

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	13
Часть I	
Консультирование по вопросам питания	17
1. Клинические особенности расстройств пищевого поведения	19
Введение	19
Особенности нервной анорексии	21
Клинические осложнения нервной анорексии	24
Особенности мужчин с расстройствами пищевого поведения	54
Особенности новых диагностических критериев расстройств пищевого поведения: DSM-IV и DSM-5	55
Резюме	59
2. Курс лечения	61
Введение	61
Пациент с расстройством пищевого поведения	61
Структура сессии	63
Предварительная консультация	63
Первая сессия: начало работы	65
Первая сессия: середина	75
Первая сессия: окончание	87
Домашнее задание	88
Последующие консультации	90
Частота встреч	90
Команда по лечению расстройств пищевого поведения	91
Как направить пациента к другому специалисту	94
Прекращение консультаций	94

Содержание	7
3. Процесс консультирования	97
Введение	97
Проблемы консультирования	104
Сопутствующие психические расстройства	109
Проблемы с образом тела	115
Резюме	122
4. Интервенции в консультировании	125
Введение	125
Что такое когнитивно-поведенческая терапия	126
Что такое диалектическая поведенческая терапия	134
Мотивационное интервьюирование	145
Терапия принятия и ответственности (АСТ)	150
Стадии изменений	151
Резюме	158
Часть II	
Инструменты	159
5. Планирование питания: “правило трех”	161
Введение	161
Преимущества “Правила трех”	163
Знакомство с “Правилем трех”	166
Реализация “Правила трех”	170
Сотрудничество	176
Эксперименты	178
Правильная подача “Правила трех”	179
Работа с сопротивлением плану питания по “Правилу трех”	182
Детали	184
Калории в “Правиле трех”	199
Добавки с высоким содержанием питательных веществ	202
Резюме	205
6. Самоконтроль	207
Введение	207
Что такое самоконтроль	207
Представление самоконтроля	211
Как осуществлять самоконтроль	212

Когда осуществлять самоконтроль	213
Нервная анорексия	214
Нервная булимия и синдром переедания	214
Просмотр журналов питания при самоконтроле	215
Жалобы	217
7. Уровни оказания помощи	219
Введение	219
За пределами уровня 1	219
Перевод со стационарного лечения на амбулаторное	225
Рецидив	226
Выздоровление	229
Возмещение расходов третьей стороной	230
Часть III	
Лечение	239
8. Оценка веса	241
Введение	241
Биологически приемлемый вес (БПВ)	242
Контрольная точка	243
Метаболическая эффективность	243
Мускулатура, пол и этническая принадлежность	244
Нормальное питание и поведение при физических упражнениях	245
Нормальные физиологические функции	245
Точка регуляции	247
Нормальный рост и развитие	247
Задержка полового созревания	249
Менопауза	249
Прогнозирование биологически приемлемого веса	250
История веса	251
Категории веса в соответствии с ИМТ	252
Возрастно-весовые категории ИМТ, представленные Центром по контролю и профилактике заболеваний	255
Весовые категории ИМТ, представленные Национальным институтом здравоохранения для взрослых	256
Весовые категории ИМТ по классификации DSM	256
Идеальный вес тела	256

Содержание	9
Пересмотренные весовые категории ИМТ	257
Колебания и диапазоны	263
Проверка веса	264
Резюме	269
9. Восстановление веса	271
Введение	271
Определения и описания	271
Сложности в восстановлении веса	272
Решения	284
Предотвращение рецидива	301
Весовые цели	302
Планирование питания при восстановлении веса	311
Направления к другим специалистам	321
Психотропные лекарственные средства	322
Резюме	323
10. Лечение переедания	325
Введение	325
Определения и описания	325
Сложности	326
Решения	331
Управление весом	338
Мониторинг веса	340
Поведенческие стратегии	341
Управляемая самопомощь	345
Направления к другим специалистам	346
Психотропные лекарственные средства	346
Резюме	347
11. Управление компенсаторным поведением	349
Введение	349
Определения и описания	349
Сложности	351
Решения	353
Управление весом	365
Направления к другим специалистам	366
Психотропные лекарственные средства	367
Резюме	367

12. Управление чрезмерными физическими упражнениями	369
Введение	369
Определения	369
Обзор литературы	372
Клинические примеры	373
Оценка	375
Спортсмены	375
Сложности	376
Решения	381
13. Работа с семьями	393
Введение	393
Оригинальная модель семейной терапии	393
Родительская помощь в организации питания и перекусов (Parent-Assisted Meals and Snacks — PAMS)	396
PAMS: первая фаза	400
PAMS: вторая фаза	415
Нервная булимия и синдром переедания	418
Резюме	420
Приложение А. Регистрационный пакет	421
Приложение Б. Контрольный список для оценки питания при расстройствах пищевого поведения	427
Список литературы	435

3

ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Введение

Консультантам по вопросам питания, которые лечат пациентов с расстройствами пищевого поведения (РПП), полезно понимать динамику консультирования этой сложной группы населения. В качестве общего обзора кратко излагается позиция Академии питания и диетологии о клинических обязанностях консультантов по вопросам питания, которые лечат пациентов с РПП (врезка 3.1) [Ozier, & Henry, 2011]. Остальная часть этой главы посвящена процессу консультирования в целом. В ней освещается этика консультирования и решение психотерапевтических проблем. Опи-

ВРЕЗКА 3.1. Кодекс этики для консультантов по вопросам питания

1. Практикующий диетолог ведет себя честно, добросовестно и объективно.
2. Практикующий диетолог поддерживает и продвигает высокие стандарты профессиональной практики.
3. Практикующий диетолог принимает на себя обязательство защищать пациентов, общественность и профессию, соблюдая этический кодекс профессии диетолога (Code of Ethics for the Profession of Dietetics — CDR) и сообщая о предполагаемых нарушениях Кодекса в рамках процессов, установленных Американской ассоциацией диетологов и ее аккредитационным агентством CDR.

Воспроизводится с разрешения Американской ассоциации диетологов [American Dietetic Association/Commission on dietetic registration code of ethics for the profession of dietetics and process for consideration of ethics issues, 2009].

саны сопутствующие заболевания пациентов с РПП, рассказывается, как эти заболевания влияют на консультирование по вопросам питания. Наконец, глава содержит раздел, посвященный нарушению образа тела, поскольку эта особенность является диагностическим критерием РПП и тесно связана с вопросами питания, веса и формы, которые входят в сферу практики консультанта по питанию.

