

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 КППТ 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 мини-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 таблицы¹). Возможно, пациент не теряет массу тела, но может и не набирать

¹Центильная 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 многомесечном 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 КПТ), 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 КПТ, 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 КПТ:

- 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: “Анорекия 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 подальше 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 твоем 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 7 подробнее 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 видеокамера, 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 переедать, отвергнуть 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 26.2²). 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.

²Имя 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.

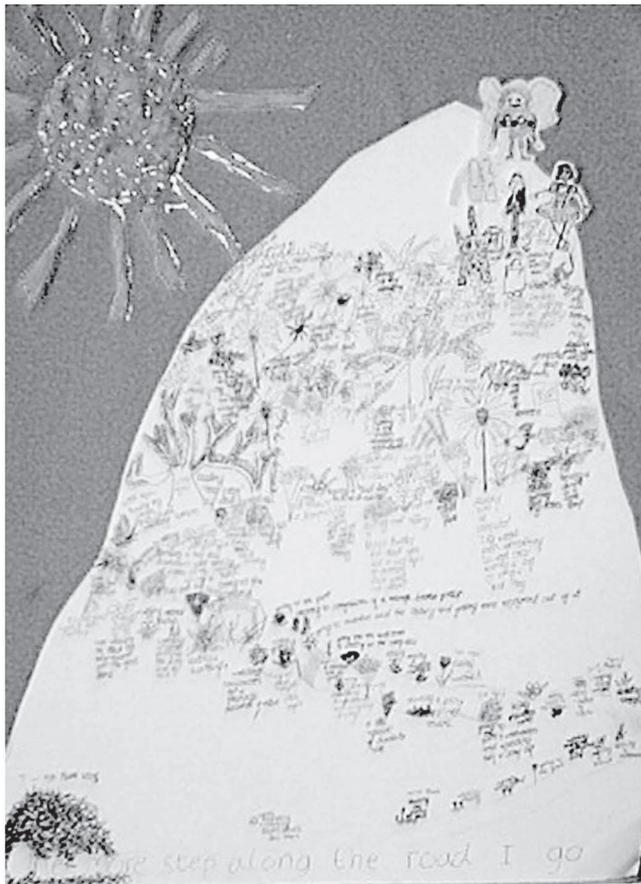


Рис. 26.1. Визуальный образ Джеммы — гора

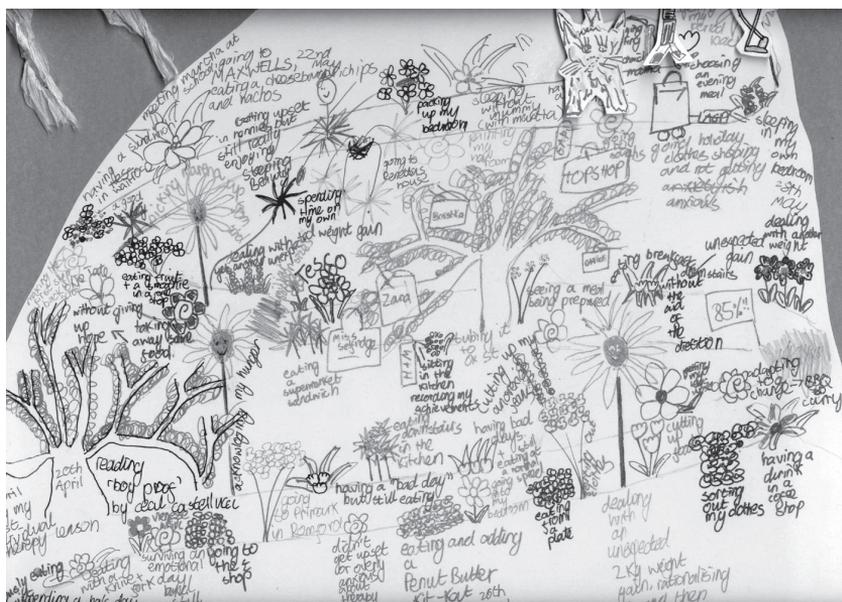


Рис. 26.2. Визуальный образ Джеммы — гора в деталях

26.6.2.3. Методы лечения РПП, не связанных с питанием, весом и фигурой

Нерациональное питание и, как следствие, физические последствия могут проявляться и при отсутствии искаженных представлений о весе, фигуре или образе тела. Это может происходить по ряду причин, о которых будет рассказано ниже.

