

# Содержание

<b>Об авторах</b>	18
<b>Благодарности авторов</b>	19
<b>Введение, применение и основные концепции терапии</b>	25
Введение	25
Об этой книге	29
Разработка методов интегративной психотерапии	30
Компоненты МИП	36
Что такое методы интегративной психотерапии	39
Два важных примечания о расстройствах пищевого поведения	46
Опросники МИП	48
Диагноз и уровень смертности	50
Терминология МИП	55
Применение	56
Применение МИП на более высоком уровне психологической помощи	61
Адаптируемость методов интегративной психотерапии	62
Коморбидные расстройства личности	74
Важность медицинского освидетельствования при расстройствах пищевого поведения	78
Основные понятия	83
Концептуализация функций расстройств пищевого поведения	85
Концептуализация функций РПП и психологических вмешательств МИП	100
Основные поведенческие концепции	104
Подкрепление восприятия	106
Неосознанные и самоосознанные расстройства	108
Концептуализация выздоровления	112

<b>Часть 1. Индивидуальный метод терапии</b>	117
<b>Раздел 1.1. Введение в индивидуальный метод терапии</b>	118
Как использовать руководство при индивидуальной терапии	118
Другие разделы руководства по данной теме	119
<b>Раздел 1.2. Все об индивидуальном методе терапии</b>	120
Регулярное питание, вызывающее аппетит (РПВА)	120
Принятие своего тела и экспозиции (ПСТЭ)	122
ПСТЭ и РПВА	135
<b>Раздел 1.3. Индивидуальные вмешательства МИП при конкретных расстройствах</b>	136
Применение материала РПВА при расстройствах НДП	136
Индивидуальные вмешательства при нервной анорексии и атипичной нервной анорексии	140
Применение материала РПВА при нервной анорексии с восстановленным здоровьем	143
ПСТЭ при пограничном расстройстве личности	146
<b>Раздел 1.4. Думайте как бихевиорист</b>	148
“Это скучно”	148
Ход лечения по развитию РПВА	149
<b>Раздел 1.5. Поведенческая терапия и индивидуальные опросники МИП</b>	150
Подкрепление адаптивного поведения	151
Деадаптивное поведение	155
Четыре индивидуальных опросника МИП	158
Переход к материалам индивидуального подхода МИП	162
<b>Раздел 1.6. Аспекты применения материалов МИП</b>	170
Совместная семейная и индивидуальная терапия	170
Необходимые психологические вмешательства в амбулаторных условиях	175

<b>Раздел 1.7. Применение материалов МИП в индивидуальной терапии</b>	178
Раздаточные материалы РПВА	178
Раздаточный материал РПВА 1: информация о поведенческих проявлениях расстройств пищевого поведения	179
Раздаточный материал РПВА 2: психологические последствия расстройств пищевого поведения	187
Раздаточный материал РПВА 3: медицинские последствия расстройств пищевого поведения	189
Раздаточный материал РПВА 4: путь к выздоровлению от расстройства пищевого поведения	190
Раздаточный материал РПВА 5: как работает регулярное питание	191
Раздаточный материал РПВА 6: пять поведенческих проявлений РПП и пять восстановительных моделей поведения	192
Раздаточный материал РПВА 7: тревога, вина и отвращение в процессе восстановления	194
Раздаточный материал РПВА 8: принятие у потребленной пищи	196
Раздаточный материал РПВА 9: тяжелый труд, который того стоит	197
Раздаточный материал РПВА 10: попробуй не думать о розовом кексе	202
Раздаточный материал РПВА 11: отвлечение и осознанность	204
Раздаточный материал РПВА 12: регулярное питание и питание согласно сигналам голода и сытости	205
Раздаточный материал РПВА 13: как работает питание согласно сигналам голода и сытости	205
Раздаточный материал РПВА 14: “топливный бак” человека	206

Раздаточный материал РПВА 15: шесть поведенческих проявлений РПП и восстановительных моделей поведения РПВА	207
Раздаточный материал РПВА 16: не могу понять, голоден я или расстроен	209
Раздаточный материал РПВА 17: еда везде и всегда	210
Раздаточный материал РПВА 18: почему диета не работает	213
Раздаточный материал РПВА 19: уважение к пище	213
Раздаточные материалы ПСТЭ	214
Раздаточный материал ПСТЭ 1: как мое расстройство пищевого поведения влияет на образ тела	215
Раздаточный материал ПСТЭ 2: принятие своего тела и экспозиция	216
Раздаточный материал ПСТЭ 3: положительный образ тела и принятие	217
Раздаточный материал ПСТЭ 4: подробно об экспозиции	217
Раздаточный материал ПСТЭ 5: одиннадцать поведенческих проявлений РПП и одиннадцать восстановительных моделей поведения ПСТЭ	217
Раздаточный материал ПСТЭ 6: когда упражнения вредны для здоровья	218
Раздаточный материал ПСТЭ 7: упражнения и иллюзия улучшения образа тела	219
Раздаточный материал ПСТЭ 8: поведенческие проявления избегания своего тела	219
Раздаточный материал ПСТЭ 9: ЗНОЙные навыки для устранения избегания тела	220
Раздаточный материал ПСТЭ 10: поведенческие проявления исследования своего тела	221
Раздаточный материал ПСТЭ 11: навыки БОМБА для устранения исследования тела	221