Консультационная этика: роль консультанта

Прежде всего, консультанты по питанию не должны причинять никакого вреда, что включает в себя способность эффективно распознавать, оценивать и надлежащим образом планировать лечение пациента с РПП. За исключением случаев с несовершеннолетними, процесс консультирования основывается на допущении, что пациентам предоставляется право самостоятельно принимать решения, если они при этом не причиняют вреда себе или другим (подробнее о работе с детьми рассказывается в главе 2). Консультанты должны стремиться поддерживать рост и развитие пациентов, будучи искренними, надежными и заслуживающими доверия. Предоставление честной обратной связи, сохранение конфиденциальности, своевременное посещение встреч и прямая информация о своей доступности вне сеансов — все это способствует развитию отношений консультирования. Во время первых сеансов мы информируем пациентов о своей политике в отношении телефонных звонков и электронной почты в промежутках между консультациями. В целом следует избегать двойственных отношений, например предоставления консультаций друзьям или другим членам семьи нынешних пациентов. В некоторых случаях — в частности когда вместо команды работает только один опытный консультант по питанию, — такие отношения могут быть неизбежны. Если это так, то консультант должен сначала получить одобрение от самого пациента и принять меры к тому, чтобы сеансы лечения были посвящены индивидуальным проблемам лечения каждого пациента. Кроме того, консультант должен быть готов к тому, что он может столкнуться с пациентами в социальных условиях. Если это возможно, следует заранее обсудить с пациентами план поведения. Когда происходят неожиданные встречи, лучше всего позволить пациентам взять инициативу в свои руки. Отвечайте вежливо, не привлекая внимания. Наконец, те, кто работает с пациентами с РПП, должны стремиться эффективно питаться и заниматься спортом ответственным образом. Адекватный уход за собой гарантирует, что консультанты могут компетентно заботиться о других.

Академия питания и диетологии рекомендует, чтобы зарегистрированные диетологи (Registered Dietitian — RDs), работающие с РПП, прошли обучение продвинутого уровня с помощью самообразования, программ непрерывного образования и супервизии со стороны другого опытного терапевта [Ozier, & Henry, 2011]. Профессиональная поддержка, супервизии и непрерывное образование особенно важны, когда консультант по питанию работает со сложными пациентами. Академия питания и диетологии проводит специализированные тренинги для практических групп. В число таких тренингов входят курсы “Диетология в области психических расстройств и расстройств развития” (Dietetics in Developmental and Psychiatric Disorders); “Питание в педиатрии” (Pediatric Nutrition); “Спортивная, сердечно-сосудистая и оздоровительная диетология” (Sports, Cardiovascular, and Wellness Nutritionists). Ряд международных и государственных организаций предлагают качественное непрерывное образование. В их число входят Академия расстройств пищевого поведения, Национальная ассоциация расстройств пищевого поведения и Международная ассоциация специалистов по расстройствам пищевого поведения.

Консультантам по питанию, особенно тем, кто работает со сложными пациентами, рекомендуется организовать официальные сеансы супервизии с опытным психотерапевтом. Супервизия помогает консультантам по питанию улучшить работу с пациентами; научиться чувствам контрпереноса (чувствам консультанта по отношению к пациенту); а также решать любые личные проблемы с питанием и телом. Другой способ получить доступ к профессиональной помощи — присоединиться к команде взаимной поддержки специалистов, которые регулярно встречаются для проведения тематических конференций. Еще один полезный опыт — совместное ведение группы РПП с психотерапевтом. Такое руководство терапевтической группой дает обоим профессионалам возможность познакомиться со стилем и областями знаний другого человека. Курсы консультирования, конференции, изучение соответствующих публикаций и исследовательских журналов также улучшает навыки консультирования.

Решение вопросов, не связанных с РПП

До недавнего времени считалось общепринятым, что сфера деятельности консультантов по питанию включала в себя любые вопросы, связанные с питанием, весом, пищевыми привычками и образом тела, но явно исключала такие психологические проблемы, как отношения, фантазии, воспоминания о сексуальном или физическом насилии в детстве,

слуховые галлюцинации и суицидальность. Однако сейчас специалисты признают, что в терапевтической среде кабинета диетолога пациенты вполне могут обсуждать подобные психологические проблемы. Пациенты, которые считают, что консультанты по вопросам питания так же озабочены их психологическими проблемами, как и проблемами питания, менее склонны к сопротивлению или негативной реакции на консультации по вопросам питания. Некоторым пациентам необходимо посвятить время описанию “непищевых” аспектов своей жизни и других проблем, чтобы почувствовать себя понятыми. Нет ничего необычного в том, что пациенты с расстройствами пищевого поведения раскрывают своему консультанту по питанию эмоции и чувства, которыми они не делились в других местах.

Мы считаем, что психологические отклонения в консультировании по вопросам питания должны быть разрешены в рамках соответствующих профессиональных границ. Заявление о позиции Академии питания и диетологии [American Dietetic Association, 2011, p. 1236] утверждает следующее.

Диетолог, работающий с пациентами с РПП, опирается на хорошее понимание профессиональных границ, интервенций, связанных с питанием, и психодинамики расстройств пищевого поведения. Понимание границ означает признание и оценку конкретных задач каждого члена команды. В частности, диетолог решает проблемы, связанные с питанием, мыслительными процессами, поведением и физическим состоянием пациента.

Когда возникает пересечение между консультированием по вопросам питания и психотерапией, например с проблемами образа тела, консультант по вопросам питания может спросить пациента: “Что говорит об этом ваш психотерапевт?” Когда пациенты задают вопросы, связанные с питанием, работникам сферы психического здоровья, те в свою очередь должны ответить: “Что говорит об этом ваш консультант по питанию?” Когда обнаруживаются существенные “непищевые проблемы”, консультант по питанию должен спросить: “Могу ли я сообщить об этом вашему психотерапевту?” Выслушав рассказ о проблемах пациента и применив технику отражения, перенаправляйте его к вопросам, связанным с питанием. Терпимость к тому, что пациент постоянно использует консультации по вопросам питания для удовлетворения своих психотерапевтиче-

ских потребностей, отнимает время, отведенное для решения вопросов питания, а также вносит коррективы в работу пациента с его психотерапевтом. Хорошей практикой является регулярное общение консультанта с психотерапевтом пациента и другими членами лечебной команды. Если пациент в данный момент не получает никакого дополнительного лечения, кроме консультаций по вопросам питания, то в случае возникновения у него серьезных психологических проблем необходимо обсудить с ним преимущества дополнительного психотерапевтического лечения. Консультанты по питанию должны быть готовы предоставить таким пациентам имена и телефоны местных психотерапевтов, специализирующихся на РПП.

Задача консультанта по питанию состоит в том, чтобы понять, что пациент делает, думает и чувствует по поводу еды, своего веса и образа тела. Понимание причин, по которым у пациента развились пищевые проблемы, не является главным направлением консультирования. Когда консультанты по вопросам питания углубляются в психологические области, они могут не уделять должного внимания или времени вопросам питания. Известно, что сопротивляющиеся пациенты привносят психологические проблемы в консультации по питанию именно с этой целью. Точно так же углубленное обсуждение вопросов питания и веса может сбить с толку или отвлечь психотерапевтов.

Обязанности консультанта по питанию в лечении расстройств пищевого поведения определены Академией питания и диетологии в статье *Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders* (Позиция Американской ассоциации диетологов: решение проблем с питанием при лечении расстройств пищевого поведения) [Ozier, & Henry, 2011] и кратко изложены во врезке 3.2.

ВРЕЗКА 3.2. Обязанности консультанта по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения

Оценка питания: определение проблем питания, которые имеют отношение к медицинскому или физическому состоянию, включая симптомы и поведение, свойственные РПП.