Скрытые убеждения, связанные с питанием, весом и фигурой

Во-первых, возможно, молодой человек не способен концептуализировать и вербализовать такие убеждения из-за своих когнитивных способностей. Уровень, на который ориентированы определенные терапевтические инструменты, должен соответствовать уровню развития молодого человека. Например, Лиза, 11-летняя девочка, у которой в течение семи месяцев наблюдались симптомы ограничения питания и экстремальной потери веса, отрицала опасения по поводу прибавки массы тела. Она объясняла, что избегает жирной пищи, потому что это ее здоровый выбор. Она сказала, что хотела бы весить больше и что считает себя слишком худой. Но когда она пыталась съесть больше, то ей было плохо. Она считала, что ее сократившийся желудок не в состоянии справиться с большим количеством пищи. Она рассказывала, что

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 истощенности, 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 Миной 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 худобой 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 “попытками”). 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 нередко 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”.

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)²)

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) ¹	_____ за неделю	_____ за неделю	
Переедание (субъективное) ¹	_____ 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*	

4 Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью

Поведение	Текущая частота проявления/ возникновения	Частота проявления/ возникновения в прошлом	Комментарии (например, было ли такое поведение в прошлом; тип/ доза лекарств)
Чрезмерные физические нагрузки ²	Да / Нет*	Да / Нет*	
Компульсивные упражнения ³	Да / Нет*	Да / Нет*	
Употребление таблеток для похудения	Да / Нет*	Да / Нет*	
Другие виды очистительного поведения	Да / Нет*	Да / Нет*	

**вычеркнуть ненужное*

Примечание

¹Переедание (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.

²Чрезмерные физические нагрузки — четыре или более часов тренировок в неделю с целью похудеть.

³Компульсивные 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

Поведение	Чувство голода/сытости (указать, если были)	Социальные триггеры (указать, если были)	Эмоциональное состояние (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)

6 Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью

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

8 Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью

Другие психологические проблемы, которые вызывают ухудшение состояния (не нужна полная диагностика критериев)

Диагноз/проблема	Текущая (поставить отметку, если есть)	В прошлом (поставить отметку, если есть)	Комментарии
Тревожное расстройство			
Депрессия/низкая самооценка			
ОКР (обсессивно-компульсивное) расстройство			
Перфекционизм			
Расстройства личности			
ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)			
Диссоциативные эпизоды (амнезия, деперсонализация, дереализация, абсорбция)			
Другие			

Психологические факторы риска

Сильная депрессия? присутствует / отсутствует
(вычеркнуть ненужное)

Суицидальные мысли: присутствует / отсутствует
(вычеркнуть ненужное)

Суицидальные намерения: присутствует / отсутствует
(вычеркнуть ненужное)

Физические факторы риска

Потенциальный риск для окружающих?

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

12 Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью

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 делает 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 свыше 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"> • урчание в животе; • ощущение пустоты; • озабоченность едой; • плохая концентрация; • раздражительность, если прием пищи откладывается. | } | <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.

2A5. 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	Молоко Сыры Йогурт Творог Обогащенные кальцием 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/сушарки 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 г рушы 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.