Раздаточный материал ПСТЭ 12: сравнение себя с окружающими	224
Раздаточный материал ПСТЭ 13: реальные и воображаемые страхи	224
Раздаточный материал ПСТЭ 14: добираемся до сути	231
Раздаточный материал ПСТЭ 15: сострадание и причинение себе вреда	231
Раздаточный материал ПСТЭ 16: как относиться к себе с добротой	232
Раздаточный материал ПСТЭ 17: благодарность за тело	232
Раздаточный материал ПСТЭ 18: представьте, что это навсегда	234
Раздаточный материал ПСТЭ 19: представляя выздоровление	236
Раздаточный материал ПСТЭ 20: как начать жить без расстройства пищевого поведения	236
Раздаточный материал ПСТЭ 21: тело — это ваш храм	237
Раздаточный материал ПСТЭ 22: восстанавливая связь	237
Раздаточный материал ПСТЭ 23: признание влияния на других	238
Раздаточный материал ПСТЭ 24: развитие ежедневной практики благодарности	239
Раздаточный материал ПСТЭ 25: восемнадцать советов по продолжительному выздоровлению	239
<b>Часть 2. Групповой метод терапии</b>	<b>241</b>
<b>Раздел 2.1. Введение в групповой метод терапии</b>	<b>242</b>
Разделы группового метода терапии	242
Непрерывный прием клиентов	242
“Группы” по одному	243
Опросник группового подхода МИП	243

<b>Раздел 2.2. Роль психотерапевта</b>	245
Поведенческие проявления непереносимости на сессии	245
Защитное поведение на групповой терапии	248
Практика осознанности в групповой терапии	250
<b>Раздел 2.3. Проведение групповой терапии МИП</b>	253
Первая групповая терапия клиента	253
Правила групповой терапии МИП	253
Что разрешено на групповой терапии МИП	256
Домашнее задание при непрерывном приеме клиентов	256
Необходимые материалы	257
<b>Раздел 2.4. Применение материалов МИП в групповой терапии</b>	259
Раздаточные материалы по осознанности и принятию (ОИП)	259
Раздаточный материал ОИП 1: модель расстройств пищевого поведения МИП	260
Раздаточный материал ОИП 2: быть сытым не означает быть толстым!	265
Раздаточный материал ОИП 3: расстройство пищевого поведения и восстановительное поведение	269
Раздаточный материал ОИП 4: как справиться с побуждением к ограничению пищи	272
Раздаточный материал ОИП 5: монстры расстройства пищевого поведения	277
Раздаточный материал ОИП 6: “милые” уроки	280
Раздаточный материал ОИП 7: триада расстройства пищевого поведения	284
Раздаточный материал ОИП 8: тревога при расстройстве пищевого поведения	288
Раздаточный материал ОИП 9: отвращение при расстройстве пищевого поведения	290

Раздаточный материал ОИП 10: чувство вины при расстройстве пищевого поведения	292
Раздаточный материал ОИП 11: влияние расстройства пищевого поведения на ценности	297
Раздаточный материал ОИП 12: ложные обещания	300
Раздаточный материал ОИП 13: замечая мысли в своей голове	303
Раздаточный материал ОИП 14: упражнение “Листья на реке”	307
Раздаточный материал ОИП 15: мотивация к выздоровлению	309
Раздаточный материал ОИП 16: как рассказать другим о своем расстройстве пищевого поведения	314
Раздаточный материал ОИП 17: почему ты можешь ненавидеть контролируемое питание	316
Раздаточный материал ОИП 18: как справиться с побуждением к переяданию	322
Раздаточный материал ОИП 19: как справиться с побуждением к очищению	325
Раздаточные материалы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)	327
Раздаточный материал КПТ 1: общие стрессоры и триггеры расстройства пищевого поведения	328
Раздаточный материал КПТ 2: классификация мыслей при расстройстве пищевого поведения	331
Раздаточный материал КПТ 3: за и против мыслей, вызываемых расстройством пищевого поведения	333
Раздаточный материал КПТ 4: мониторинг мыслей	335
Раздаточный материал КПТ 5: плюсы и минусы действий в соответствии с побуждениями расстройства пищевого поведения	337
Раздаточный материал КПТ 6: позитивный внутренний диалог	340
Раздаточный материал КПТ 7: копинг-карточки	343

Раздаточный материал КПТ 8: активное решение проблем при расстройстве пищевого поведения	344
Раздаточный материал КПТ 9: проблемы перфекционизма	346
Раздаточный материал КПТ 10: забота о себе при расстройстве пищевого поведения	350
Раздаточный материал КПТ 11: письмо к своему расстройству пищевого поведения	352
Раздаточный материал КПТ 12: план предотвращения рецидивов	353
Раздаточный материал КПТ 13: вспоминая все, что мы узнали	355
<b>Часть 3. Семейный метод терапии</b>	<b>357</b>
<b>Раздел 3.1. Введение в семейный метод терапии</b>	<b>358</b>
Основные концепции семейной терапии	358
Расстановка сил расстройства пищевого поведения	362
Подкрепление — это ключ	373
Поведение, защищающее РПП	381
Поведенческие проявления на сессии	383
<b>Раздел 3.2. МИП и поведенческая семейная терапия</b>	<b>385</b>
Этапы и фазы семейной терапии МИП	385
Семейный подход МИП при разных диагнозах	389
Опросники семейного подхода МИП	391
Кто вовлечен в лечение	394
<b>Раздел 3.3. Применение материалов МИП в семейной терапии</b>	<b>400</b>
Примечания о раздаточных материалах семейной терапии МИП	400
Первый этап семейной терапии МИП	401
Второй этап семейной терапии МИП	478

