

Содержание

| | |
|--|----|
| Предисловие | 14 |
| Вступительное слово | 17 |
| Благодарности | 19 |
| От издательства | 22 |
| Глава 1. Что такое ИОРПП | 23 |
| Определение | 23 |
| Распространенность заболевания | 27 |
| Отличие от классических расстройств пищевого поведения | 29 |
| Этиология (причина болезни) | 34 |
| Глава 2. Обзор существующих методов лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения и тревожных расстройств | 39 |
| Расстройства приема пищи у детей | 39 |
| Расстройства пищевого поведения | 45 |
| Тревожные расстройства | 49 |
| Необходимость в принципиально новом подходе | 55 |
| Глава 3. Оценка ИОРПП | 57 |
| Оценка психопатологии ИОРПП | 57 |
| Оценка медицинских последствий ИОРПП | 64 |
| Использование результатов обследования для создания плана лечения | 69 |

| | |
|--|-----|
| Глава 4. Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП | 71 |
| Формулировка сенсорной чувствительности | 72 |
| Формулировка страха неприятных последствий | 78 |
| Формулировка откровенного отсутствия интереса к приему пищи | 80 |
| Комбинирование всех элементов | 82 |
| Глава 5. Обзор КПТ-ИОРПП | 85 |
| Индивидуальный и семейный формат | 85 |
| Четыре этапа КПТ-ИОРПП | 89 |
| Изменение длительности лечения | 91 |
| План стандартной сессии КПТ-ИОРПП | 93 |
| Цели терапии в рамках КПТ-ИОРПП | 94 |
| Стиль поведения терапевта | 97 |
| Вывод | 98 |
| Глава 6. Первый этап: психообразование и ранние изменения | 101 |
| Первая сессия первого этапа | 101 |
| Вторая сессия первого этапа | 120 |
| Третья сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела) | 133 |
| Четвертая сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела) | 137 |
| Решение основных проблем, возникающих на первом этапе | 139 |
| Перечень контрольных показателей для перехода ко второму этапу | 141 |

| | |
|--|-----|
| Глава 7. Второй этап: создание плана лечения | 143 |
| Первая сессия второго этапа | 143 |
| Вторая сессия второго этапа | 149 |
| Решение основных проблем, возникающих на втором этапе | 165 |
| Перечень контрольных показателей для перехода к третьему этапу | 167 |
| Глава 8. Третий этап: работа с поддерживающими механизмами в порядке приоритета | 169 |
| Продолжение набора веса на третьем этапе (только для пациентов с дефицитом массы тела) | 170 |
| Поддерживающий механизм № 1: сенсорная чувствительность | 172 |
| Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия первая | 172 |
| Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия вторая | 179 |
| Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, последующие сессии | 184 |
| Поддерживающий механизм № 2: страх неприятных последствий | 199 |
| Третий этап, модуль страха неприятных последствий, сессия первая | 199 |
| Третий этап, модуль страха неприятных последствий, последующие сессии | 207 |
| Поддерживающий механизм № 3: заметное отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом | 210 |
| Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, сессия первая | 210 |

| | |
|---|-----|
| Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, последующие сессии | 220 |
| Решение основных проблем, возникающих на третьем этапе | 222 |
| Перечень контрольных показателей, необходимых для перехода к четвертому этапу | 225 |
| Глава 9. Четвертый этап: предотвращение рецидивов заболевания | 227 |
| Первая сессия четвертого этапа | 227 |
| Вторая сессия четвертого этапа | 241 |
| Решение основных проблем, возникающих на четвертом этапе | 245 |
| Глава 10. Описание случаев использования КПТ-ИОРПП на практике | 247 |
| Случай № 1. Одиннадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью (семейный формат КПТ-ИОРПП) | 247 |
| Случай № 2. Тринадцатилетний пациент с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и недостаточной массой тела (семейный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии) | 253 |
| Случай № 3. Шестнадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом, сопутствующим компульсивным перееданием и ожирением (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии) | 261 |

| | |
|--|-----|
| Случай № 4. Двадцатилетний пациент со страхом неприятных последствий, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и дефицитом массы тела (семейный формат КПТ-ИОРПП) | 270 |
| Случай № 5. Тридцатидвухлетний пациент с сенсорной чувствительностью (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) | 278 |
| Глава 11. Выводы и дальнейшие рекомендации | 285 |
| Приложение 1. Оценка компетентности в КПТ-ИОРПП | 291 |
| Приложение 2. Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: оценка от сессии к сессии | 294 |

Обзор существующих методов лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения, и тревожных расстройств

Если рассматривать ИОРПП с клинической точки зрения, это заболевание имеет общие черты с расстройствами приема пищи у детей и классическими расстройствами пищевого поведения, а также с тревожными расстройствами. Поскольку существует доказательная база, говорящая об эффективности психотерапии в лечении этих расстройств, логичным будет предположить, что когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительно-го расстройства приема пищи впитала в себя основные принципы и отдельные техники лечения как расстройств пищевого поведения, так и тревожных расстройств (табл. 2.1).

