



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

Дипломная работа

***Работа с образом тела в терапии
расстройств пищевого поведения***

Дарья Рахубовская

Львов 2020

Содержание

Актуальность проблемы	3
Диагностические критерии DSM-V	6
Нервная анорексия	6
Нервная булимия	6
Расстройство пищевого поведения с приступами переедания (компульсивное переедание)	7
Протокол СВТ-Е	8
Эффективность КПТ для РПП	8
Понимание РПП с точки зрения КПТ	9
Протокол СВТ-Е	13
Хорошее начало	13
Достижение первых изменений	16
Оценка прогресса и планирование дальнейшего лечения	17
Озабоченность весом, «проверки» тела, чувство себя «толстым», «мышление РПП»	17
Работа с ограничениями в питании, диетическими правилами и контролем питания	20
Взаимосвязь событий, настроения и питания	21
Низкий вес и недостаточное питание	21
Хорошее окончание	21
Роль образа тела в возникновении и терапии расстройств пищевого поведения	22
Техники КПТ в работе с образом тела	23
Протокол СВТ-Е в работе с образом тела	23
Создание совместного с пациентом подробного формулирования проблемы	24
Психоэдукация об образе тела	25
Работа с образом тела	26
Дополнительные техники для работы с образом тела	31
Письмо телу	32
Техники диалектико-поведенческой терапии	33
Техники само-сострадания	35
Техника стульев и имажинативная рескрипция в работе с травматическим опытом	37
Выводы	39
Библиография	42

Актуальность проблемы

Приблизительно 20 миллионов женщин и 10 миллионов мужчин во всем мире страдают расстройствами пищевого поведения (РПП) на том или ином этапе своей жизни (NEDA, 2018). Наиболее уязвимыми к данному расстройству являются молодые девушки подросткового возраста. В среднем, женщины в 10-20 раз чаще страдают от РПП, чем мужчины. Нервная анорексия является наиболее опасным расстройством: смертность от него составляет до 10%. Нервная булимия, хотя и не приводит к такой высокой смертности, так же несет серьезные риски для жизни и здоровья пациентов. Компulsiveное переедание до недавнего времени считалось сравнительно не тяжелым расстройством, однако на сегодняшний день его ассоциируют с соматическими заболеваниями, вызванными ожирением: сахарным диабетом 2 типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями, некоторым видам онкологических заболеваний, и т.д. Важно так же отметить, что примерно в 40% случаев нервная анорексия позднее переходит в нервную булимию или compulsiveное переедание (Прашко и коллектив, 2015).

Помимо ухудшения физического здоровья, РПП так же оказывают негативное влияние на другие сферы жизни пациентов: работу, обучение, взаимоотношения с друзьями и близкими. Так, например, у молодых пациентов, страдающих нервной анорексией, может наблюдаться снижение успеваемости в школе или университете, поскольку снижаются когнитивные функции, наблюдаются сложности с концентрацией внимания, и т.д. Кроме того, такие пациенты зачастую склонны к социальной изоляции: они избегают совместных приемов пищи с близкими, встреч с друзьями, в связи с чем страдает их социальная жизнь. У пациентов с нервной булимией зачастую наблюдаются перепады настроения, им свойственна низкая самооценка, нередко присутствует и само-повреждающее поведение, такое как само-порезы.

Отдельной проблемой являются и коморбидные расстройства. Часто у пациентов с РПП присутствует так же социальная фобия, obsessive- compulsiveное расстройство, депрессия. Что касается расстройств личности, то для пациентов с нервной анорексией более характерны расстройства личности кластера С: compulsiveный, избегающий,

перфекционистичный. У пациентов с нервной булимией может наблюдаться пограничное, нарциссическое, антисоциальное и гистрионное расстройства личности (кластер В) .

Развитие расстройств пищевого поведения связано с рядом факторов: генетических, социальных, психологических. На их развитие влияет и социо-культурная среда.