- Выполнение антропометрических измерений: рост и вес в анамнезе, полная диаграмма роста, оценка закономерностей роста и созревания у более молодых пациентов (возраст 20 лет и моложе).
- Интерпретация биохимических данных, особенно для оценки риска развития рефидинг-синдрома.
- Оценка рациона: структура питания, основные установки в отношении веса, формы тела, питания.
- Оценка поведенческих симптомов и среды: ограничение пищи, голодание, озабоченность едой, ритуалы скрытного приема пищи, контроль аффективного и импульсивного поведения, рвота или другое компенсаторное поведение, чрезмерная физическая нагрузка.
- Применение диагностики питания; создание плана для решения проблем питания; координация плана с членами команды

Вмешательство в питание: расчет и мониторинг необходимого потребления энергии и макроэлементов для установления ожидаемых темпов изменения веса и достижения целей касательно тела и здоровья. Руководство по постановке целей для нормализации режима и качества питания и восстановления (поддержания) веса в зависимости от обстоятельств.

- Обеспечение качества диеты и регулярного режима питания, увеличение количества и разнообразия потребляемых продуктов, нормальное восприятие чувств голода и сытости, предложения по использованию необходимых витаминно-минеральных добавок.
- Обеспечение психосоциальной поддержки и позитивного подкрепления; структурированный план восстановления потребления пищи.
- Консультирование пациентов и других лиц, осуществляющих уход, по вопросам выбора продуктов питания с учетом индивидуальных предпочтений, истории болезни, физических, психологических факторов, ресурсов.

Мониторинг и оценка питания: контроль потребления питательных веществ и корректировка по мере необходимости.

- Контроль скорости набора веса; как только вес восстановится — регулировка потребления пищи для поддержания веса.
- Обсуждение прогресса, достигнутого пациентом, с командой; внесение соответствующих корректировок в план.

Координация лечения: консультирование других членов команды о соответствующих протоколах для максимальной переносимости режима кормления или рекомендаций по питанию; руководство по добавкам для обеспечения максимального усвоения, минимизация взаимодействия лекарственных веществ с питательными веществами; направление на продолжение лечения по мере необходимости.

- Совместная работа с лечебной командой, определение конкретных ролей и задач, консультирование о потребностях в питании в различных условиях (например, стационарное, дневное, амбулаторное лечение).
- Роль источника знаний для других медицинских работников и семьи, обеспечение образования.
- Пропаганда основанного на доказательствах лечения и доступ к медицинской помощи.

Повышение квалификации: поиск специализированной подготовки для таких методов консультирования, как когнитивно-поведенческая терапия, диалектическая поведенческая терапия и мотивационное интервьюирование.

- Использование передовых знаний и навыков, связанных с питанием, таких как рефидинг-синдром, поддержание соответствующего веса и пищевого поведения, образ тела и профилактика рецидивов.
- Обращение за супервизией и консультацией по конкретным случаям к лицензированному специалисту в области психического здоровья для получения и поддержания навыков в лечении расстройств пищевого поведения.

Воспроизводится с разрешения Американской ассоциации диетологов [Ozier, & Henry, 2011].

Проблемы консультирования

Самораскрытие

Самораскрытие — это обмен личными чувствами, мыслями и опытом с пациентами со стороны консультантов. Обычно считается, что краткие самораскрытия со стороны консультантов помогают создать искреннюю терапевтическую связь с пациентом. Такое раскрытие информации освобождает пациентов от необходимости делать свои собственные раскрытия и предотвращает развитие у них неверных представлений или идеализации консультанта. Самораскрытие может создать открытую, честную атмосферу, которую пациенты находят обнадеживающей. Например, консультант может сказать: “Сегодня после обеда я почувствовал, что переел”. Самораскрытие о переживаниях консультанта по питанию или других пациентов в подобных обстоятельствах может быть полезным способом выразить прямое руководство и нормализовать то, что чувствует пациент. Иногда мы используем самораскрытие, чтобы вытянуть информацию из пациента или помочь ему по-другому взглянуть на вещи. Рассказывая о том, как пациентка будет справляться с питанием в кинотеатре, Херрин призналась, что очень любит попкорн с большой порцией диетической колы. Эта пациентка раньше думала, что попкорн в кино — это ужасно. Келлог [Kellogg, 2006] на своем примере моделирования самопрощения с пациентами, которые борются с перфекционизмом, предлагает использовать самораскрытие как способ моделирования здорового поведения.

Тем не менее самораскрытие следует использовать осторожно, особенно на ранних стадиях лечения, поскольку это очень мощный инструмент, который может ослабить профессиональные консультационные отношения. Пациенты ожидают, что будут говорить о себе, когда придут на сеанс, и могут быть сбиты с толку относительно природы консультирования, если консультант слишком много говорит о себе. Консультанты по вопросам питания должны предварительно изучить готовность пациента к самораскрытию; это всегда должно приносить пользу в процессе лечения.

Раскрытие информации должно быть кратким и немедленно сопровождаться исследованием реакции пациента, а затем возвращением к проблемам пациента. Например, после самораскрытия консультант по питанию может сказать: “Интересно, может ли нечто подобное сработать и для вас?”; “Что вы думаете о том, что я рассказал вам?”

Консультанты должны быть готовы отвечать на вопросы пациентов, касающиеся личной информации: профессиональных данных, возраста,

семейного положения и детей. Келлог [Kellogg, 2006] отмечает, что личные вопросы — это “не о вас (консультанте), а о пациенте”. За личными вопросами пациентов обычно стоят определенные мотивы или опасения, и задача консультанта заключается в том, чтобы выяснить их. Мы спрашиваем пациента, как знание нашей личной информации может ему помочь, а затем фокусируем ответ на том, что является для пациента наиболее полезным. Например, пациенты с РПП часто спрашивают консультантов, не было ли у них подобного расстройства. Мы рекомендуем консультантам предоставлять информацию в той степени, которая позволяет чувствовать себя комфортно, но, что более важно, изучать, почему пациент интересуется этими деталями. Можно было бы побудить пациентов сказать больше, задав вопрос: “Мне любопытно, почему вы хотите знать о моем прошлом?” Для некоторых профессионалов наиболее удобной политикой является отказ раскрывать любую личную информацию, выходящую за рамки профессиональных полномочий. Для других же уместно краткое раскрытие информации в ответ на запросы пациентов. В любом случае всегда будьте правдивы, так как пациенты легко выявляют не совсем честные ответы.

Идеализация

Самораскрытие повседневных ошибок консультанта может свести к минимуму проблему идеализации. Пациенты довольно часто идеализируют консультантов по вопросам питания, проявляющих сострадание и поддержку. Первоначально идеализация может быть терапевтической, особенно для пациентов, у которых не было опыта отзывчивого опекуна, на которого можно было бы положиться. Сила и влияние идеализации, однако, часто приводит в замешательство консультантов, поскольку уровень уважения, который испытывают к ним пациенты, оказывает на них “сверхстимуляцию” — это может привести к потере объективного взгляда на собственные способности консультанта или соответствующие сферы влияния. В этом контексте консультанты по вопросам питания должны остерегаться своей склонности предлагать слишком много советов в областях, выходящих за рамки их профессиональной компетенции, или инициировать социальный контакт с пациентами. Важно признать наличие идеализации, но не заикливаться на ней. Когда происходит идеализация, пациенты могут пытаться чрезмерно угодить, утаить информацию или солгать о каких-либо трудностях. Они могут отказаться работать с другими специалистами или захотеть пообщаться с консультантом вне запланированного времени приема. В таких ситуациях мы советуем

консультантам по питанию проконсультироваться с врачом-психиатром пациента или профессиональным руководителем консультанта, а также с ними обоими. Случайное самораскрытие незначительных ошибок помогает пациентам выработать реалистичные взгляды на своего консультанта по питанию и привносит в сеансы некоторый столь необходимый юмор.