Однако в связи с тем, что ИОРПП — это относительно новое и довольно сложное заболевание, существуют важные ограничения относительно применения существующих моделей терапии. Ниже мы приводим научно обоснованные методы лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения и тревожных расстройств, обсуждаем потенциал их применения в лечении ИОРПП и подчеркиваем сложности в их адаптации, порождающие необходимость в принципиально новом подходе (т.е. КПТ-ИОРПП).

Расстройства приема пищи у детей

Поскольку ИОРПП является новой формулировкой расстройства приема пищи у младенцев и маленьких детей, действенные техники увеличения объема и разнообразия поглощаемой пищи, используемые в лечении детей этой диагностической группы, могут быть применимы и к детям, страдающим от ИОРПП. Существует множество разнообразных методов лечения расстройств приема

Таблица 2.1. Существующие методики лечения, из которых КПТ-ИОРПП позаимствовала принципы и техники

| Название расстройства | Методика лечения | Принципы и техники, позаимствованные КПТ-ИОРПП |
|----------------------------------|--|--|
| Расстройства приема пищи у детей | ПАП (прикладной анализ поведения) | Управление обуславливающими последствиями Позитивное подкрепление Контроль стимулов (т.е. уменьшение требований относительно размеров порции еды, поглощенной за один укус) |
| | СД (систематическая десенсибилизация) | Градуированная экспозиция с незнакомыми ранее продуктами питания (посмотреть, потрогать, понюхать и только после этого попробовать) Множественная экспозиция с целью усиления привлекательности |
| Расстройства пищевого поведения | КПТ расстройств пищевого поведения (КПТ-РПП) | Психообразование касательно побочных эффектов недостатка массы тела Длительное лечение пациентов с недостатком массы тела Самоконтроль приема пищи Регулярное питание Когнитивно-поведенческая формулировка случая Планирование мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов |
| | Терапия нервной анорексии, основанная на семье | Родительское управление процессом восстановления недостатка питательных веществ и контроль основных приемов пищи и перекусов (для детей с недостаточной массой тела) Семейные приемы пищи (для детей с недостаточной массой тела) |
| Тревожные расстройства | КПТ специфической фобии | Психообразование о неэффективности реакций избегания в снижении уровня тревоги в долгосрочной перспективе Составление иерархии страхов и избегания Экспозиция с вызывающими страх внешними стимулами Самооценка по шкале субъективного дистресса (СШД) |
| | КПТ панического расстройства | Психообразование о повышенной восприимчивости к внутренним стимулам Экспозиция с вызывающими страх внутренними стимулами Самооценка по шкале субъективного дистресса (СШД) |

пищи у детей, но их все можно разделить на две группы: поведенческую терапию и техники систематической десенсibilизации в игровой форме.

Существующие подходы. Поведенческая терапия — это единственная методика лечения расстройств приема пищи у детей с экспериментально доказанной эффективностью [Lukens & Silverman, 2014; Sharp et al., 2010]. Большинство научных работ, посвященных изучению способов лечения расстройств приема пищи у детей, либо базируются на одном индивидуальном случае [Sharp et al., 2010], либо не являются рандомизированными исследованиями [Lukens & Silverman, 2014].

Типичные способы лечения, основанные на прикладном анализе поведения (ПАП), включают в себя методики, направленные на погашение нежелательного поведения, дифференциальное подкрепление, обогащение среды и контроль стимулов [Sharp et al., 2010; Williams & Foxx, 2001; Williams & Seiverling, 2016]. Методики, наиболее часто встречающиеся в научных публикациях, представляют собой комбинацию вышеперечисленных техник.

Суть методик, направленных на погашение нежелательного поведения, состоит во введении разумных требований касательно кормления, оставляя без внимания проблемное поведение. Например, ребенок отказывается от какой-либо еды, плачет и зажимает рот во время приема пищи. В этом случае терапевт может попробовать поднести ложку ко рту пациента и держать ее там до тех пор, пока пациент не откроет рот и не съест хотя бы кусочек. Используя методики дифференциального подкрепления, терапевт подкрепляет положительное пищевое поведение (например, предоставляя словесное или материальное вознаграждение за съеденный кусочек) и игнорирует нежелательное поведение (если ребенок зажимает рот, давится, выплевывает пищу). Чтобы обогатить среду в которой происходит прием пищи, терапевт может предоставить безусловный доступ к предметам, предпочитаемым пациентом (книги, игрушки, телевидение), на все время кормления, вне зависимости от пищевого поведения пациента. А контроль стимулов подразумевает под собой снижение требований к кормлению с целью сделать принятие пищи более вероятным, например предлагая пюре вместо

твердой формы той же пищи или очень маленькие порции незнакомых продуктов. И, конечно, почти все стратегии лечения педиатрических расстройств кормления включают в себя обучение родителей с целью обеспечить наличие всех необходимых навыков кормления не только в клинике, но и дома.