В современном обществе стройное, подтянутое тело является неким символом не только социального успеха, но и критерием определенных личностных качеств: силы воли, самоконтроля. Внешность воспринимается как нечто, что можно не только менять, но и конструировать (Anshuts, Engels, Becker, 2009; Bonafini, Pozzilli, 2010). В социальных сетях популярность приобретают приложения, позволяющие модифицировать изображения тела таким образом, чтобы они соответствовали идеалу, который зачастую значительно отличается от реальной формы тела человека.

Люди, чей вес и форма тела не соответствуют общественно принятому стандарту, воспринимаются как ленивые, не обладающие силой воли, слабые. Кроме того, они сами зачастую склонны испытывать интенсивное чувство стыда в связи с несоответствием общепринятому идеалу. В то же время, исследования говорят о том, что способность к само-состраданию снижает выраженность чувства стыда, а так же симптоматику у пациентов, страдающих расстройствами пищевого поведения (Ferreira et al., 2013; Goss, Alan, 2014). И не смотря на это, неудовлетворенность собственным телом является в некоторой степени нормальной; ее называют «нормативной неудовлетворенностью телом» (Fairburn 2008).

Можно сказать, что идеал стройности – это идеал западного общества. Некоторые исследователи отмечают, что иммигрировавшие женщины демонстрируют тенденцию к увеличению телесной тревоги и усилению проблем с образом тела (Gramaglia et.al., 2018; Bonafini et.al., 2011).

Однако нельзя утверждать, что само по себе социо-культурное окружение, провоцирующее телесную тревогу, вызывает так же и развитие расстройств пищевого

поведения. Тем не менее, оно является именно той средой, которая делает переоценку веса и формы тела – ключевую психопатологию РПП (Fariburn, 2008) - возможной. Кроме того, оно создает предпосылки для применения ограничительных стилей питания, что само по себе является фактором риска для развития РПП (Прашко и коллектив, 2015).

Расстройства пищевого поведения возникают у предрасположенных к ним индивидов в том случае, если они подвергаются воздействию ряда неблагоприятных факторов.

Ученые отмечают, что в развитии РПП важную роль имеет генетический фактор (Bulik S.et.al., 2016). В клинической практике нередко можно наблюдать ситуацию, где в семьях пациентов с РПП один или более близких страдают данными расстройствами, если не в клинической, то в субклинической форме. Так, например, матери пациенток нередко имеют историю голодания, жестких пищевых ограничений с последующими срывами. В периоды пищевых ограничений они могут побуждать своих дочерей так же следовать ограничительному стилю питания.

Чувствительный темперамент так же является важным фактором, предрасполагающим к развитию РПП. Люди с таким типом темперамента склонны воспринимать критику более остро, чем остальная популяция. И поэтому замечания окружающих людей по поводу внешности и формы тела зачастую становятся именно тем критическим событием, которое запускает развитие расстройств пищевого поведения. В результате страдает самооценка, которая стремительно снижается. Чтобы повысить самооценку, пациенты создают перфекционистичный и нереалистичный идеал внешности, к которому начинают стремиться в попытках повысить самооценку. Зачастую они прибегают к неоправданно жестким ограничениям и другим крайним мерам, таким как употребление слабительных, вызывание рвоты, голодание или чрезмерные физические нагрузки.

Наиболее уязвимыми к развитию РПП является подростковый возраст, однако они могут развиваться и у женщин в послеродовой период, а так же в инволюционном возрасте.

Можно сказать, что расстройства пищевого поведения – это чрезвычайно важная проблема, которая несет в себе серьезные риски для жизни и здоровья пациентов, а так же негативно влияет их эмоциональное состояние, снижает их качество жизни.

Диагностические критерии DSM-V

В данной работе речь пойдет о трех расстройствах пищевого поведения: нервной анорексии, нервной булимии и компульсивном переедании.

Нервная анорексия

Согласно DSM-V, диагностическими критериями нервной анорексии являются:

A. Ограничение употребления энергии по сравнению с потребностями, которое приводит к значительному снижению индекса массы тела в контексте возраста, пола, стадии развития и физиологического здоровья. Значительно сниженная масса тела – это вес ниже нижней границы нормы, а у детей и подростков – ниже чем минимально ожидаемый вес.

