of Dieting Explained*. London: Routledge.
137. Ohanian, V. (2002). Imagery rescripting within cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa: an illustrative case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 352–357.
138. Padesky, C. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267–278.

139. Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis, ed., *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford, 266–292.
140. Persons, J. B. & Thompkins, M. A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eels, ed., *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford, 314–339.
141. Radomsky, A. S. & Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 893–913.
142. Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: a self-report measure of body checking behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324–333.
143. Reynolds, M. & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201–215.
144. Rieger, E., Touyz, S. W. & Beumont, P. (2002). The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire: information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 24–38.
145. Robin, A., Gilroy, M. & Dennis, A. B. (1998). Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 18, 421–446.
146. Rorty, M., Yager, J. & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 317–334.
147. Rosen, J. C. (1997). Cognitive behavioural body image therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel, eds., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd edn. New York: Guilford, 188–201.
148. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
149. Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M. & Bennett-Levy, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook, eds., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 21–58.

150. Royal College of Psychiatrists (2005). *Guidelines for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa (Council Report CR130)*. London, UK: Royal College of Psychiatrists.
151. Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price, ed., *Modern Trends in Psychological Medicine*. London: Butterworths, 131–164.
152. Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429–448.
153. Ryle, A. & Kerr, I. B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Chichester, UK: Wiley.
154. Safer, D. S., Telch, C. F. & Agras, W. S. (2001). Dialectical behaviour therapy adapted for bulimia: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101–106.
155. Sansone, R. A. & Fine, M. A. (1992). Borderline personality disorder as a predictor of outcome in women with eating disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 176–186.
156. Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford.
157. Serpell, L. & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 164–170.
158. Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177–186.
159. Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791.
160. Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167–179.
161. Smucker, M. R. & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63–93.
162. Stallard, P. (2002). *Think Good – Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. Chichester, UK: Wiley.

163. Stallard, P. (2005). Cognitive behaviour therapy with prepubertal children. In P. J. Graham, ed., *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*, 2nd edn. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
164. Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: acceptance through mindfulness. *Behaviour Modification*, 28, 783–811.
165. Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale: evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870–876.
166. Tanner, J. M., Whitehouse, R. M. & Takaishi, M. (1966a). Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, weight velocity: British children, 1965, I. *Archives of Disease in Childhood*, 41, 454–471.
167. Tanner, J. M., Whitehouse, R. M. & Takaishi, M. (1966b). Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, weight velocity: British children, 1965, II. *Archives of Disease in Childhood*, 41, 613–635.
168. Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N. & Ralph Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289–1314.
169. Tobin, D., Banks, J., Weissberg-Wong, L. & Bowers, W. (2005). I know what you did last summer (and it wasn't CBT). Paper presented at the Eating Disorders Research Society Meeting, Toronto, Canada, September.
170. Treasure, J. & Bauer, B. (2003). Assessment and motivation. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth, eds., *Handbook of Eating Disorders*. Chichester, UK: Wiley.
171. Treasure, J. & Ramsay, R. (1998). *Hard to Swallow: Compulsory Treatment in Eating Disorders* (Maudsley Discussion Paper No. 3, p. 20). London: Maudsley Hospital.
172. Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35–40.
173. van der Weyer, C. (2005). *Changing Diets, Changing Minds: How Food Affects Mental Well-being and Behaviour*. London: Sustain.

174. Vitousek, K. (2005). Alienating patients from the “anorexic self”: Externalization and alternative strategies. Paper presented at the Seventh London International Eating Disorders Conference, London, UK, April.
175. Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorder. *Clinical Psychology Review, 18*, 391–420.
176. Waller, G. (1993). Why do we diagnose different types of eating disorder? Arguments for a change in research and clinical practice. *Eating Disorders Review, 1*, 74–89.
177. Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive-behaviour therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 35–41.
178. Waller, G., Hamilton, K., Rose, N., Sumra, J. & Baldwin, G. (1993). Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 350–352.
179. Waller, G., Kennerley, H. & Ohanian, V. (in press). Schema-focused cognitive behaviour therapy with eating disorders. In L. P. Riso, P. T. du Toit & J. E. Young, eds., *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychiatric Disorders: A Scientist-Practitioner Guide*. New York: American Psychological Association.
180. Waller, G., Patient, E., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R. & Mountford, V. (2005). Cognitive behaviour therapy for bulimic disorders: effectiveness in non-research settings. Paper presented at the Eating Disorders Research Society Meeting, Toronto, Canada, September.
181. Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448–457.
182. Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 169*, 451–458.
183. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK: Wiley, 80–85.