<b>Приложения</b>	513
<b>Приложение А. Полный список раздаточных материалов индивидуальных, групповых и семейных МИП</b>	514
Индивидуальный метод терапии	514
Раздаточные материалы семейной терапии первого этапа	518
Раздаточные материалы второго этапа семейной терапии	521
<b>Приложение Б. Раздаточные материалы семейных МИП, предоставляемые психотерапевтом</b>	523
Раздаточный материал СМ ПС.1: двенадцать правил лечения для лиц, осуществляющих уход за детьми с анорексией	524
Раздаточный материал СМ ПС.2: десять правил лечения для лиц, осуществляющих уход за детьми с расстройствами пищевого поведения	529
Раздаточный материал СМ ПС.3: поведенческие проявления РПП в Интернете	534
Раздаточный материал СМ ПС.4: элементарно, Ватсон!	537
<b>Приложение В. Полный список раздаточных материалов по мониторингу</b>	539
<b>Литература</b>	540
<b>Аббревиатуры</b>	549
<b>Ключевые понятия</b>	551

## Раздел 1.5

# Поведенческая терапия и индивидуальные опросники МИП

Опросники МИП помогают психотерапевту и клиенту эффективно пройти курс лечения, поскольку напоминают о текущих целях и задачах терапии. Опросники, по сути, являются кратким изложением плана лечения. Каждый опросник имеет подробное описание, которое содержит следующую информацию: сводный обзор поведенческих проявлений, убеждений, социальных взаимодействий и физических симптомов, которые должны либо усиливаться, либо уменьшаться в ходе лечения. Таким образом, когда клиент изучает эту информацию, он осознает, какие модели поведения дезадаптивны, а какие адаптивны. Просматривая тот или иной опросник МИП каждую неделю перед сессией, клиент напоминает себе о целях лечения, что помогает ему справляться с дезадаптивным поведением. Не стоит забывать, что конечная цель лечения — предоставить человеку с расстройством пищевого поведения возможность взять выздоровление и жизнь в свои руки.

В то же время опросники МИП дают психотерапевту четкое представление о том, что требует дополнительного подкрепления. Если у клиента уже наблюдается восстановительное поведение, психотерапевт должен оказывать позитивное внимание, ориентированное на восстановление (ПВ-ОНВ) (подкрепление), тем самым помогая клиенту формировать свое поведение. Опросники МИП также являются полезными инструментами для выявления пиков поведенческих проявлений РПП и направления лечения в нужное русло. Например, если клиент внезапно сообщает об очищении, фокус сессии может сместиться на устранение такого поведения. Другими словами, опросники МИП — это клинические инструменты, которые

определяют цели каждого метода лечения, предоставляют клиенту правильные ориентиры, выделяют области, которые психотерапевту необходимо укрепить, и помогают не терять фокус терапии.

## **Подкрепление адаптивного поведения**

Бихевиорист, специализирующийся на расстройствах пищевого поведения, всегда ищет возможности для формирования адаптивного поведения. Анализ индивидуальных опросников МИП вместе с клиентом дает прекрасную возможность для подкрепления восстановительного поведения, переносимости негативных эмоций, активного оспаривания убеждений, полноценных социальных взаимодействий и действий по улучшению физического здоровья. В этом разделе рассматривается именно этот навык.

### ***Восстановительное поведение***

В отношении любого проявления восстановительного поведения (например, регулярные приемы пищи или употребление продуктов, вызывающих страх), которое клиент отмечает в дневнике питания, психотерапевт должен оказать ПВ-ОНВ. Например, психотерапевт может сказать: “Похоже, вы проделали действительно отличную работу на этой неделе. Я вижу, что вы употребляли в пищу продукты, которых раньше избегали”.

### ***Негативные и позитивные эмоции***

Также важно говорить с клиентом о том, как он переживает негативные и позитивные эмоции. Если клиент сообщает об отрицательных эмоциях, то психотерапевт должен объяснить, что этот опыт желателен для эффективного лечения. Например, психотерапевт может подметить следующее: “Наряду с употреблением продуктов, которых вы избегали, вы написали, что испытывали интенсивные негативные эмоции на этой неделе. Это очень хороший знак! Единственный путь к восстановлению — есть продукты, которых вы опасаетесь, и терпеть эмоции, которые вы испытываете после этого.

Ваши поступки и действия говорят сами за себя, вы действительно стараетесь. Это прекрасно, что вы смогли перенести эти негативные эмоции”.

Если клиент говорит, что испытывает какие-либо положительные эмоции после еды, стоит с ним это обсудить. Важно различать, исходят ли эти эмоции от расстройства пищевого поведения (“Я доволен, что смог избежать всех углеводов в этом приеме пищи”) или они исходят от здорового “я” (“Я рад, что смог перебороть себя и съесть углеводы”). Если позитивные эмоции возникают из-за РПП, укажите, что расстройство удерживает желание испытать положительные эмоции от ограничения и избегания пищи. Если, однако, выздоравливающее “я” выражает какие-либо положительные эмоции, это нужно проговорить на сессии. Например, психотерапевт может сказать: “Позвольте себе испытать любые позитивные чувства, даже незначительные, после еды. Здоровое “я” празднует ваш тяжелый труд, несмотря на расстройство. Эти положительные чувства — сигнал от вас, т.е. ваше “я” просит продолжать в том же духе”.