Систематическая десенсибилизация в игровой форме — это еще одна техника, которая часто применяется в клинической практике. Подход последовательного орального сенсорного анализа (SOS) [Toomey, Ross & Kortsha, 2014] является примером подобной техники. Несмотря на то что SOS включает в себя элементы поведенческой и логопедической терапии, а также эрготерапии, в основе этой методики лежит использование игры для систематической десенсибилизации к новой пище и, соответственно, снижения уровня тревоги.

Используя SOS, терапевт предоставляет ребенку широкий выбор пищевых продуктов, не предлагая при этом сразу же есть их. Для начала пациенту предлагается поиграть с едой и исследовать ее при помощи органов чувств: посмотреть на еду, потрогать ее, понюхать, облизнуть и, наконец, попробовать, сохраняя именно такую последовательность действий [Toomey et al., 2014]. Например, терапевт может сделать вид, что кусочек яблока — это грузовик. Для начала он может играть самостоятельно, передвигая яблоко по столу и, когда ребенок начнет проявлять интерес, терапевт может приблизить яблоко к руке ребенка. Когда ребенок будет комфортно чувствовать себя, тактильно изучая яблоко, оно может превратиться в самолет, с жужжанием летающий вокруг головы пациента, подлетая все ближе к его носу и рту. Этот подход дает надежду, что, к тому моменту, когда еда будет находиться достаточно близко ко рту пациента, он будет чувствовать себя достаточно комфортно рядом с новым продуктом питания и будет испытывать возрастающее желание понюхать, лизнуть или попробовать его.

В отличие от строго поведенческой методики, при использовании этого подхода, в котором ребенку отводится ведущая роль, требования во время кормления являются не столь ярко выраженными. Другими словами, терапевт, использующий SOS, не применяет прямого давления и вместо этого следует за инициативой ребенка в его готовности откусить кусочек еды. Одно из исследований показало,

что систематическая десенсибилизация является настолько же эффективной, как и методика оперантного обусловливания в повышении уровня принятия новых продуктов питания детьми с чрезмерной избирательностью в питании [Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015]. Однако другие элементы SOS, такие как игровые техники, эрготерапия и логопедическое лечение, тоже часто используются медицинским сообществом, несмотря на то, что они не настолько хорошо изучены в сравнении с поведенческими методами лечения [Lukens & Silverman, 2014; Sharp et al., 2014].

Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП. Другие исследовательские группы делятся описанием историй болезни и исследованием серии случаев применения методик управления последствиями [Murphy & Zlomke, 2016; Nicholls et al., 2001] и систематической десенсибилизации [Nicholls et al., 2001; Zucker, Covington & Petry, 2015] в лечении ИОРПП и схожих расстройств. Во время разработки КПТ-ИОРПП мы позаимствовали некоторые техники из прикладного анализа поведения, включая управление обуславливающими последствиями (например, пациент получает вознаграждение в том случае, если согласится взаимодействовать с новым продуктом), дифференциальное подкрепление (похвала пациенту в том случае, если он попробовал новый продукт) и контроль стимулов (например, позволять пациенту пробовать маленькие порции при первом знакомстве с новыми продуктами). Мы также применяем систематическую десенсибилизацию при введении незнакомых пищевых продуктов (зрение, осязание, обоняние, вкус) и многократную предложение новых продуктов с целью увеличения привлекательности пищи [подобно Zucker et al., 2015 и Toomey et al., 2014].

Мнение специалистов касательно лечения расстройств пищевого поведения у детей не лишено расхождения во взглядах, особенно в том, что касается необходимого уровня давления, которые терапевт или родители должны оказывать на ребенка с целью изменить его пищевое поведение. В то время как большинство поведенческих методик используют многократное предложение продуктов, которые ребенок не любит, и позитивное подкрепление процесса поглощения пищи, некоторые клиницисты считают, что родители не должны

заставлять своих детей есть, так как это может негативным образом сказаться на отношениях детей и родителей и привести к тому, что ребенок будет и дальше отказываться от пищи [Rozwell, McGothlin & Morris, 2015; Satter, 1987]. Наш взгляд на эту проблему, отраженный в КПТ-ИОРПП, состоит в том, что, хотя мягкий подход без ожидания определенного поведения и применяется для работы с нормально развивающимися детьми, ИОРПП — это психиатрическое расстройство, которое в большинстве случаев требует интенсивных интервенций с целью изменения пищевого поведения и укоренившихся пищевых привычек, которые оказывают пагубное влияние на здоровье, а иногда и представляют угрозу для жизни пациента.