B. Сильный страх набрать вес или поправиться, или же стойкое поведение, которое препятствует набору веса, даже при значительно сниженном весе.

C. Переживания по поводу веса или формы тела, чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку, или стойкое отсутствие признания серьезности текущего низкого индекса массы тела (ИМТ).

Различают два типа анорексии:

Ограничительный тип: на протяжении последний трех месяцев человек не имеет рекуррентных эпизодов переедания или очистительного поведения (например, самоиндуцированной рвоты или злоупотребления слабительными, диуретиками или клизмами).

Очистительный тип: на протяжении последних трех месяцев человек страдает от рекуррентных эпизодов переедания или очистительного поведения (например, самоиндуцированной рвоты или злоупотребление слабительными, диуретиками или клизмами).

Нервная булимия

Согласно DSM-V, диагностическими критериями данного расстройства являются:

А. Рекуррентные эпизоды переедания. Эпизод переедания характеризуется двумя следующими признаками:

- 1) Употребление пищи на протяжении определенного интервала времени (например, в течение двух часов), в таком количестве, которое будет безусловно чрезмерным для большинства людей в подобных условиях и в течение такого же промежутка времени.
- 2) Чувство отсутствия контроля над употреблением пищи во время эпизода (например, чувство, что человек не может прекратить есть, или же контролировать количество съедаемой пищи).

В. Рекуррентное неприемлемое компенсаторное поведение с целью избежать набора веса, такое как, например, самоиндуцированная рвота; злоупотребление слабительными, диуретиками, или другими медикаментами, голодание; чрезмерные физические нагрузки.

С. Переедание и неприемлемое компенсаторное поведение должны иметь место не менее чем раз в неделю в течение последних трех месяцев.

Д. Самооценка чрезмерно зависит от веса и формы тела.

Е. Переживания не возникают исключительно во время эпизодов психогенной анорексии.

Расстройство пищевого поведения с приступами переедания (компульсивное переедание)

Данное расстройство характеризуется следующими признаками:

А. Повторные эпизоды переедания. Эпизод переедания характеризуется следующими двумя показателями:

1. Употребление пищи в течение определенного интервала времени (например, 2-х часов), в таком количестве, которое будет безусловно чрезмерным для большинства людей в таких же условиях и в течение такого же промежутка времени.
2. Чувство отсутствия контроля над употреблением пищи во время эпизода (например, чувство, что человек не может прекратить есть или контролировать что и сколько он ест).

В. Эпизоды переедания связаны с тремя (или более) следующими характеристиками:

1. Употребление пищи в более быстром, чем обычно, темпе
2. Употребление пищи до ощущения дискомфорта и переполненности в желудке
3. Употребление большого количества пищи тогда, когда нет физического чувства голода
4. Употребление пищи в одиночестве из-за чувства стыда в связи с чрезмерным количеством пищи, которую употребляет человек

5. Чувство отвращения по отношению к себе, а так же депрессии и чувства вины после эпизода переедания.
- С. Присутствует выраженный дистресс из-за переедания.
- Д. Эпизоды переедания возникают в среднем не менее чем один раз в неделю в течение последних трех месяцев.
- Е. Переедание не связано с неприемлемым компенсаторным поведением (например, очистительным поведением) и не происходит исключительно в рамках психогенной булимии или анорексии.