Для многих клиентов испытывать положительные эмоции в ответ на восстановительное поведение — сложный опыт. Расстройство пищевого поведения будет пытаться разрушить этот паттерн. В клинической практике клиенты часто сообщают о негативных реакциях (например, что они чувствуют себя “жирными неудачниками”) в ответ на положительные эмоции, связанные с завершением приема пищи. Поэтому психотерапевту необходимо обеспечить подкрепление адаптивных и адекватных реакций на восстановление. Если клиенты реагируют на позитивные эмоции отрицательно, поощряйте их терпимость как к отрицательному, так и положительному опыту. Не рекомендуется отказываться от подкрепления того, что переживание позитивных эмоций адаптивно, лишь потому, что клиент испытал негативные эмоции. Клиенты очень часто будут испытывать отрицательные эмоции при лечении РПП в ответ на здоровое и адаптивное подкрепление, потому что таким образом расстройство сопротивляется. Это не означает, что нельзя выражать поддержку или подкрепление. Отказ от вмешательства из-за того, что расстройство пищевого поведения вызывает у человека негативные

эмоции, не позволяет людям полностью выздороветь. Помните, что нельзя считать клиентов хрупкими, поскольку это лишь усугубляет и подпитывает расстройство.

### ***Подкрепление знаний и отношения к выздоровлению***

Если клиент демонстрирует прогресс в развитии здоровых убеждений, психотерапевт подкрепляет его посредством обратной связи и похвалы. Например, если в начале лечения клиент с психогенным перееданием был убежден в отсутствии связи между ограничением пищи и потерей контроля над питанием, а при более поздней оценке подтвердил, что видит и осознает эту связь, психотерапевт может отметить, что в процессе терапии клиент научился многому благодаря консультированию по психологическим понятиям.

### ***Комментарии о теле***

Ни один пункт в разделе “Комментарии о теле” не представляет адаптивного поведения, поэтому он сосредоточен на снижении поведенческих проявлений РПП. Психотерапевт может заметить за клиентом следующее: “Когда вы только начали лечение, вы очень часто как-то описывали свое тело (в большинстве случаев в негативном ключе), а на этой неделе вы ни разу этого не сделали. Это говорит о том, что вы действительно прилагаете усилия для того, чтобы выздороветь”. Учтите, что лестные комментарии о чужом теле — это не адаптивное поведение. Независимо от того, выносит клиент положительные или отрицательные суждения о теле другого человека, это в любом случае суждения. Цель состоит в том, чтобы избавиться от каких-либо суждений. Следовательно, в контексте этого лечения все комментарии о чужом теле, положительные или негативные, являются частью осуждающей модели мышления расстройства пищевого поведения. Однако иногда клиент может просматривать онлайн-контент, ориентированный на выздоровление, и писать что-то вроде: “Вы прекрасно выглядите” другим выздоровевшим клиентам. Поскольку это общее утверждение, оно не указывает конкретно на тело (как, например, “У тебя такие стройные

ноги”). Подобные комментарии — проявление поддержки, поэтому они вполне приемлемы.

### ***Улучшение физического здоровья***

Хотя клиента нельзя напрямую хвалить за улучшение физического здоровья, его восстановительное поведение, которое, по сути, привело к этому улучшению, можно похвалить. Можно провести параллели между поведенческими проявлениями РПП и заболеванием, восстановительным поведением и здоровьем. Следует попросить клиентов вспомнить, как они физически себя чувствовали, когда симптомы расстройства были хуже, и сравнить с тем, как они ощущают себя на сегодняшний день. Например, психотерапевт может сказать: “Когда расстройство было в своем худшем проявлении, вы прошли через все эти физические проблемы из-за него. Вспомните, на что это было похоже. Как вы себя чувствовали? Теперь сравните с тем, что вы физически чувствуете сейчас. Вам намного лучше, правда? Благодаря вашему труду над развитием регулярного и полноценного питания, а также переносимости негативных эмоций, ведению дневника питания, посещению групповой терапии, выполнению домашних заданий и практике копинг-навыков вы смогли улучшить свое здоровье”. Таким образом, поведение клиента связано с облегчением физических симптомов и вербально подкрепляется психотерапевтом.

Однако при рассмотрении опросника МИП в начале лечения не рекомендуется указывать клиенту с неосознанным расстройством пищевого поведения, что именно расстройство вызывает все эти физические нарушения. Это обсуждение следует отложить до обзора *раздаточного материала РПВА 3: медицинские последствия расстройств пищевого поведения*.

### ***Ценности***

Ценности перечислены в мере принятия своего тела и экспозиции (ПСТЭ). Хотя в групповых вмешательствах есть раздаточный материал по ценностям (см. *раздаточный материал ОИП 11: влияние*

*расстройства пищевого поведения на ценности*), рекомендуется применять его и в индивидуальной терапии. Со временем, когда худоба теряет первостепенную важность, психотерапевт может подкрепить эту тенденцию. Также на сессиях индивидуальной терапии следует подчеркнуть, что фокус лечения — действия согласно ценностям, предшествующим РПП.

## Дезадаптивное поведение

После анализа адаптивного поведения оставшаяся часть сессии в основном посвящена обсуждению и решению проблем, связанных с дезадаптивным поведением, и ознакомлению с раздаточными материалами. Например, если клиент сообщает о регулярных пищевых ограничениях, часть сессии следует посвятить решению проблемы ограничительного питания и планированию регулярного режима питания на предстоящую неделю. При необходимости можно просмотреть прошлые раздаточные материалы по теме (например, *раздаточный материал РПВА 1: информация о поведенческих проявлениях расстройств пищевого поведения*) или ввести новый материал МИП, даже если он касается группового подхода, например *раздаточный материал ОИП 4: как справиться с побуждением к ограничению* (навыки полноценного питания). Перед тем как перейти к основной теме сессии, важно кратко просмотреть тот или иной опросник МИП, изучив все аспекты, которые могут дать повод насторожиться.