Расщепление

Идеализация может свидетельствовать о расщеплении, т.е. пациент может заявлять, что его консультант по питанию лучше, чем психиатр, или наоборот. Расщепление, которое часто определяется как противопоставление одного профессионала другому, чаще всего происходит, когда в лечении одного и того же пациента участвуют несколько специалистов. Ранним признаком расщепления являются попытки пациентов более полно взаимодействовать с одним членом команды по сравнению с другими. Они могут делиться информацией только с определенными специалистами или подразумевать, что только один специалист действительно понимает их. При расщеплении пациент может сообщить, что члены команды имеют разные взгляды друг на друга. Расщепление также может свидетельствовать о склонности болезни сопротивляться лечению с помощью стратегии “разделяй и властвуй” или указывать на глубинное психологическое расстройство, которое ведет к мышлению “всё или ничего”.

Расщепление можно свести к минимуму за счет достаточно интенсивного общения между членами команды, которые четко понимают роли друг друга и последовательно формулируют это понимание пациентам. Совместные сеансы или командные встречи, на которых члены лечебной команды предстают перед пациентом “единым фронтом”, могут уменьшить расщепление. Командная консультация важна до того, как один из членов команды предложит пациенту существенные изменения в тактике. Мы предлагаем консультантам по питанию напрямую общаться с другими членами команды и избегать любых осуждающих комментариев друг о друге. Один из способов справиться с расщеплением — это сказать: “Я уверен, что у вашего врача, психотерапевта или родителя должна быть причина для такого предположения; я поговорю с ним, чтобы тоже понять эту точку зрения”. Другая стратегия заключается в том, чтобы напомнить пациентам, что консультант не будет хранить секреты от других членов лечебной команды. Следует отметить, что расщепление может бросить вызов чувству собственного достоинства специалиста, если он будет помечен как “плохой”. Это не следует принимать на свой счет.

Перенос

Перенос — это термин для консультирования, обозначающий естественный, в основном бессознательный, процесс, в котором отношение, чувства и эмоции ранних значимых отношений пациента *переносятся* на консультанта. Пациентка Херрин, Линдси, испытала перенос, когда разразилась рыданиями, говоря о необходимости добавить продукты в свой план питания. Услышав о том, что она похудела, когда ей казалось, что она прибавила в весе, она почувствовала прежнее чувство неполноценности и одиночества, которое часто испытывала по отношению к своей матери, отсюда и перенос чувств к матери на Херрин. Херрин на мгновение задержала взгляд на Линдси, а потом тихим голосом спросила, не беспокоит ли ее что-то еще. Линдси снова всхлипнула, объясняя, что мать всегда находила в ней недостатки, даже когда она старалась изо всех сил. Херрин сочувственно выслушала ее и спросила, когда Линдси в следующий раз пойдет к своему психотерапевту. С облегчением услышав, что встреча назначена на следующий день, Херрин сказала: “Линдси, я так впечатлена связью, которую вы устанавливаете между своим детством и нынешними трудностями! И я рада, что вы вскоре встречаетесь с психотерапевтом, чтобы продолжить работу над этими важными вопросами. Мы будем и дальше работать над тем, чтобы выяснить, как сделать добавку к вашему плану питания, которая не заставит вас чувствовать себя такой уязвимой и пристыженной”.

В этом примере Херрин избегала встречного переноса, который мог бы произойти, если бы она не знала о его возможности. Контрперенос похож на перенос, но он относится к эмоциональной реакции консультанта на пациента. Контрперенос происходит, когда консультант бессознательно отождествляет себя с ситуацией, чувствами и эмоциями пациента таким образом, что это влияет на процесс консультирования. Херрин могла бы предположить, что она была слишком резка в своем ответе Линдси, и сосредоточиться на попытке загладить свою вину, вместо того чтобы удивляться, почему Линдси так расстроена.

Трудные пациенты, скорее всего, будут вызывать у консультантов два типа контрпереноса. Первый тип, называемый *субъективным контрпереносом*, состоит из чувств, побуждений, установок и защит, которые консультант переносит из других частей своей жизни на пациента [Kellog, 2006]. В этом случае могут возникнуть положительные или отрицательные чувства: гнев, ревность, страх или желание позаботиться. Второй тип контрпереноса состоит из основанных на реальности реакций на поведение

пациента, таких как обида, скука или замешательство [Kellog, 2006]. Эти чувства могут привести к чрезмерной вовлеченности в процесс выздоровления пациента или даже в его жизнь, что в конечном счете препятствует прогрессу лечения. Распространенные ошибки, порожденные контрпереносом, включают: принятие решений за пациентов; развитие дружеских отношений с пациентом; критику пациента; “сговор” с пациентом, который проявляется в разделении его безнадежной точки зрения относительно возможности выздоровления.

Если у консультанта возникают проблемы с контрпереносом, ему нужно обратиться за профессиональным наблюдением. Прежде чем приступить к работе с пациентами с РПП, консультанты по питанию должны проработать любые проблемы, которые могут возникнуть у них с их собственным питанием, весом, физическими упражнениями или предрассудками, основанными на размере тела. Трудность понимания и управления контрпереносом является одной из причин, по которой мы рекомендуем консультантам по питанию, работающим с РПП, заниматься своей собственной психотерапией. Сильные чувства контрпереноса могут свидетельствовать о том, что работа с пациентами с РПП не рекомендуется.

Заботливое поведение

Четко очерченные границы, которые сводят к минимуму прикосновения и выражения привязанности, поддерживают профессиональные отношения. Неопытные консультанты должны быть особенно осторожны в этих областях, так как пациенты легко неверно истолковывают заботливое поведение и могут заключить, что консультант желает социальных отношений. Например, когда у пациента выступают на глазах слезы или он плачет, лучше предложить салфетку, вместо того чтобы обнимать или утешать его. Дайте пациенту несколько минут, прежде чем осторожно спросить: “Скажите, чем вызваны ваши слезы?” Мы считаем, что комплименты и подобные выражения любви могут способствовать выздоровлению, а отказ в поддержке или доступности в дальнейшем может быть более разрушительным, чем просто не предложенные вовремя честность и сострадание. Консультанты-мужчины должны быть особенно осторожны, прикасаясь к пациенткам женского пола.

Убедившись, что объятие уместно, спросите пациента, например: “Я могу вас утешить, обняв?” Своевременное начало и окончание сеансов способствует возникновению чувства заботы, которое консультанты демонстрируют своим пациентам.