Передача

Во время ограничительной фазы эксперимента все добровольцы сообщили, что чувствуют себя более голодными. Некоторые, как оказалось, могли переносить это достаточно хорошо. У других это вызывало 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"> • Уменьшение размера/объема желудка, что приводит к ощущению сытости при меньшем количестве пищи, чем обычно • Запор • Ощущение вздутия живота • Боль в животе 	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
Фертильность	<ul style="list-style-type: none"> • Нерегулярные/отсутствующие менструации • Снижение фертильности или бесплодие • При наступлении беременности плод подвергается риску как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, если мать питается недостаточно 	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

Продолжение таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Результаты анализа крови	<ul style="list-style-type: none"> • Низкий уровень сахара приводит к повышенному риску переедания и плохой концентрации внимания • Анемия • Повышенный риск серьезных инфекций • Повышение уровня холестерина 	<ul style="list-style-type: none"> • Низкий уровень сахара в крови, вызванный недостатком углеводов, посылает мощный сигнал мозгу, побуждая организм потреблять необходимую пищу • Анемия может быть вызвана низким потреблением железа • Уровень белых кровяных телец — передовая линия защиты от инфекций. При недостатке пищи не хватает энергии и белка для производства этих клеток • Причина высокого уровня холестерина неясна, но она может быть связана с нарушением выведения холестерина из организма
Толерантность к холоду	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение чувствительности к экстремальным температурам • Онемение/холод конечностей (пальцы ног, пальцы рук и нос) • Рост волос на лице и спине (лануго) 	<ul style="list-style-type: none"> • Низкий уровень жира в организме снижает способность справляться с перепадами температур • Приток крови к органам (сердцу, почкам, печени и т.д.) является приоритетным, что вызывает низкий приток крови к конечностям • Лануго — это один из способов, с помощью которого организм согревается

Продолжение таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Сердечно-сосудистая система, кровообращение	<ul style="list-style-type: none"> • Низкое кровяное давление приводит к головокружению и обморокам • Медленный пульс • Нерегулярное сердцебиение (мерцательная аритмия) • Опухшие ступни и лодыжки (отеки) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Здоровье костей	<ul style="list-style-type: none"> • Хрупкие кости (остеопороз) • Недостижение оптимальной пиковой костной массы в зрелом возрасте (повышает риск развития остеопороза в более позднем возрасте) 	<ul style="list-style-type: none"> • Основная причина — низкий уровень эстрогена у женщин (когда прекращаются менструации) или тестостерона у мужчин. В результате кости теряют прочность. • Пик костной массы достигается в молодом возрасте именно тогда, когда у большинства людей развивается анорексия. • Здоровье костей — это одна из областей, где последствия анорексии могут быть необратимыми, хотя их всегда можно улучшить

Продолжение таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Здоровье зубов	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемы с деснами — рецессия десен, кровоточивость и слабость • <i>Постоянная</i> эрозия зубов 	<ul style="list-style-type: none"> • Потеря веса и недостаток витаминов и минералов могут вызвать заболевание десен • Высокое потребление кислой пищи (например, фрукты, напитки, приправы, такие как уксус) может вызвать проблемы с зубами
Эмоциональная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • Раздражительность • Депрессия • Плохая концентрация • Чувство изоляции • Усталость и истощение • Тревога • Постоянные мысли о еде 	<ul style="list-style-type: none"> • Эти реакции возникают по двум причинам. • Чтобы сохранить энергию мы склонны делать меньше, когда подавлены • Беспокойство и мысли о еде могут увеличить вероятность того, что мы выйдем из дома и будем искать пищу, чтобы поесть
Функция мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> • Инфекции почек • Плохой контроль мочевого пузыря 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Окончание таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Мышечная функция	<ul style="list-style-type: none"> Мышечное истощение и слабость 	<ul style="list-style-type: none"> При недостатке пищи организм разрушает мышцы для получения энергии (особенно углеводов)
Другое	<ul style="list-style-type: none"> Плохой сон 	<ul style="list-style-type: none"> Нарушенный режим сна — общеизвестный результат потери веса

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.