Ограничения в использовании применительно к ИОРПП. Существуют определенные ограничения в том, что касается использования методик лечения расстройств приема пищи у детей в терапии ИОРПП. Эти ограничения наиболее ярко выражены в случае с расстройствами пищевого поведения у младенцев, а также детей дошкольного и дошкольного возраста [Benoit et al., 2000; Byars et al., 2003; Chatoor, 2009; Cooke & Webber, 2015; Grer et al., 2007; Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015; Paul et al., 2007; Pizzo et al., 2009; Toomey, 2014; Williams et al., 2008]. Методики для работы с маленькими детьми зачастую включают в себя техники, которые уже не могут быть успешно применены в случаях расстройств пищевого поведения у детей среднего школьного возраста, подростков и взрослых. Например, методика, при которой необходимо держать ложку у рта пациента, подразумевает, что родитель или опекун непосредственно физически кормит пациента. Подобно этому большинство видов вознаграждения, которые используются во многих программах управления условливающими последствиями при лечении расстройств приема пищи у детей (например, наклейки, дополнительное время для игр), не являются привлекательными для подростков и взрослых. Также стоит упомянуть, что стратегии лечения расстройств приема пищи у детей в большинстве своем являются строго поведенческими и не обращаются к когнитивным искажениям, которые могут являться причиной избегающего или ограничительного пищевого поведения у пациентов когнитивно более зрелых.

Расстройства пищевого поведения

Классические расстройства пищевого поведения, такие как нервная анорексия и нервная булимия, имеют очевидную схожесть с ИОРПП, особенно в том, что касается ограничительного пищевого поведения и — в большинстве случаев — недостаточной массы тела. Наиболее изученными методиками лечения расстройств пищевого поведения с богатой доказательной базой являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [Fairburn, 2008; Waller et al., 2007] для лечения подростков и взрослых с нервной булимией, компульсивным перееданием и другими расстройствами пищевого поведения без дополнительных диагностических указаний или приема пищи, и терапия, основанная на семье (FBT) для лечения детей и подростков с нервной анорексией [Lock & Le Grange, 2015].

Существующие подходы. Пожалуй, наиболее известной формой КПТ с последовательным описанием шагов является усиленная когнитивно-поведенческая терапия (УКПТ), предложенная Фейрберном [Fairburn, 2008]. УКПТ включает в себя четыре этапа, состоящие из 20 сессий (количество сессий может быть увеличено до 40 в случаях с пациентами с недостаточной массой тела).

На первом этапе пациента направляют на терапию, проводя психообразовательные мероприятия относительно связи, существующей между диетическими ограничениями и компульсивным перееданием, неэффективности компенсаторного поведения в предотвращении усвоения калорий из пищи и предсказуемых психологических и физических последствий приема недостаточного количества пищи. Терапевт просит пациента самостоятельно контролировать все приемы пищи, при этом отдавая себе отчет в своих мыслях и чувствах. Это необходимо для того, чтобы определить существующие паттерны пищевого поведения. Основываясь на результатах этого самоконтроля, терапевт может создать индивидуальную формулировку, которая определяет механизмы, поддерживающие расстройство пищевого поведения, а также сферы, в которых необходимо произвести определенные интервенции. После этого терапевт составляет расписание регулярных приемов пищи с целью предотвращения у пациента настолько сильного чувства голода, что эпизод компульсивного переедания станет неизбежным. Еще одна

цель индивидуального плана питания — увеличить количество потребляемых калорий в том случае, если у пациента наблюдается недостаток массы тела.

На втором этапе пациент и терапевт оценивают прогресс на данный момент времени, определяют существующие препятствия на пути к выздоровлению и выбирают, с какими механизмами, поддерживающими расстройство пищевого поведения, будут работать на третьем этапе.

В течение всего третьего этапа терапевт внедряет программы, подобранные индивидуально в соответствии с особенностями и потребностями каждого отдельного пациента. Например, если для пациента является характерной озабоченность весом и фигурой, терапевт помогает пациенту определить другие сферы жизни, о которых он не может позаботиться должным образом из-за своего расстройства пищевого поведения, и воодушевить пациента на то, чтобы он начал уделять этим сферам больше внимания. Если пациент постоянно взвешивается или измеряет объемы тела, терапевт помогает ему уменьшить частоту этих действий. В зависимости от индивидуальных проявлений расстройства пищевого поведения у пациента, терапевт также может предложить ему поработать с перфекционизмом, перепадами настроения, низкой самооценкой и/или сложностями в межличностных отношениях.

На четвертом этапе пациент сфокусирован на том, чтобы предотвратить рецидив заболевания. Этот этап также включает в себя создание планов на будущее.

Другие виды КПТ расстройств пищевого поведения содержат похожие методики и техники [Waller et al., 2007]. Терапия, основанная на семье, — подход в лечении нервной анорексии у подростков с наибольшей доказанной эффективностью [Lock & Le Grange, 2015]. Этот вид терапии основывается на предположении, что молодые люди не способны самостоятельно контролировать свои симптомы, а значит, родительский контроль в питании является жизненно необходимым. Терапия, основанная на семье, включает в себя три этапа из более чем 20 сессий.