Сопутствующие психические расстройства

Консультанты по вопросам питания, работающие с широким кругом пациентов, должны понимать особенности сопутствующих психических расстройств и их влияние на ход лечения. С этой целью во врезке 3.3 приведена сокращенная диаграмма, в которой описываются общие черты сопутствующих расстройств. Сопутствующие заболевания обычно усиливают тяжесть РПП и усложняют стратегии лечения, поэтому важно вовремя распознать их симптомы и убедиться в том, что пациент получает соответствующее лечение. Например, синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) настолько часто встречается при нервной булимии (НБ), расстройстве переедания (СП) и ожирении, что некоторые исследователи рекомендуют проводить скрининг на СДВГ у таких пациентов [Cortese et al., 2007; Davis et al., 2009; Dukarm, 2005]. Если консультант по питанию подозревает, что у пациента проявляются признаки и симптомы СДВГ или других психологических расстройств, он должен попросить разрешения поговорить с врачом пациента или его психиатром. Рекомендуем использовать последнюю редакцию *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* Американской ассоциации психиатров [American Psychiatric Association, 2013], где содержится превосходный обзор характеристик пациентов с конкретными психическими диагнозами. Консультанты по вопросам питания, возможно, также пожелают изучить основы психиатрических заболеваний в рамках повышения квалификации.

Сопутствующие заболевания, такие как тревожное расстройство, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), дисморфическое расстройство тела (ДР), употребление психоактивных веществ и аддиктивные расстройства, пограничное расстройство личности (ПРЛ), СДВГ, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), биполярное расстройство (маниакальная депрессия) и множественное расстройство личности, сосуществуют с РПП с определенной частотой. Пациенты с сопутствующим психиатрическим диагнозом часто медленнее, чем ожидалось, улучшают свое пищевое поведение. Например, у пациентов с депрессией могут возникнуть трудности с изменением поведения. Депрессия также может увеличить или уменьшить аппетит пациента или привести к употреблению пищи для “самолечения”.

Считается, что диагноз первичного, или “истинного”, ОКР увеличивает клиническую тяжесть у пациентов с РПП [Sallet et al., 2010]. Примерно у 10–35% пациентов с РПП на самом деле имеется первичное, или “истинное”,

ВРЕЗКА 3.3. Клинические особенности сопутствующих заболеваний

Большое депрессивное расстройство

- Сниженное настроение (например, чувство грусти или пустоты).
- Снижение интереса к занятиям, которые раньше доставляли удовольствие, нарушение сна (сокращение или удлинение ночного сна).
- Потеря энергии или значительное снижение уровня энергии.
- Трудности с концентрацией внимания, поддержанием разговора, принятием решений, которые раньше давались довольно легко.
- Суицидальные мысли или намерения.

Генерализованное тревожное расстройство

- Умеренное сердцебиение.
- Головокружение.
- Чрезмерное беспокойство.

Злоупотребление веществами и зависимости

- Употребление психоактивных веществ ухудшает функционирование дома, на работе, в школе.
- Управление автомобилем в состоянии опьянения.
- Продолжающееся использование психоактивных веществ, несмотря на правовые, социальные и межличностные проблемы.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ)

- Нестабильные отношения.
- Плохое или негативное самоощущение и саморазрушительное поведение.
- Перепады настроения и сильный гнев.
- Значительная импульсивность.
- Страх быть покинутым и отвергнутым.
- Пациенты чувствуют себя нуждающимися, беспомощными, прилипчивыми.

Биполярное аффективное расстройство

- Экстремально интенсивные эмоции (эйфория), за которыми следует депрессия.
- Повышенная самооценка.
- Разговорчивость.
- Сниженная потребность во сне.
- Рассеянность внимания.
- Чрезмерные траты, необдуманные решения.
- Опасное сексуальное поведение, употребление наркотиков или алкоголя.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

- Повторное переживание травмы в ночных кошмарах, навязчивых мыслях и воспоминаниях.
- Избегание ситуаций, людей или предметов, которые напоминают о травмирующем событии.
- Повышенная тревожность, пугливость.

Синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)

- Невнимательность: трудности с организацией деятельности, легко отвлекается и забывает.
- Гиперактивность: нервничает, беспокоится, много говорит, все время “на бегу”.
- Импульсивность: перебивает, испытывает трудности с ожиданием.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

- Постоянные, иррациональные навязчивые идеи, вызывающие тревогу.
- Неконтролируемые мысли, нарушающие повседневную деятельность.
- Повторяющиеся действия, выполняемые для снижения тревожности.

Адаптировано с разрешения Heffner Media Group из AllPsych Online <http://www.allpsych.com>.

ОКР, которое обычно диагностируется до начала РПП и продолжается после восстановления веса. Как упоминалось в главе 1, пациенты без первичной истории ОКР обычно имеют ОКР-подобные тенденции, особенно в отношении пищи, веса или образа тела, которые разрешаются с выздоровлением от РПП.

ПРЛ считается адаптивной реакцией на травматическое событие, и пациенты с пограничным расстройством личности часто страдают ПТСР, тяжелой депрессией или злоупотреблением психоактивными веществами. Многие пациенты с расстройствами пищевого поведения с ПРЛ испытали в детстве жестокое обращение или пренебрежение. Пациенты с ПРЛ почти всегда нуждаются в командном подходе и лучше всего реагируют на структурированные, директивные и поддерживающие вмешательства. Мы советуем консультантам по питанию не соглашаться на лечение пациентов с сопутствующим ПРЛ, если они не работают в хорошо скоординированной лечебной команде. При ПРЛ консультантам нередко приходится справляться с такими проблемами, как пропуск встреч, чрезмерно личные вопросы или инициирование ненадлежащего контакта между сессиями. Регулярные консультации с лечащим врачом по поводу психического здоровья пациента крайне необходимы, поскольку такие клиенты могут быть требовательными и демонстрировать резкие перепады настроения. Они склонны к расщеплению, часто словесно нападают и критикуют специалистов. Такие пациенты могут усиливать свое саморазрушительное поведение (например, резать себя), чтобы сохранить отношения с консультантом, или испытывают трудности с доверием к заботливому консультанту. Для управления любыми негативными реакциями при контрпереносе консультанту крайне важна супервизия.

Мы рекомендуем установить твердые, объективные, четко определенные и неоднократно уточняемые пределы в отношении таких вопросов, как доступность врачей вне сеансов, телефонные звонки, платежи, поведение во время сеансов консультирования и сохранение тайны от других специалистов. Полезны письменные контракты с изложением поведенческих целей и планов по преодолению кризисов. Пациенты с ПРЛ часто занимаются диалектической поведенческой терапией (ДПТ), ориентированной на индивидуальную или групповую терапию, и им будет полезен консультант по питанию, который знаком с этим подходом к лечению (см. главу 4).

Консультанту по питанию не следует слишком затягивать с требованием, чтобы пациенты с сопутствующими заболеваниями проходили курс одновременной психотерапии.

Пациенты, сообщающие о чувстве беспомощности или безнадежности либо приносящие значительные психологические проблемы на сеансы питания, также должны быть направлены на психотерапию. Подумайте о том, насколько важно, чтобы пациенты с такими диагнозами также участвовали в одновременной психотерапии с врачом-психиатром, который готов регулярно общаться с консультантом по питанию.