Протокол СВТ-Е

Эффективность КПТ для РПП

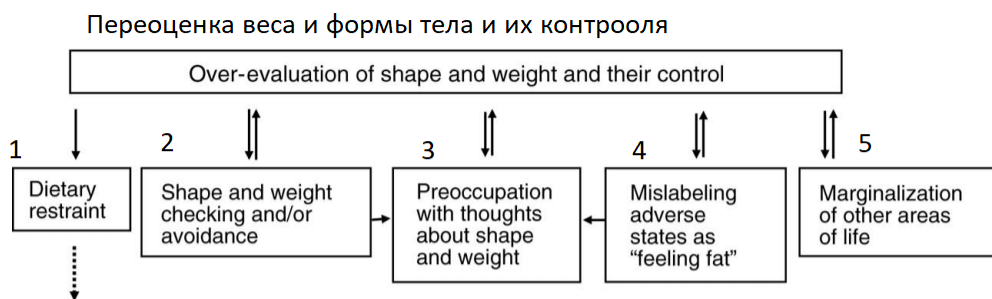
Согласно National Institute for Health and Care Excellence (NICE), когнитивно-поведенческая терапия является терапией первого выбора в лечении нервной булимии и компульсивного переедания.

Для нервной анорексии эффективность составляет до 75% при изначальном ИМТ больше 17,5, и 64% при ИМТ меньше 17,5 (Fairburn, 2008). Для нервной булимии, в 57% случаев пациенты выходят в ремиссию, а у 79% наблюдается снижение симптомов. Кристофер Фэйберн отмечал отсутствие симптомов нервной булимии у 48% пациентов через 6 лет после окончания терапии (Прашко и коллектив, 2015).

Изначальный протокол когнитивно-поведенческой терапии для (СВТ-BN) широко использовался в 1990-х лечения нервной булимии. Однако, поскольку поддерживающие процессы всех расстройств пищевого поведения достаточно схожи, было сделано допущение, что с ними можно работать подобным образом, как это предлагается в протоколе СВТ-BN. В начале 2000-х данный протокол был модифицирован и была создана «трансдиагностическая модель» (Fairburn et.al., 2003). Протокол СВТ-Е (Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced) позволяет работать со всеми расстройствами пищевого поведения (Fairburn et. al., 2009; Fairburn et.al., 2013).

Понимание РПП с точки зрения КПТ

Общей для всех расстройств пищевого поведения является ключевая психопатология, которая является когнитивной по своей сути: переоценка веса и формы тела и контроля за питанием (Fairburn, 2008). Расширенная модель ключевой психопатологии представлена графически на рисунке 1.



The over-evaluation of control over shape and weight: an “extended formulation.”

From *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* by Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 by The Guilford Press. This figure is available online at www.psych.ox.ac.uk/credo/cbt_and_eating_disorders.

Рисунок 1. Переоценка контроля формы и веса: "расширенное формулирование."

1. Диетические ограничения; 2. Проверка или избегания проверок веса и формы тела; 3. Озабоченность мыслями о форме тела и весе; 4. Ошибочное название негативных состояний как "ощущения себя толстой"; 5. Маргинализация других сфер жизни.

Источник: *Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders* by Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 by The Guilford Press.

Мы видим взаимосвязь переоценкой формы тела, веса и их контроля с другими поведенческими, когнитивными и аффективными проявлениями РПП. Так, например, она связана с попытками диетических ограничений, а так же проверками веса и формы тела. Ее влияние на когнитивные аспекты выражается озабоченности на теме веса и формы тела. Кроме того, под влиянием переоценки веса и формы тела многие негативные аффективные состояния или же дискомфортные ощущения пациенты имеют склонность интерпретировать как ощущение своей полноты (так называемое «толстое чувство»). Сама по себе фиксация на теме веса и формы тела, а так же их контроля ведет к тому, что

другие сферы жизни – успеваемость в школе или университете, хобби, их личные качества и социальные связи – маргинализуются и перестают быть важными.

Во время диагностической сессии зачастую можно проследить тот момент, когда вопросы веса и формы тела становятся для клиентов ключевыми. Этому может предшествовать какое-то единичное критическое событие: буллинг в школе, критика со стороны близких, неудача в любовных отношениях. Однако нередкой является и ситуация, когда нет какого-то одного критического события, скорее, к моменту возникновения ключевой психопатологии ведет целый комплекс событий: и критика со стороны родителей, и сложности социальной адаптации во время подросткового возраста, и физические изменения связанные с данным возрастным периодом, а именно – набор жировой массы, естественный для девушек-подростков в этот период. Естественной в подростковом возрасте является некоторая неудовлетворенность своей внешностью. Однако при РПП вопросы внешности, веса и формы тела становятся непропорционально важными по отношению к другим сферам жизни.