Как правило, необходимо решить следующие вопросы.

- Любая проблема со здоровьем, о которой недавно сообщал клиент.
- Ограничение пищи.
- Очищение, прием слабительных и другие проявления непереносимости.
- Негативные комментарии в адрес своего тела в Интернете (“злая” мотивация).
- Избегание пищи.

Хотя связанные эмоции (воспринимаемые некоторыми как основополагающие проблемы) и самосострадание могут увлечь психотерапевта на сессии, важно понимать приоритеты в лечении и место этих целей терапии в иерархии потребностей клиента. Если у клиента наблюдаются какие-либо из вышеперечисленных проблем, их нужно решить в первую очередь — безопасность превыше всего. Кроме того, клиент может быть еще не готов бороться со связанными эмоциями и развивать самосострадание. В этом вопросе необходимо использовать клиническую оценку.

### ***Раздел “Комментарии о теле” опросника МИП***

Все вопросы в этом разделе связаны с комментариями клиента о телах других людей и комментариями на эту же тему в свой адрес. Первые два пункта в этом разделе относятся к намеренно враждебным комментариям. Остальные элементы касаются и отрицательных, и лестных комментариев.

Как уже говорилось в разделе “Основные понятия” этого руководства, “злая” мотивация — это особенно важная тема. Чтобы не привлекать внимание к такому поведению, о данном виде мотивации не спрашивают прямо. Вместо этого рекомендуется задать следующие вопросы.

- Отзывались ли люди в Интернете о вашем теле негативно или пренебрежительно по какой-либо причине?
- Писали ли вы по какой-либо причине негативные комментарии о теле другого человека в Интернете?

Таким образом, помимо информации об издевательствах, психотерапевт может узнать о замечаниях унижительного характера, которые клиент, возможно, хотел получить ради “злой” мотивации. Если любое из поведенческих проявлений в опроснике “Комментарии о теле” подтверждено числом, превышающим 0, требуется дальнейший анализ.

В зависимости от ответов клиента психотерапевт может попросить дополнить их.

- Расскажите мне подробнее о том, что произошло, когда кто-то сказал что-то негативное о вашем теле в Интернете.
- Расскажите подробнее о том, что произошло, когда вы сказали что-то плохое о теле другого человека в Интернете.

Если выясняется, что клиент настойчиво просит о негативных комментариях в свой адрес, важно обсудить это с лицами, осуществляющими уход, и сделать устранение такой модели поведения основной целью лечения. Кроме того, необходимо установить родительский контроль на электронные девайсы, которые использует подросток. Клиенту не следует проводить консультирование на тему подкрепляющего характера негативных комментариев о теле. Такое поведение должно быть ограничено путем предотвращения доступа к тем или иным веб-сайтам и вербального подкрепления за отказ от этой модели поведения.

Если клиент заявляет о том, что окружающие делают комментарии о его теле, следует предпринять меры по устранению или уменьшению данного явления. Например, если выясняется, что члены семьи высказывают замечания по поводу тела клиента, то психотерапевт может предоставить и разъяснить *раздаточный материал СМ/КЛ 1.23: прекратите разговоры о теле!* (раздаточные материалы семейного подхода МИП) членам семьи, присутствующим на сессии. Также клиент, к примеру, может публиковать в социальных сетях множество фотографий своего тела в откровенной одежде (например, в купальном костюме), при этом специально согнувшись. Следовательно, целью лечения может быть сокращение количества публикаций подобных фотографий.

### ***Раздел “Физическое состояние” опросника МИП***

Важно следить за медицинскими проблемами, чтобы в случае ухудшения уведомить лиц, осуществляющих уход, и врача-терапевта.

Клиентам с ПП не требуется слишком часто заполнять опросник “Физическое состояние”.

## Четыре индивидуальных опросника МИП

Этот раздел описывает индивидуальные опросники методов интегративной психотерапии.

### 1. Опросник *“Регулярное питание”*

Опросник регулярного питания — это еженедельное анкетирование, проводимое в начале индивидуальной терапии, когда основной целью лечения является развитие регулярного питания. Его проводят только в период до введения материала по питанию согласно сигналам голода и сытости. Несмотря на то что основные концепции лечения, представленные в опроснике регулярного питания, возможно, не были охвачены в ходе терапии, эту оценку все же можно проводить на исходном уровне (например, при первой встрече с клиентом). Если у клиентов есть какие-либо вопросы касательно пунктов опросника, просто обсудите их с клиентами.

**Клиенты, получающие поддержку семьи.** Если клиент, который систематически проходит психологические вмешательства по регулярному питанию, также получает поддержку семьи, опросник регулярного питания может применяться одновременно с соответствующим семейным опросником. Но только в том случае, если лица, осуществляющие уход, контролируют питание клиента лишь частично. Так же, как семейная поддержка и индивидуальная терапия, так и семейные опросники и опросник регулярного питания не исключают друг друга. В обоих подходах разделы “Физическое состояние” и “Комментарии о теле” идентичны. Следовательно, если клиент проходит семейный опросник в тот же день, что и опросник по регулярному питанию, ему не нужно заполнять дублирующиеся разделы.