Суицидальные идеи, самоповреждения или история сексуального насилия часто связаны с диагнозом РПП и сопутствующими заболеваниями. Консультантам по вопросам питания целесообразно оценивать риск серьезного самоповреждения, непосредственно расспрашивая пациентов об их намерениях, например: “Вы думали о самоубийстве?”; “У вас есть план, как причинить себе боль или попытаться покончить с собой?”; “Есть ли у вас средства (оружие, алкоголь или таблетки), чтобы причинить себе вред?” Когда пациенты говорят о возможности самоубийства, они на самом деле просят о помощи — предоставьте им список рекомендаций, содержащий имена и телефоны соответствующих специалистов по психическому здоровью. Если пациенты признают наличие суицидальных мыслей и в настоящее время они не проходят курс психотерапии, им следует недвусмысленно дать указание немедленно обратиться к квалифицированному психиатру. Пациентам, которые уже занимаются психотерапией, следует сказать: “Разрешите поделиться этими проблемами с вашим терапевтом”.

Когда пациенты указывают на намерение причинить вред себе или кому-то еще, конфиденциальность не применяется. Беспокоясь о безопасности клиента, консультант по питанию должен немедленно уведомить психотерапевта пациента (или близкого человека, если пациент не проходит психотерапию).

Хорошей практикой является взять с пациента обещание не причинять себе вреда и обратиться к своему психиатру (или консультанту по питанию, если пациент не занимается психотерапией) при появлении суицидальных побуждений. Очень эффективно, когда пациенты подписывают “контракт”, подтверждающий план “безопасности”, в котором содержатся письменные инструкции по контакту с профессионалом перед нанесением себе вреда (врезка 3.4).

Пациентов, которые не могут пообещать консультанту свою безопасность и у которых есть определенный план и средства причинить себе вред, не следует оставлять одних или отправлять домой. Если психотерапевт пациента или горячая линия по кризисным ситуациям недоступны, консультант по вопросам питания должен позвонить по номеру экстренной

помощи, например 112. Риск суицидальности должен тщательно оцениваться специалистом в области психического здоровья и подвергаться агрессивному лечению, поскольку риск суицида среди пациентов с РПП превышает средние показатели.

Поскольку сексуальное насилие существенно повышает риск развития РПП [Sand, Coffey, Olsson, Reid, Carlin & Patton, 2008], консультанты по питанию, вероятно, будут лечить значительное число пациентов, которые также имеют историю сексуального насилия. Таким образом, консультанты по питанию должны иметь некоторое представление о соответствующих терапевтических реакциях на пациентов с этим типом анамнеза. Во-первых, консультанты по питанию должны иметь в виду, что им не следует углубляться в историю сексуального насилия пациента, хотя пациенты могут принести эту информацию на сеансы. Если пациенты раскрывают историю сексуального насилия, консультант по питанию должен выслушать их с уважением и ответить сочувствием. Важно внимательно следить за неуместными реакциями контрпереноса, например желанием утешить пациента объятиями. Пациенты с сексуальным насилием в анамнезе также должны работать с квалифицированным психотерапевтом.

ВРЕЗКА 3.4. Пример плана обеспечения безопасности

Это соглашение между консультантом по питанию, _____, и мною, _____.

1. Если у меня возникнут мысли о том, чтобы причинить физический вред себе или кому-то еще, я позвоню своему контактному лицу, _____, по телефону _____.
2. Если этот человек недоступен, я позвоню на круглосуточную кризисную линию по телефону _____ или по телефону психологической поддержки _____.
3. Если я все еще буду чувствовать себя суицидально настроенным и неуправляемым, то пойду в ближайшее отделение неотложной помощи.
4. Моя подпись на этом документе означает, что я согласен не причинять вреда ни себе, ни кому-либо другому.

Имя _____ Дата _____

Свидетель (консультант по питанию) _____ Дата _____

Проблемы с образом тела

Одно из лучших определений образа тела также является одним из самых ранних. В 1935 г. Шильдер (Schilder) определил образ тела в своей книге *The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche* (Образ и внешний вид человеческого тела: исследования конструктивных энергий психики) как “образ тела, который мы формируем в уме, т.е. способ, которым наше тело представляется нам самим” [Garner, Garfinkel, Stancer, & Moldofsky, 1976]. Другой способ определения образа тела — это то, как человек воспринимает и оценивает свое тело. Критерий DSM-IV, связанный с образом тела, — “нарушение в способе восприятия веса или формы тела” [American Psychiatric Association, 2000]. Другим диагностическим критерием DSM для нервной анорексии и нервной булимии является “чрезмерное влияние массы тела или его формы на самооценку” [American Psychiatric Association, 2000]. На момент написания книги синдром переедания еще не был включен в DSM в качестве диагностической категории, однако в клинической практике многие пациенты с СП удовлетворяют тем же критериям DSM, связанным с образом тела, что и пациенты с НА и НБ.

Проблемы образа тела при РПП являются многомерными и включают в себя: неудовлетворенность телом; сильный страх увеличения веса или ожирения даже при недостаточном весе; отрицание серьезности текущего низкого веса тела; нарушение способа восприятия веса или формы тела; негативную оценку своей физической внешности; переоценку значимости и чрезмерное влияние веса или формы тела на самооценку и самоценность; интернализацию социокультурного идеала худобы. Следует отметить, что к проблемам образа тела можно взаимозаменяемо применить ряд других терминов: нарушение образа тела (НОТ), нарушение веса тела, неудовлетворенность телом, расстройство образа тела, искажение образа тела, искаженный образ тела, негативный образ тела, плохой образ тела, нездоровый образ тела и страх ожирения.

Дисморфическое расстройство тела (ДРТ) — это крайняя форма неудовлетворенности телом, при которой чрезмерная озабоченность воображаемым или незначительным физическим дефектом вызывает значительное расстройство и нарушение функций, которые не объясняются расстройством пищевого поведения. ДРТ, наряду с ипохондрией и другими болевыми расстройствами, представляет собой отчетливое соматоформное расстройство — физические жалобы, которые не имеют медицинского объяснения [American Psychiatric Association, 2000].

Неудовлетворенность телом и образом тела характеризуются отрицательной оценкой физической внешности. Пациенты имеют искаженное представление о размере и форме своего тела. Нарушение образа тела включает в себя усвоение социально-культурного идеала худобы, недовольство телом и искажения образа тела [Garner, 2004; Stice, 2004]. Каждое из них может проявиться в проверках тела (см. ниже). Мы используем термин “нарушение образа тела” (НОТ) для обозначения общих проблем образа тела, связанных с РПП.