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Дисбаланс солей в организме (электролиты — натрий, калий и хлориды)	<ul style="list-style-type: none"> • Нерегулярное сердцебиение/пульс • Нерегулярное сердцебиение (сердечная аритмия) или сердечная недостаточность • Судороги • Обезвоживание (приводит к головокружению и обморокам) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Отек (припухлость) лодыжек и ног	<ul style="list-style-type: none"> • Опухшие лодыжки и ноги 	<ul style="list-style-type: none"> • Внезапное прекращение рвоты и/или слабительных средств вызывает повторную гидратацию организма (см. выше) • Обычно это проходит к 10-му дню • В этот период важно нормально пить

Продолжение таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Проблемы в ротовой полости	<ul style="list-style-type: none"> • Опухшие слюнные железы (из-за чего лицо выглядит “жирным”) • Эрозия зубной эмали и, возможно, самого зуба • Частый и сильно распространенный кариес • Повышенная чувствительность к горячему и холодному • Боль в горле/затрудненное глотание • Кислотный рефлюкс • Хроническое срыгивание 	<ul style="list-style-type: none"> • Желудочная кислота, которая попадает в полость рта, вызывает раздражение чувствительных тканей во рту, на языке и в горле. Способствует гипертрофии слюнных желез • Кислота также воздействует на все зубы, а не только на один или два, как они обычно поражаются при кариесе
Желудочно-кишечный тракт (кишечник) — верхняя часть кишечника (желудок и тонкая кишка)	<ul style="list-style-type: none"> • Разрыв пищевода и/или желудка (обычно со смертельным исходом) • Вздутие и боль в животе • Нарушение тонуса стенок • Кровотечение в пищеводе • Панкреатит (воспаление поджелудочной железы) 	<ul style="list-style-type: none"> • Длительная рвота часто приводит к ослаблению слизистой оболочки в верхней части желудка. Это означает, что кислота вызывает язвы • Кровотечение, вызванное физической травмой при рвоте, требует медицинской оценки

Окончание таблицы

Затронутый вследствие РПП орган/система	Общие симптомы	Почему они возникают?
Желудочно-кишечный тракт (кишечник) — нижний отдел (толстый кишечник)	<ul style="list-style-type: none"> • Поврежденная толстая кишка • Хронические запоры/запор каловых масс • Пилеи (включая кровотечение) • Пропалс кишечника 	<ul style="list-style-type: none"> • Постоянное использование стимулирующих слабительных средств может привести к нарушению нормального прохождения пищи по кишечнику (перистальтики). Это приводит к запорам и, возможно, к образованию скоплений • Выпадение кишечника может произойти из-за слабости тазовых мышц
Глаза/лицо	<ul style="list-style-type: none"> • Кровоизлияния в конъюнктиву • На лице могут появиться небольшие красные пятна 	<ul style="list-style-type: none"> • Напряжение при рвоте вызывает кровоизлияние в глазах и на коже лица, которое проходит после прекращения рвоты
Инфекции почек и мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> • Боль при мочеиспускании • Гной/кровь в моче 	<ul style="list-style-type: none"> • Обезвоживание повышает риск инфекции • Загрязнение мочевыводящих путей фекалиями (часто встречается при диарее)
Легкие	<ul style="list-style-type: none"> • Легочные инфекции, пневмония 	<ul style="list-style-type: none"> • Капельки рвоты могут попасть в легкие • Кислота может обжечь легкие • Бактерии могут вызвать инфекцию

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 потребуются 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 2Б3, 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 пищеварительном тракте:

- 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 Дульколак.

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 гипомагниемия. 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.
- Сопротивление 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 PMO). 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 избегать 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 *этом* 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 бесильным, 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, повергает 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 переизбытка, 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 нормального 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).

	Факторы, которые могут повлиять на показатели	Среднестатистическая энергетическая потребность
Физическая активность	Интенсивность деятельности	15–30%/300–600 ккал
	Продолжительность деятельности	
	Вес	
Пищеварение/переваривание пищи	Количество пищи	10%/200 ккал
	Состав рациона	
	Генетические данные	
Уровень основного обмена (метаболизм)	Процентное соотношение 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 куса 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	Передавание?	Рвота?

Мысли, чувства, события

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Рабочий лист для проведения поведенческого эксперимента

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-Леви, 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.)