### 2. Опросник *“Питание согласно сигналам голода и сытости”*

Первая версия опросника по питанию согласно сигналам голода и сытости, созданная в 2011 г. Тарой Делиберто и ее коллегами

[*Deliberto, Reinharth, & Sanderson, 2012*], была доработана Стефани Джейкобс (Stephanie Jacobs) и Томасом Хильдебрандтом (Thomas Hildebrandt) [*Deliberto, Jacobs, Sanderson & Hildebrandt, 2014*]. Первоначально этот опросник назывался *Eating Beliefs and Behaviors Questionnaire* (ЕВВQ) и основывался на исследовании подавления мыслей, связанных с едой, и переедания. В данном руководстве он был изменен для клинического использования.

Опросник по питанию согласно сигналам голода и сытости предназначен для каталогизации дезадаптивных мыслей и поведения, поскольку они относятся к адаптивной практике данного типа питания. Если питание в соответствии с сигналами голода и сытости (т.е. человек ест, когда голоден, и останавливается, когда сыт) — это психологически здоровое поведение, то патология может быть поведенчески определена на основе этих опорных критериев. В контексте расстройства пищевого поведения эти четыре модели поведения можно рассматривать как психологически дезадаптивные и, следовательно, как цели лечения.

1. Отказ от пищи, несмотря на чувство голода.
2. Употребление пищи после ощущения сытости.
3. Отказ от пищи до чувства сытости.
4. Употребление пищи при отсутствии чувства голода.

Таким образом, эти четыре модели поведения оцениваются с помощью опросника “Питание согласно сигналам голода и сытости”. Также в опросник были включены другие варианты поведения, соответствующие этой структуре (в том числе адаптивное поведение).

Помимо оценки поведения, был разработан раздел, посвященный убеждениям о поведенческих проявлениях РПП. Эти убеждения отражают образ мышления, противоречащий адаптивному стилю питания [*Deliberto et al., 2014*]. Поскольку элементы предназначены для индивидуального подхода в клинической практике, не было разработано каких-либо шкал, из-за чего общий балл не рассчитывается. Важно отметить каждый отдельный элемент. Эти убеждения должны быть целью консультирования посредством раздаточных материалов МИП и поведенческой терапии, ориентированной

на сигналы голода и сытости. С точки зрения бихевиоризма в данном случае изменение поведения предшествует изменению мышления.

### ***Рекомендуемое применение***

Опросник “Питание согласно сигналам голода и сытости” рекомендуется вводить до применения вмешательств, связанных с этим видом питания, в контексте РПВА, а также проводить его по мере необходимости на протяжении всего лечения и по завершении курса терапии. Но при желании его также можно проходить еженедельно вместе с опросником по РПВА. Прогресс следует рассматривать вместе с клиентом через время.

### ***Опросник как помощь в принятии правильного решения***

В соответствии с моделью этого руководства, основанной на клинической практике, абсолютно точно оценить то, когда конкретный клиент готов к питанию согласно сигналам голода и сытости (часть РПВА), к сожалению, невозможно. Несмотря на это, опросник “Питание согласно сигналам голода и сытости” может предоставить информацию, которая будет полезна при принятии решения. Например, если клиент с очищением в анамнезе отметил около 75% пунктов в разделе “Убеждения” оценкой 5, 6 или 7, то он, скорее всего, не готов к данной части РПВА. Возможно, клиенту следует продолжать развивать регулярное питание и узнать больше о питании согласно сигналам голода и сытости. После пары недель подобного консультирования попробуйте еще раз провести опросник по питанию согласно сигналам голода и сытости, чтобы проверить, улучшились ли результаты. Если они действительно улучшились, то эффективность упражнений по развитию питания согласно сигналам голода и сытости значительно повышается. Для клиентов с ПП риск проявления поведения непереносимости не так высок, как для тех, кто имел в анамнезе такое поведение. Таким образом, хотя консультирование полезно для воспитания готовности к психологическим вмешательствам, нет необходимости использовать консервативный

подход и длительный период изучения темы перед тем, как приступить к поведенческим целям лечения — есть, когда голоден, и останавливаться, когда сыт.

Сам по себе опросник является довольно шаблонным инструментом, который помогает специалисту решить, готов ли клиент к развитию питания согласно сигналам голода и сытости. Кроме того, он учитывает такие факторы, как уровень поддержки со стороны лиц, осуществляющих уход, поведенческие проявления непереносимости, история болезни и когнитивная гибкость клиента.

### **3. Опросник РПВА**

Опросник “Питание согласно сигналам голода и сытости” предназначен для того, чтобы помочь специалисту получить исчерпывающее представление обо всех убеждениях и моделях поведения, которые клиент может демонстрировать на наиболее важных этапах терапии (например, до введения вмешательств по развитию питания согласно сигналам голода и сытости и по окончании лечения). Опросник РПВА, в свою очередь, разработан для еженедельной оценки. Этот опросник должен применяться после введения психологических вмешательств по развитию питания согласно сигналам голода и сытости. После введения опросника РПВА в курс лечения опросник по регулярному питанию больше не проводится, но опросник по питанию согласно сигналам голода и сытости может применяться в сочетании с опросником РПВА.

### **4. Опросник ПСТЭ**

Экспозиции по принятию своего тела не рекомендуется вводить с самого начала индивидуальной терапии так же, как и заполнять опросник по принятию своего тела и экспозиции с первого дня лечения. Некоторые пункты опросника могут смутить клиентов, которые еще не готовы к подобной эмоциональной нагрузке. Более того, определенные вопросы похожи на мини-экспозицию. Если клиенты находятся на этапе лечения, когда поведение, связанное с питанием и пищей, под контролем, и они готовы работать над здоровыми моделями

поведения, связанными с телом, то до введения этого опросника необходимо изучить с клиентом концепцию ПСТЭ. Как только клиент осознает, что в этой части лечения ему нужно будет переносить негативные эмоции и скрытые страхи, опросник можно заполнять.