НОТ, связанное с весом, фигурой или худобой, служит для многих пациентов единственным или преобладающим ориентиром для самооценки. Гарнер и Бемис [Garner, & Bemis, 1985] объясняют, что масса тела привлекательна как мера ценности, поскольку санкционирована культурой и “однозначна, наблюдаема и поддается количественному измерению”. Кроме того, озабоченность размером, формой и весом тела часто является способом избежать неприятных ощущений или отвлечься от них [Pearson, Heffner, & Follette, 2010]. Виллапиано и Гудмен [Villapiano, & Goodman, 2001] пишут, что для пациентов с РПП “вес представляет в физической и конкретной форме боль, страдание, ужас, гнев, стыд или печаль в их жизни” и что “воля к подавлению негативных эмоций трансформировалась в желание контроля над телом”.

Работа с нарушением образа тела

НОТ — это одна из областей, в которой территория консультанта по питанию естественным образом пересекается с территорией психиатра. Психотерапевты обучаются выяснять истоки плохого образа тела (такие как детские поддразнивания, критика тела от значимых людей, история физического или сексуального насилия), а также предлагать пациентам более функциональные схемы для самооценки и самоуважения. Консультанты по вопросам питания, со своей стороны, предоставляют достоверную информацию о весе тела, его здоровых диапазонах, генетических детерминантах размера тела и негативных последствиях сильной потери веса.

Поскольку беспорядочное и недостаточное питание вызывает когнитивную дисфункцию, которая способствует НОТ, решение проблем с нарушением образа тела не зависит напрямую от лечения, хотя обычно ситуация улучшается по мере восстановления и поддержания здорового веса и использования плана питания. По нашему опыту, НОТ — это один из последних компонентов РПП, над которым нужно работать. Мы напоминаем

нашим пациентам, что НОТ является отличительным признаком РПП и, как ожидается, будет улучшаться по мере достижения прогресса (восстановления веса и нормализации питания) в лечении.

Одна из пациенток Херрин воскликнула: “Как только я набираю вес, я чувствую себя более худой!” Слушая подобные анекдоты, пациенты часто убеждаются, что в конечном итоге они тоже смогут более точно воспринимать самих себя. В то же время мы говорим пациентам, что совершенно нормально продолжать испытывать трудности с образом тела на протяжении всего лечения, но это стоит того.

Итак, нужно продолжать работать над формированием здорового образа тела у пациентов, используя когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), диалектическую поведенческую терапию (ДПТ), методы мотивационного интервьюирования (МИ) и терапию принятия и ответственности (АСТ), как описано ниже (подробнее об этих подходах рассказывается в главе 4). Используя психообразование, составляющий компонент КПТ, мы помогаем пациентам осознать, до какой степени неверно они воспринимают размер и форму своего тела. Текущий вес ребенка или подростка можно построить на графике прибавки индекса массы тела (ИМТ) с возрастом, где их ИМТ или размер одежды можно сравнить со средним, чтобы показать несоответствия. Взрослому человеку можно показать, что его ИМТ находится в пределах нормы. Дискуссия о точке баланса, определяющей нормальный вес тела, наследуемости, а также нормальном росте в течение всей жизни является поучительной для пациента с НОТ (см. главу 8). Рассказывая пациентам о влиянии генетики на форму и размер тела, можно спросить: “Чья у вас фигура?”; “На кого вы больше всего похожи?” Возможно, пациенты захотят посмотреть семейные фотографии, чтобы увидеть, как выглядели их родственники, когда находились примерно в том же возрасте.

Методы КПТ, такие как создание концептуализации и самоконтроль (см. главу 4), помогают пациентам понять, как проверка тела поддерживает НОТ. Проверка тела состоит из частого взвешивания, щипания или прикосновения к частям тела (животу, рукам, бедрам), измерения размера частей тела, многократного прикосновения к костям (бедрам, лопаткам, ключицам), чтобы проверить наличие выступов, осмотра живота или бедер, оценки тесноты одежды, частого рассматривания себя в зеркале и сравнения размеров и формы тела с другими людьми. Следует отметить, что пациенты редко рассказывают о компульсивных проверках тела. Фэйрберн [Fairburn, 2008] утверждает, что проверки тела — это

поведение, которое многие пациенты не признают и не понимают того, как оно поддерживает неудовлетворенность телом. Простого осознания того, насколько бесполезна проверка тела, может быть достаточно, чтобы некоторые перестали это делать [Fairburn, 2008]. Другим, возможно, придется сопротивляться проверке тела, закрывая зеркала или обещаясь не прикасаться к определенным частям тела в течение определенного периода времени. Пациентам, которые навязчиво проверяют форму и размер своего тела, можно посоветовать временно избегать зеркал в полный рост и более плотной одежды. Другая стратегия заключается в том, чтобы пациенты записывали каждый раз, когда они проверяют свое тело. После того как паттерны идентифицированы, начинается совместная работа над способами поведения, которые облегчают сопротивление проверке тела, например: не одеваться перед зеркалом или ограничивать время перед зеркалом до двух раз в день в течение 2 минут. Чтобы сделать проверку тела менее автоматической, можно попросить пациентов говорить себе: “Я проверяю тело”, — каждый раз, когда они замечают, что делают это. Пациенты с РПП, активно избегающие ситуаций, в которых могут показать свое тело другим или самим себе, может быть полезно выставить его напоказ перед зеркалом или с помощью ношения более открытой одежды.

Мы также инициируем дискуссии с пациентами о культурном и социальном давлении, которое постоянно испытывают все те, кто живет в западных обществах. Такие дискуссии часто вызывают соответствующее чувство возмущения, помогающее пациентам найти способ защититься от культурного давления, которое вынуждает их быть неестественно худыми. Нужно признать, что, к сожалению, потеря веса является социально приемлемой и измеримой, и продолжать объяснять, что это безвыходная ситуация — никакая потеря веса не приносит удовлетворения, если является целью сама по себе. Кроме того, поскольку значительная потеря веса приводит к метаболическим компенсациям, последующее его снижение достигается труднее. Результатом этого является дальнейшее снижение самооценки из-за чувства неудачи и вины. Как только пациенты осознают, что поддались культурному давлению, пропагандирующему худобу, может быть полезно с состраданием поговорить о том огромном давлении, которому подвергается каждый человек. В погоне за нереальными размерами и формами, которые диктуют общество, индустрия моды и даже члены семьи, многие чувствуют себя обязанными сосредоточиться на диете и физических упражнениях. Рассказ о разоча-

ровании консультанта текущими критериями привлекательности и тем, как они способствуют нарушению пищевого поведения, может помочь пациентам набраться сил, чтобы начать улучшать свой образ тела и преодолеть свое РПП. Во врезке 3.5 перечислены мероприятия, которые могут помочь пациентам справиться с социальным и культурным давлением, приводящим к НОТ.

ВРЕЗКА 3.5. Управление социальным и культурным давлением

- Избегайте журналов, предназначенных для изменения массы или формы вашего тела.
- Относитесь скептически к журналам, которые показывают идеализированные изображения тела.
- Пишите в журналы или рекламодателям, которые изображают только худых моделей.
- Высказывайтесь, когда вы видите рекламу или слышите сообщение, которые продвигают идеалы худого тела и заставляют вас плохо относиться к себе или своему телу.
- Напишите письмо рекламодателю, который, по вашему мнению, посылает позитивные, вдохновляющие сообщения, признающие и прославляющие естественное разнообразие форм и размеров человеческого тела. Подкрепляйте позитивные, подтверждающие послания.
- Вырывайте страницы журнала, содержащие рекламу или статьи, прославляющие худобу или унижающие достоинство людей больших размеров. Наслаждайтесь журналом без негативных сообщений СМИ о вашем теле.
- Поговорите со своими друзьями о сообщениях СМИ и о том, какие чувства они вызывают у вас.
- Составьте список компаний, которые постоянно посылают негативные сообщения об образе тела, и сознательно старайтесь не покупать их продукцию. Напишите им письмо, объясняя, почему вы используете свою "покупательную способность", чтобы протестовать против их сообщений.