На первом этапе терапевт делает все, чтобы донести до пациента и его родителей всю серьезность нервной анорексии и сложность

восстановления, а также организовывает семейный обед в рамках сессии, в ходе которого обучает родителей техникам, при помощи которых они могут мягко убедить своего ребенка съесть больше пищи. Терапевт просит родителей контролировать все приемы пищи и перекусы ребенка на этом этапе, чтобы убедиться, что пациент поглощает достаточно калорий для восстановления здорового веса. На протяжении оставшейся части первого этапа терапевт помогает родителям отделить болезнь от пациента (т.е. определить границу между здоровой частью психики пациента и нервной анорексией), уменьшая количество критики, направленной в сторону ребенка, и поддерживая дальнейший набор веса.

Когда вес пациента достигает здоровой отметки, терапевт переходит ко второму этапу. На этом этапе родители могут немного поэкспериментировать с тем, чтобы вернуть пациенту некоторую долю контроля над его питанием (например, позволять ему самостоятельно накладывать пищу в свою тарелку, перекусывать без родительского надзора).

И наконец, на третьем этапе терапевт помогает определить, какие пробелы в развитии были допущены в связи с расстройством пищевого поведения, а также помогает пациенту вернуться к нормальному развитию (например, начать ходить на свидания, уехать учиться в другой город).

Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП. Так как ИОРПП и другие расстройства пищевого поведения во многом схожи, некоторые практикующие специалисты описывают использование таких техник, как психообразование относительно последствий дефицита массы тела [Lesser et al., 2017], а также самоконтроль потребляемой пищи и сопутствующих мыслей и чувств [Nicholls et al., 2001] в терапии ИОРПП. Терапия, основанная на семье, также была адаптирована для лечения пациентов с избегающим или ограничительным пищевым поведением [Fitzpatrick et al., 2015; Lesser et al., 2017; Murray et al., 2013; Ornstein et al., 2017; Rhodes, Prunty & Madden, 2009]. Однако применение этих методик было описано только в историях болезни, сериях случаев и ретроспективном анализе медицинских карт, и на данный момент не существует опубликованных руководств по их использованию.

КПТ-ИОРПП включает в себя некоторые принципы и техники, позаимствованные из научно-обоснованных методик терапии расстройств пищевого поведения. Из УКПТ КПТ-ИОРПП позаимствовала психообразование о последствиях недостаточной массы тела, самоконтроль количества потребляемой пищи, создание индивидуального плана, регулярное питание, более длительное лечение для пациентов с недостаточной массой тела, а также планирование, направленное на предотвращение рецидивов. КПТ-ИОРПП также схожа с УКПТ в том, что обе эти методики являются универсальными и разработаны для лечения разнообразных групп пациентов в силу того, что терапевт (на третьем этапе) выбирает методики и техники, наиболее подходящие под индивидуальные потребности каждого отдельно взятого пациента.

Из терапии, основанной на семье, КПТ-ИОРПП позаимствовала родительский контроль над питанием, надзор над приемами пищи и перекусами, а также проведение семейных приемов пищи в случае с пациентами с недостаточной массой тела. Более того, подобно терапии, основанной на семье, КПТ-ИОРПП в сочетании с внутрисемейным контролем призывает всех членов семьи объединиться ради победы над болезнью. При лечении нервной анорексии участие всей семьи является чрезвычайно важным в силу эгосинтонической природы ограничений в питании. Несмотря на то что ИОРПП по своей природе является не настолько эгосинтоническим, как нервная анорексия, участие всей семьи в процессе терапии ИОРПП является настолько же важным. К такому выводу позволяет прийти тот факт, что молодым людям с ИОРПП зачастую недостает понимания того, что их пищевое поведение является проблемным, и, соответственно, они имеют низкую мотивацию к изменению пищевых паттернов.

Ограничения в использовании применительно к ИОРПП. В силу важных различий между ИОРПП и классическими расстройствами пищевого поведения, невозможно применить существующие методики без значительной модификации. Идея, лежащая в основе УКПТ, состоит в том, что основной психопатологией расстройств пищевого поведения является чрезмерная озабоченность весом и фигурой в определении самооценности. Так как при ИОРПП проблемы с образом тела отсутствуют, большинство действий, совершаемых на третьем этапе

УКПТ, являются неприменимыми в лечении данного заболевания. Например, нет необходимости оценивать частоту измерения объемов тела или проследить взаимосвязь между нарушением диетических правил и изменениями веса пациента, так как озабоченность фигурой и весом у людей с ИОРПП не выходит за границы нормы.