184. Willoughby, K. & Hirani, V. (2005). Recovery from anorexia nervosa: a question of definition. Paper presented at the Seventh London International Eating Disorders Conference, London, UK, April.
185. Wilson, G. T. (1999). Cognitive behavioural therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 579–596.
186. Wilson, G. T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders: the evolution of manual-based cognitive behavioural therapy (CBT). In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. Linehan, eds., *Acceptance, Mindfulness and Behaviour Change*. New York: Guilford, 243–260.
187. Wilson, G. T. & Sysko, R. (2006). Cognitive behavioural therapy for adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 8–16.
188. Wurtman, J. (1989). Carbohydrate therapy for premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 161, 1228–1234.
189. Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-S)* (online). New York: Cognitive Therapy Centre (доступна на сайте: <http://www.schematherapy.com>).
190. Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*, 3rd edn. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
191. Young, J. E. & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing Your Life*. New York: Plume Publishers.
192. Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.  
(Джеффри Янг, Джанет Клоско, Марджори Вайсхаар. Схематерапия. Практическое руководство, пер. с англ, ООО “Диалектика”, 2020 г.)

Книга написана як для самих пацієнтів з розладами харчової поведінки (РХП), так і для родичів та медичних працівників (непрофесійних та професійних доглядальниць), а також для членів мультидисциплінарних команд, які доглядають та надають лікування людям з РХП. Вона призначена для всіх, хто хоче використовувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), щоб допомогти широкому колу пацієнтів як з простими, так і складнішими випадками РХП та коморбідними станами. Книга допоможе отримати кваліфікацію, достатню для надання підтримки людині з РХП та допомоги в одужанні.

---

*Науково-популярне видання*

Уоллер, Glenn, Кордері, Хелен, Корсторфін, Емма та ін.

**Когнітивно-поведінкова терапія  
розладів харчової поведінки.  
Посібник із комплексного лікування  
(Рос. мовою)**

Підписано до друку 01.12.2022. Формат 60х90/16  
Ум. друк. арк. 38,0. Обл.-вид. арк. 27,3

Видавець ТОВ “Науковий Світ”  
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.  
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.



# РУКОВОДСТВО ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

При планировании и назначении лечения очень важны хорошая клиническая оценка и формулировка. Терапевтам нужно правильно использовать лечебные навыки. Ключ к эффективному и подходящему лечению пациента — последовательная философия лечения. Врачам нужно адаптировать лечение к потребностям конкретного пациента, но оставаться при этом принципиальными. Авторы руководства определили, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) при расстройствах пищевого поведения (РПП) — это набор таких техник, которые должны помочь пациенту бросить вызов убеждениям. В этой книге описаны методы для осуществления таких вызовов. Эффективность КПТ при РПП зависит от изучения таких вопросов, как мотивация, эмоциональное состояние, физическая безопасность, режим питания и психологическая коморбидность. В этом руководстве авторы подчеркивают важность вопросов развития, физических и системных проблем в разных возрастных группах, а также соответствующей системы поддержки в виде супервизии и мультипрофильной команды специалистов. В основу развития идей, изложенных в этой книге, лег клинический опыт авторов, их коллег и пациентов, хотя это не окончательная их позиция в отношении КПТ. Ведь для когнитивно-поведенческой терапии как главной психологической терапии для лечения расстройств пищевого поведения характерен процесс изменений и развития.

## ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КНИГИ

- Полезная для пациента и членов его семьи информация о РПП
- Клинические рекомендации по диагностике и лечению
- Информация о РПП и инновационных терапевтических инструментах для врачей
- Примеры из практики
- Психообразовательные материалы для изучения и ознакомления
- Приложения с материалами для практического применения в процессе лечения

**Гленн Уоллер** — клинический психолог-консультант в Службе расстройств пищевого поведения Фонда психического здоровья Центрального и Северо-Западного Лондона на Винсент-сквер, а также приглашенный профессор психологии в Институте психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Хелен Кордери** — дипломированный диетолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия и Фонда психического здоровья больницы в Кингстоне.

**Эмма Корсторфин** — главный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Хендрик Хинрихсен** — главный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Рэйчел Лоусон** — старший клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения Южного острова, Кентерберийского районного совета здравоохранения, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Виктория Маунтфорд** — дипломированный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона, а также приглашенный научный сотрудник Института психиатрии Королевского колледжа Лондона.

**Кэти Расселл** — дипломированный клинический психолог Службы расстройств пищевого поведения больницы Святого Георгия, Фонда психического здоровья Юго-Западного Лондона.

Категория: психология

Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”

ISBN 978-617-550-070-5