**Домашнее задание.** Каждую неделю клиенты получают домашнее задание, выполнение которого занимает от пяти до десяти минут в день. Выполнение домашнего задания необходимо для успешного усвоения навыков и концепций, которым психотерапевт обучает на сессиях. Когда клиенты делают домашнее задание, не забудьте оказать ПВ-ОНВ, например, подметив: “Ты молодец, что не забываешь о домашней работе”. Если клиенты не выполняют домашнее задание, требуется небольшое вмешательство со стороны психотерапевта. Если психотерапевт знаком с диалектической поведенческой терапией [Linehan, 1993, 2014a, 2014b], рекомендуется провести анализ цепи событий (также *цепной анализ*). В том случае если психотерапевт не знаком с диалектической поведенческой терапией, не волнуйтесь! В большинстве случаев достаточно просто спросить: “Что помешало выполнить задание на этой неделе?” После этого рекомендуется решить проблемы, которые мешают клиенту выполнить домашнее задание.

## Переход к материалам индивидуального подхода МИП

Как мы более подробно опишем далее, регулярное питание должно быть первой целью лечения. У каждого клиента часть РПВА, посвященная развитию регулярного режима питания, займет разное время. Поскольку это модель, основанная на клинической практике, а не строгий протокол, заранее определенное количество сессий не предлагается. Время, необходимое для установления регулярного питания, будет зависеть от множества факторов, включая тяжесть заболевания, степень неосознанности расстройства клиента (эгосинтония), мотивацию, ресурсы и т.д. Следующая информация также важна для определения того, готов ли клиент перейти к психологическим вмешательствам по питанию согласно сигналам голода и сытости.

- Стабильность физического здоровья клиента.
- Информация в дневнике питания клиента.
- Побуждения к ограничению и избеганию пищи, о которых сообщает клиент.
- Ответы клиента в опросниках МИП.
- Самостоятельно выраженная готовность клиента приступить к новым целям лечения.

### ***Критерии применения индивидуального материала МИП***

Приведенные ниже рекомендации предназначены для того, чтобы помочь специалисту разобраться в индивидуальных раздаточных материалах МИП. Не все случаи точно вписываются в различные части схемы, представленной здесь, тем не менее эта информация предназначена для того, чтобы указать психотерапевту нужное направление в лечении.

Вводите материал РПВА по развитию *регулярного питания*, если:

- вес клиента находится в пределах его индивидуальной нормы;
- физическое здоровье клиента восстановлено (при НА и АНА);
- клиент прошел медицинское освидетельствование для определения соответствующего уровня лечения;
- у клиента активное расстройство пищевого поведения, при котором присутствует ограничение в питании.

Вводите материал РПВА по развитию *питания согласно сигналам голода и сытости*, если:

- установлено регулярное питание;
- продукты, которых клиент боится и избегает, включены в рацион питания;
- клиент умеет определять эмоции;
- клиент способен переносить различные эмоции;
- клиент ест то, что ему нравится;

- клиент практикует осознанность;
- клиент демонстрирует довольно гибкий когнитивный стиль;
- клиент прошел опросник по питанию согласно сигналам голода и сытости;
- клиент оценил значительную часть пунктов “Убеждения” в опроснике на 5 или ниже.

Применяйте материал ПСТЭ по устранению *нездорового отношения к телу* (чрезмерные упражнения, избегание тела и т.д.), если:

- этот материал необходим *после* того, как целью лечения стало устранение пищевых ограничений (например, если проблема в компульсивных упражнениях, то введите соответствующие части материала ПСТЭ в начале лечения);
- клиент освоил материал по развитию регулярного питания и проходит психологические вмешательства по развитию питания согласно сигналам голода и сытости (если нет необходимости вводить материал ПСТЭ раньше).

Проводите *экспозиционные упражнения* по ПСТЭ, если:

- материал по развитию регулярного питания освоен;
- поведенческие проявления непереносимости значительно сократились;
- клиент знаком с понятием поведения, связанного с телом;
- была пересмотрена концепция избегающего поведения;
- была проведена оценка патологии личности;
- значительно сократилось проявление саморазрушительного поведения;
- клиент отработал навыки диалектической поведенческой терапии при наличии патологии личности.

Выполняйте упражнения ПСТЭ по *самосотраданию* после:

- освоения материала по развитию регулярного питания;
- введения в рацион питания продуктов, которых клиент опасается;

- значительного сокращения нездоровых поведенческих проявлений, связанных с телом (например, компульсивные упражнения);
- проведения экспозиционных упражнений, направленных на страх полноты и/или увеличения веса;
- экспозиций по выявлению связанных эмоций;
- проведения соответствующих экспозиционных упражнений в реальной жизни.

### ***Критерии исключения индивидуального материала МИП из курса лечения***

Материал по развитию регулярного питания (*раздаточный материал РПВА 5 и 6*) можно пропустить, если клиент соответствует следующим критериям.

- Питается регулярно.
- Способен противостоять умеренным и сильным побуждениям ограничить или избежать употребления определенных продуктов.
- Не поддается побуждениям к ограничению или избеганию пищи.
- Вес и физическое здоровье клиента в норме (при нервной анорексии и атипичной нервной анорексии).

Материал по установлению питания согласно сигналам голода и сытости (*раздаточный материал РПВА 12–15*) можно пропустить, если клиент соответствует следующим критериям.