Подобно этому, невозможно использовать терапию, основанную на семье в случае с ИОРПП без значительной модификации. Главная задача терапии, основанной на семье — это набор веса, но далеко не все пациенты с ИОРПП имеют дефицит массы тела. Даже если масса тела пациента является недостаточной, принципы использования этой методики при нервной анорексии и ИОРПП будут различаться. В лечении нервной анорексии терапевт должен провести пациента и его родителей через настоящий кризис, детально описывая то, как стремительная потеря веса может привести к смерти от голода. В случае с ИОРПП пациенты зачастую имеют хронически низкую массу тела, а значит, подобные действия терапевта теряют свою необходимость. В лечении пациентов с ИОРПП с недостаточной массой тела терапевт должен сосредоточить внимание на наборе веса, а не на его восстановлении, проводя дополнительные психологические мероприятия и объясняя родителям, что их участие в процессе лечения является необходимым для достижения успеха.

И последняя отличительная черта — это то, что терапия, основанная на семье, фокусируется на увеличении объема поглощаемой пищи, а не на ее разнообразии. Когда подросток страдает от нервной анорексии, родители помогают ему набрать вес, увеличивая размер порции тех высококалорийных продуктов, которые были ранее приняты пациентом. В отличие от этого, при ИОРПП можно достичь набора веса, увеличивая объем высококалорийной пищи, предпочитаемой пациентом. Но все же зачастую присутствует необходимость введения новых продуктов питания для достижения необходимого пищевого разнообразия.

Тревожные расстройства

Для тревожных расстройств характерными являются чрезмерный страх или предчувствие будущей угрозы. При ИОРПП ограничение

или избегание определенных продуктов также зачастую связано с тревогой. В этом ИОРПП схоже со специфическими фобиями, посттравматическим стрессовым расстройством и паническим расстройством. Пациенты с сенсорной чувствительностью жалуются на боязнь незнакомых продуктов и переживают, что новая пища вызовет у них отвращение. Пациенты со страхом неприятных последствий предчувствуют, что акт приема пищи станет причиной травмирующей ситуации. В случае с ИОРПП, особенно когда пациент проявляет отсутствие интереса к приему пищи, или к пище как таковой, у пациентов наблюдается чрезмерная чувствительность к физическим ощущениям (например, чувство сытости), которые они зачастую воспринимают как неприятные или даже потенциально опасные.

Нормальной реакцией на тревогу является избегание стимула, провоцирующего эту тревогу. Избегание позволяет достичь чувства облегчения за короткое время, просто убрав стимул, порождающий страх, но может усилить тревогу в долгосрочной перспективе. Немедленное снижение уровня тревоги, следующее за избеганием, поддерживает избегающее поведение. В конечном итоге, это не позволяет человеку встретиться лицом к лицу со своим страхом и либо опровергнуть опасения, либо научиться справляться с пугающими последствиями.

Существующие подходы. КПТ является очень эффективной в лечении тревожных расстройств [например, *Craske, Antony & Barlow, 2006; Craske & Barlow, 2007*]. В данном случае основой методики является экспозиция со стимулами, вызывающими страх с целью коррекции. Это значит — встретиться лицом к лицу со своими страхами. Экспозиция может быть воображаемой либо же непосредственной, *in vivo*, а стимулы — внешними (продукты, вызывающие страх у пациента) или внутренними (ощущение сытости). Методика экспозиции является продолжением способов лечения, описанных в ранних исследованиях практики систематической десенсибилизации как трансдиагностической терапии тревоги. Систематическая десенсибилизация, включая воображаемую или непосредственную экспозицию со стимулом, вызывающим тревогу, совместно с одновременным использованием техник расслабления (например, глубокое дыхание), считалась конкурирующей реакцией.

Последующие исследования показали, что экспозиция снижает уровень тревоги даже без сопутствующего расслабления, а непосредственная экспозиция является более эффективной, чем воображаемая [Barlow, Leitenburg, Agras & Wincze, 1969]. Ниже мы приводим обзор практик применения экстероцептивной и интероцептивной экспозиции в управлении тревогой. Мы делаем особый акцент на стратегиях, используемых в лечении специфических фобий и панического расстройства, учитывая, что эти методики часто применяются в КПТ для лечения тревожных расстройств.

Экспозиция показала высокую эффективность как метод лечения для специфических фобий. Для специфических фобий, которые являются чрезмерным страхом определенных стимулов или ситуаций (например, змей, пауков, закрытых пространств), этот метод предполагает постепенное приближение к встрече с пугающим стимулом как противоположность избеганию. КПТ специфических фобий начинается с проведения психообразовательных мероприятий о природе тревоги и страха с целью донести до пациента мысль, что для человека является естественным испытывать страх перед определенными ситуациями и стимулами, особенно если они представляют опасность для выживания. Например, если человек перенес желудочный грипп, он может впоследствии бояться есть те продукты, которые употреблял непосредственно накануне того, как у него началась рвота, даже если эти продукты не были непосредственной причиной болезни. Это объясняется верой в то, что осторожность в еде поможет предотвратить болезнь в будущем. Объяснение заранее возникающего страха и путей формирования страха может стать инструментом, помогающим создать почву для экспозиции как основной терапевтической техники.