Высокую эффективность показывают методы когнитивной реструктуризации КПТ для переформулировки мыслей и переведения разговора с самим собой из негативного ключа в позитивный (см. главу 4). Поскольку НОТ подкрепляется мыслями и разговорами с самим собой, критикующими размер и форму тела, учите пациентов замечать такие внутренние “диалоги”, а затем изменять их таким образом, чтобы они стали нейтральными по отношению к образу тела. Мы учим пациентов “контраргументам”, чтобы избежать цикла мышления, который оправдывает плохой образ тела, например: “Я знаю, что кардинальная особенность НА — это неправильное представление о моем собственном размере, поэтому нет ничего удивительного в том, что я чувствую себя толстым, даже если это не так”. Пациенты также могут научиться говорить: “Я буду чувствовать свой вес и форму более точно или так же, как сейчас, когда выздоровею”.

Чтобы проиллюстрировать, как негативные мысли о теле связаны с эмоциональным расстройством, Ларкин использует карикатурную диаграмму Кратины, названную “теорией широких бедер” [*Kratina, King, & Hayes, 2003*]. В этом провокационном мультфильме проблемы главной героини в отношениях с начальником вызывают у нее подавляющие и некомфортные чувства, которых она избегает, беспокоясь о размере своих бедер. В мультфильме у персонажа есть выбор: бесконечный путь изменения своих бедер (диета и чрезмерные физнагрузки) или путь к реальному решению проблем (разговор с боссом), который заканчивается нейтральными чувствами к ее бедрам. Другая стратегия — это обсуждение того факта, что “Жир — это не чувство”. В своей книге *Weight Wisdom* (Мудрость массы тела) Кингсбери и Уильямс [*Kingsbury, & Williams, 2003*] приводят целое собрание утверждений, которые бросают вызов плохому образу тела и сопровождающим его тревогам и депрессиям.

Мы обращаем внимание всех пациентов на то, что трудно заботиться о своем теле, если оно не нравится. С этой целью нужно учить пациентов регулярно проводить мероприятия по уходу за собой (методы ДПТ), направленные на заботу о своем теле, такие как личная гигиена и уход за собой, а также инвестиции в расслабление. Пациенты могут выбрать маникюр, массаж, короткий дневной сон или медитацию. Ларкин напоминает пациентам: “Все мы — младенцы во взрослых телах. Дети любят рутину, нуждаются в достаточном сне и пище; дети любят внимание и игру. Только от нас самих зависит, ответим ли мы на наши основные потребности в уходе за собой и попросим ли то, что не можем дать себе сами”. Снижение физической уязвимости путем реагирования на свое тело и физические потреб-

ности во сне, здоровой активности и питании также помогает управлять неудобными эмоциями.

В манере мотивационного интервьюирования сопереживайте и сочувствуйте пациентам по поводу их проблем с образом тела, обеспечивая при этом надежду на выздоровление. Валидируйте проблемы с образом тела и указывайте, что отрицательная оценка тела не означает, что оно неприемлемо по размеру, форме или весу, но иллюстрирует, что пациент “не очень хорошо относится” к своему телу. Разделяйте страдания пациента по поводу образа тела, активно прислушиваясь к его тревогам. Можно спросить, каким образом проблемы, связанные с образом тела, влияют на его жизнь. Матрица принятия решения об изменении (см. главу 4) помогает пациентам изучить плюсы и минусы НОТ и его влияние на общее благополучие. Тот факт, что консультант уделяет достаточно времени решению проблем образа тела, отражает эмпатию с его стороны по отношению к пациенту.

Мы на собственном опыте оценили приемы терапии принятия и ответственности (АСТ) в работе с НОТ. АСТ — это относительно новый подход, который фокусируется на безоценочной жизни в настоящем и принятии тревожных мыслей и чувств, а не на попытке их изменить [Pearson et al., 2010]. Консультанту не нужно соглашаться, спорить или бросать вызов пациентам, когда они говорят: “Я не могу делать «нечто», пока не похудею”. В этом случае следует отвечать простыми повторениями вроде: “Хорошо, значит, вам не нравится ваше тело”. Можно также использовать упражнения из АСТ, включая медитацию принятия тела, чтобы помочь пациентам улучшить образ тела. Эти медитации способствуют развитию самосострадания и любящей доброты, позволяя пациентам дружить с самим собой и заботиться о своем теле. Мы настоятельно советуем читателям ознакомиться с книгой Бейза *Mindful Eating: A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food* (Осознанное питание: руководство к новому здоровому и радостному отношению к еде) [Bays, 2009], которая продается в комплекте с компакт-диском с эффективными медитациями. Во врезке 3.6 перечисляются мероприятия, которые наши пациенты использовали для работы с НОТ.

ВРЕЗКА 3.6. Мероприятия по улучшению нарушения образа тела

- Напишите письмо своему телу, и пусть ваше тело ответит вам тем же.
- Напишите позитивные подкрепления для тела, такие как: “Я люблю свое тело независимо от его размера” и “Почему я так сильно люблю свое тело?”
- Смотрите на других женщин или мужчин с признательностью, а не с критикой или завистью [Goodman & Villapiano, 2001].
- Покупайте одежду, которая вам подходит.
- Занимайтесь любимым делом.
- Составьте список положительных характеристик о себе, не связанных с внешним видом.
- Устанавливайте связь со своим телом позитивным образом, например через практику йоги.

Резюме

- Консультанты должны стремиться быть искренними, надежными и заслуживающими доверия. Предоставление честной обратной связи, сохранение конфиденциальности, своевременность назначений и прямая информация о своей доступности вне сеансов — все это способствует развитию терапевтических отношений.
- Пациенты, которые считают, что консультанты по вопросам питания имеют отношение к их психологическим проблемам наряду с проблемами питания, менее склонны сопротивляться лечению или негативно реагировать на консультации по вопросам питания. Однако психологические отступления должны допускаться только в пределах соответствующих профессиональных границ.
- Самораскрытие о переживаниях консультанта по питанию или других пациентов в аналогичных обстоятельствах может быть полезным способом выразить прямое руководство и нормализовать то, что чувствует пациент.

- Консультантам по питанию часто приходится напоминать пациентам, что они не будут хранить секреты от других членов команды лечения или участвовать в расщеплении.
- Консультанты по вопросам питания должны понимать особенности сопутствующих психических расстройств и их влияние на ход лечения.
- НОТ включает в себя интернализацию социокультурального идеала худобы, неудовлетворенность телом и искажение образа тела и является одним из последних компонентов расстройства пищевого поведения, которое необходимо устранять.