- Легко определяет сигналы голода и сытости.
- Ест, когда голоден, и останавливается, когда сыт.
- Способен определять пищу, которая ему нравится, и позволяет себе ее есть.

Материал по установлению питания согласно сигналам голода и сытости (*раздаточный материал РПВА 12–15*) следует отложить, если клиент соответствует следующим критериям.

- В настоящее время демонстрирует негибкий когнитивный стиль.
- Сообщает о том, что, скорее всего, поддастся побуждениям РПП, если размеры порции точно неопределены.
- Сообщает, что не готов питаться согласно сигналам голода и сытости.

Экспозиционные упражнения ПСТЭ можно приостановить, если клиент:

- имеет значительную патологию личности;
- проявляет саморазрушительное поведение;
- демонстрирует модели поведения РПП от умеренной до тяжелой степени (например, пищевые ограничения, избегание определенных продуктов и очищение);
- проявляет нездоровое поведение, связанное с телом, от умеренной до тяжелой степени (например, чрезмерные физические нагрузки).

### ***Цели лечения РПВА и ПСТЭ***

Если клиент проходит материал по развитию регулярного питания, убедитесь, что:

- здоровье и вес поддерживаются в пределах нормы;
- клиент заполняет дневник питания;
- тяга к ограничению со временем снижается;
- регулярное питание является основной целью лечения в течение как минимум двух месяцев (но занимает столько времени, сколько необходимо);
- проводятся экспозиции, связанные с пищей;
- побуждения к избеганию со временем уменьшаются.

Если клиент проходит материал по развитию питания согласно сигналам голода и сытости, убедитесь, что:

- здоровье и вес поддерживаются в пределах нормы;
- аппетит контролируется;
- клиент заполняет дневник питания;
- клиент активно сопротивляется желанию подавить голод;
- клиент старается не реагировать на побуждение перестать есть до чувства сытости;
- питание согласно сигналам голода и сытости является основным направлением лечения в течение как минимум двух месяцев (но занимает столько времени, сколько необходимо).

Если клиент проходит материал по ПСТЭ, убедитесь, что:

- страх полноты и увеличения веса со временем уменьшается;
- страх выздоровления со временем ослабляется;
- избегание связанных эмоций со временем уменьшается;
- здоровье и вес поддерживаются в пределах нормы;
- установлено регулярное питание;
- аппетит контролируется;
- клиент не поддается побуждениям подавить чувство голода;
- клиент не поддается побуждениям прекратить есть до ощущения сытости;
- клиент заполняет дневник питания.

### ***Материал ПСТЭ на сессиях и отдельные сессии по ПСТЭ***

Несмотря на то что первостепенную важность занимают проблемы ограничения и избегания пищи, обычно в процессе терапии остается время для обсуждения других вопросов на сессиях. Например, после того, как клиент установил регулярный режим питания, расширил свой рацион (ввел продукты, которых он ранее опасался) и его состояние стабилизировалось, роль психотерапевта состоит в том, чтобы продолжать подкреплять адаптивное восстановительное поведение

и отслеживать признаки рецидива. Когда этот этап достигнут, пора начинать вводить раздаточные материалы ПСТЭ в курс лечения на сессиях индивидуальной терапии.

Если клиент находится на этапе лечения, на котором целесообразно ввести материал ПСТЭ, но на сессии терапии недостаточно времени для этого, рекомендуется назначить дополнительную сессию, посвященную лишь материалу ПСТЭ. Иногда это происходит из-за объема материалов РПВА и ПСТЭ, что не позволяет пройти их за одну сессию. Например, в середине курса лечения материал РПВА может занимать двадцать пять минут сессии, а встреча с семьей еще пятнадцать минут. В этом сценарии не остается времени для упражнений по воображаемой экспозиции. Поэтому назначается дополнительная сессия, на которой основное внимание уделяется материалу ПСТЭ.

### ***Последовательность вмешательств ПСТЭ в лечении***

Важно оценить, какая модель поведения, связанная с телом, больше всего мешает клиенту, и начать с этого. Раздаточные материалы ПСТЭ по формированию поведения не предназначены для линейного применения. Например, если клиент испытывает трудности с исследованием тела (проверкой тела), а не с чрезмерными упражнениями, необходимо как можно скорее ввести *раздаточный материал ПСТЭ 10: поведенческие проявления исследования тела* и *раздаточный материал ПСТЭ 11: навыки по устранению исследования тела*.

### ***Комбинация индивидуальной и групповой терапии***

Клиенты часто не могут посещать групповую терапию, на которой проходят материал МИП. Следовательно, раздаточные материалы группового подхода МИП можно использовать на сессиях индивидуальной терапии. Однако не рекомендуется использовать раздаточные материалы индивидуального подхода МИП на групповой терапии, потому что многие из индивидуальных психологических вмешательств МИП несут более личный характер. Например,

ответы на индивидуальные опросники могут оказать негативный эффект на других клиентов в группе. Другими словами, раздаточные материалы группового подхода МИП можно использовать на индивидуальных сессиях, но индивидуальные материалы МИП не следует использовать на групповой терапии.

Кроме того, для клиентов с расстройствами НДП индивидуальные вмешательства могут использоваться на той же стадии лечения, что и семейные и групповые психологические. Однако это не относится к нервной анорексии и в большинстве случаев к атипичной нервной анорексии. (Обратите внимание, что хотя АНА технически подпадает под критерии диагноза ДУНПП, здесь она сгруппирована с нервной анорексией.) Поскольку применению индивидуальных психологических вмешательств при НА и АНА должны предшествовать более высокий уровень психологической/медицинской помощи, либо семейные вмешательства.