Пациентам предлагают определить и оценить — используя шкалу субъективного дистресса — пугающие стимулы, связанные с ними физические ощущения и любые поведенческие реакции, призванные избежать пугающих стимулов или обезопасить себя от их воздействия. Это необходимо для того, чтобы сформулировать иерархию страхов и избегания. Пациентов просят определить мысли и предсказания, вызванные каждым из стимулов, для того чтобы протестировать их при помощи поведенческих экспериментов (таких как экспозиция).

Экспозицию используют в качестве наиболее эффективного метода в борьбе со специфическими страхами. Понимание того, чего именно пациент боится больше всего в каждой из приведенных в иерархии ситуаций, позволяет терапевту наилучшим образом поддержать пациента в подготовке к встрече с пугающими последствиями и таким образом помочь ему получить новый опыт. При поддержке терапевта пациент составляет свою персональную иерархию страхов и избегания, оценивая пугающие стимулы и распределяя их от наименее до наиболее тревожащих в соответствии со шкалой СД.

Экспозиция должна быть довольно длительной и применяться необходимое количество раз для того, чтобы новый опыт успел закрепиться и дать пациенту возможность принять тот факт, что его плохое предчувствие вряд ли осуществится. А если это и произойдет, он может справиться с последствиями, как и с возникающей тревогой. Экспозиция в воображении может быть использована на начальных этапах терапии в качестве подготовки к непосредственной экспозиции. И хотя поведение, направленное на избегание опасности, и может быть использовано при первых попытках экспозиции, пациент должен работать над тем, чтобы избавиться от него и закрепить более эффективные модели поведения.

Для пациентов, испытывающих чувство страха или связанные с ним физические ощущения, interoцептивное воздействие различных телесных проявлений (учащенное сердцебиение, нехватка воздуха) может также стать важной частью лечения и даже может быть использовано совместно с экстероцептивным воздействием. При помощи терапевта пациент постепенно продвигается по иерархии страхов, каждый раз оценивая их по шкале СД и формируя новое понимание того, что его страхи преувеличенны и что он сможет справиться с пугающими последствиями.

Стоит обратить особое внимание на тот факт, что не существует установленного количества экспозиций, необходимых для избавления от специфических фобий. В действительности, даже единоразовая экспозиция может быть эффективной [Ollendick & Davis, 2013; Zlomke & Davis, 2008]. Но для того, чтобы ее эффект был закреплен в долгосрочной перспективе, необходимым является регулярное повторение. Теперь стало понятно, что выработавшиеся связи с переживанием

чувства страха не угасают, а, скорее, появляется новое знание о том, что пугающие стимулы и ситуации на самом деле не несут в себе ничего ужасного. Чтобы снизить риск возвращения страха стали использовать множество стратегий, позволяющих генерализировать новый опыт. Например, пациентам рекомендуют использовать любую возможность подвергнуть себя экспозиции с пугающими стимулами, когда они возникают и в разных контекстах [Craske et al., 2006].

Паническое расстройство характеризуется повторяющимися приступами паники, которые представляют собой отдельные эпизоды сильного страха, связанные с физическими признаками, присущими внезапной активации реакции «бей или беги» и часто переживаются как происходящие без каких-либо причин. Когда система «бей или беги» активируется без какой-либо внешней угрозы, человек воспринимает эти симптомы как знак того, что что-то не так внутри его организма («Я, наверное, умираю»). В итоге человек с паническим расстройством начинает бояться физических симптомов, которые воспринимает как опасные для жизни. При паническом расстройстве неожиданные внутренние ощущения порождают чувство страха, которое еще больше усиливает реакцию организма [Boettcher, Brake & Barlow, 2016].

Терапия панического расстройства включает в себя предоставление психообразовательных материалов о том, что паника и тревога — это состояния, являющиеся естественными для организма, а физические проявления, возникающие во время панической атаки — это адаптивная реакция организма на опасность или страх. Пациента обучают тому, что симптомы тревоги не являются опасными. Тревога — это механизм выживания, встроенный в наше тело. Но в случае с паническим расстройством пациент уделяет слишком много внимания этим внутренним сигналам, неверно их интерпретирует, а после начинает бояться. На следующем этапе, после ознакомления пациента с вышеперечисленными данными о тревоге, его подвергают экспозиции с этими физическими ощущениями с целью снизить страх перед ними. Интероцептивная экспозиция проводится так же постепенно и последовательно, как и экстероцептивная, с целью помочь пациенту привыкнуть к этим ощущениям и приобрести новый опыт.

Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП. В силу некоторых совпадений между ИОРПП и тревожными расстройствами существуют опубликованные случаи применения техник КПТ, направленных на уменьшение тревоги, применительно к ИОРПП [*Bryant-Waugh, 2013; Fisher, Luiselli & Dove, 2015; King, Urbach & Stewart, 2015; Lopes et al., 2017*]. В научной литературе также были представлены принципы использования этих техник в контексте терапии, основанной на семье [*Lesser et al., 2017; Ornstein et al., 2017*].

КПТ-ИОРПП также были позаимствованы некоторые принципы КПТ тревожных расстройств, особенно в том, что касается работы со страхом неприятных последствий приема пищи и отсутствия интереса к приему пищи. Если быть более точными, мы проводим психобразовательные мероприятия, рассказывая о неэффективности избегания с целью снижения уровня тревоги в долгосрочной перспективе. Мы воссоздаем иерархию страхов и избегания, чтобы ввести практику экспозиции с внешними стимулами и внутренними ощущениями с целью приобретения нового опыта. Экстероцептивная экспозиция является особенно эффективной в работе с пациентами, проявляющими страх неприятных последствий; мы используем ее в качестве первичной техники работы с этим механизмом, поддерживающим ИОРПП. На третьем этапе КПТ-ИОРПП пациенты со страхом неприятных последствий приема пищи постепенно подвергаются экспозиции с пугающими продуктами. Интероцептивная экспозиция также представляется действенной в работе с механизмами страха в тех случаях, когда пациент, к примеру, избегает приемов пищи из-за страха тошноты.

Подобно техникам, описанным в КПТ специфических фобий, в рамках КПТ-ИОРПП пациентов просят провести оценку по шкале СД при каждой экспозиции. А из КПТ панического расстройства мы позаимствовали теорию о том, что избыточная концентрация внимания на внутренних ощущениях является механизмом, поддерживающим тревогу.

На третьем этапе КПТ-ИОРПП интероцептивное воздействие используется как техника помощи пациентам с отсутствием интереса к приему пищи. Использование этой техники помогает пациентам увеличить переносимость таких симптомов, как вздутие, тяжесть

и тошнота. Интероцептивная экспозиция зачастую имеет такое благоприятное побочное действие, как повышение аппетита в дальнейшей работе с этими пациентами. Как и при лечении панического расстройства, пациентов просят проводить оценку по шкале СД при интероцептивных экспозициях с целью отследить ослабление реакции.

Ограничения в использовании применительно к ИОРПП. Разумеется, существуют определенные ограничения в использовании КПТ тревожных расстройств в случае с ИОРПП. Во-первых, хотя значимой особенностью ИОРПП является избегание определенных продуктов или ограничение количества потребляемой пищи, не совсем понятно, всегда ли это избегание спровоцировано тревогой. В некоторых случаях пациенты называют отвращение и непривычность в качестве причин избегания определенных продуктов или отсутствия аппетита в целом. Это свидетельствует о том, что техники работы с тревогой являются эффективными только в некоторых случаях. Во-вторых, даже в тех случаях, когда присутствие тревоги у пациента является очевидным, использование иерархии страхов и избегания редко бывает достаточным для избавления от симптома. Большинству пациентов необходима дополнительная поддержка в том, чтобы обеспечить регулярность приемов пищи, набор веса, и улучшение аппетита. И в-третьих, в то время как пациенты с тревожными расстройствами обычно замечают у себя повышенную чувствительность к симптомам активации симпатической нервной системы, некоторые элементы интероцептивной экспозиции (такие как учащенное дыхание) не являются актуальными в случае с ИОРПП. Пациенты с подобным расстройством гораздо чаще описывают у себя повышенные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (вздутие, некомфортное ощущение тяжести, тошнота).

Необходимость в принципиально новом подходе

В силу определенного сходства в клинических проявлениях, КПТ-ИОРПП были позаимствованы основные принципы и специфические техники из существующих научно обоснованных методик лечения расстройств приема пищи, расстройств пищевого поведения

и тревожных расстройств. Однако в силу клинической неоднородности ИОРПП эти техники не всегда являются необходимыми или достаточными для того, чтобы полностью избавиться от симптомов ИОРПП. Это свидетельствует о том, что существует необходимость в принципиально новом подходе.

КПТ-ИОРПП отличается от других терапевтических подходов тем, что её основной фокус лежит непосредственно на ИОРПП. Наш подход соединяет в себе избранные техники и методики из предыдущих терапевтических подходов, а также принципиально новые методики, разработанные нашей командой.

Более того, принимая во внимание тот факт, что большинство предыдущих подходов были лишь описаны в историях болезни, сериях случаев и ретроспективном анализе амбулаторных карт, КПТ-ИОРПП является психотерапевтическим руководством, готовым к будущему тестированию в рандомизированных контролируемых клинических исследованиях.

И наконец, КПТ-ИОРПП — это единый терапевтический подход, который может применяться в лечении различных проявлений у пациентов детского и подросткового возраста. Использование нашего подхода позволяет практикующим врачам исключить необходимость изучения множества разнообразных терапевтических методик, чтобы предоставить необходимую помощь пациентам с ИОРПП.