Помимо критического события и предшествующего негативного влияния среды, на развитие РПП влияют и такие личностные качества пациентов как перфекционизм, склонность к аскетизму, сложности эмоциональной регуляции. Так, например, пациентки зачастую рассказывают об очень ригидных и ограниченных с точки зрения калорийности и состава рациона, планах питания, которым они пытаются следовать. Их перфекционизм заставляет их, с одной стороны, создать для себя нереалистичные представления об «идеальном теле», а с другой – так же перфекционистично, по принципу «все или ничего», пытаться следовать выбранному плану питания.

Другими личностными качествами, свойственными пациентам с РПП, являются: склонность к избеганию вреда (высокая при нервной анорексии); поиск новизны и вознаграждения (высокая при нервной булимии); склонность к само-контролю (умеренная при нервной анорексии, низкая при нервной булимии); ориентированность на себя (низкая при всех расстройствах пищевого поведения); упорность (высокая при всех расстройствах

пищевого поведения, за исключением компульсивного переедания) (Atiye et al, 2015; Fassino et al., 2002; Turner et.al., 2014).

Негативный опыт прошлого ведет к формированию глубинных убеждений у пациентов, таким как «Я недостойна любви», «Я хуже всех», «Я отвратительная уродина», и т.д. Как правило они касаются темы дефективности, низкой ценности пациента. С другой стороны, такие личностные качества как перфекционизм, побуждают пациентов формировать ригидные правила жизни: «Чтобы быть любимой, я должна быть худой», «Мне нужно быть идеальной, чтобы заслужить любовь», и т.д. Мышление становится «черно-белым».

Перфекционистичные правила жизни побуждают пациентов следовать жестким планам планам питания. Так, например, пациенты с расстройствами пищевого поведения зачастую имеют большое количество правил и запретов, регламентирующих их питание. Они очень интересуются вопросом питания и снижения веса, достаточно много читают и знают о разнообразных стилях питания, и т.д. Но парадоксальным образом, из всей имеющейся в изобилии информации они выбирают или же самостоятельно создают наиболее жесткие, ригидные, несбалансированные планы питания. Когда им удается следовать этим диетам, у них появляется чувство успеха, гордость за свои достижения. Все это, в свою очередь, дает позитивное подкрепление данному стилю питания и побуждает их продолжать. Желаемый окончательный вес у таких пациентов либо находится гораздо ниже нижней границы нормы, либо же вообще отсутствует – важным становится сам по себе процесс контроля над питанием.

Ригидные правила питания у пациентов с булимией и компульсивным перееданием ведут, собственно, к перееданию и очищению. Так, например, во время функционального анализа триггеров, пациенты часто отмечают, что переедают после того, как нарушили какое-то из правил: «Я уже все равно съела это печенье, уже все равно день пропал, поэтому я сегодня буду есть, а завтра начну снова следовать плану»; «Ну вот, я снова съела эту булочку, мне уже ничего не поможет, все бессмысленно!», и тд. Данные приступы убеждают их в том, что нужно вернуться к ограничениям; компенсировать

съеденное рвотой, голоданием или чрезмерными физическими нагрузками; ужесточить свою диету. Таким образом, цикл замыкается и повторяется множество раз.

Когда пищевые ограничения приводят к снижению веса, пациенты не получают корректирующего опыта, что достаточное, сбалансированное питание не приведет их к чрезмерному набору веса. Другими словами, ограничивая себя или же прибегая к очистительным мероприятиям, пациенты убеждаются, что их стратегия «работает». А это, в свою очередь, убеждает их продолжать ей следовать.

Кроме того, при снижении веса наблюдаются и такие последствия голодания, как снижение настроения, «фиксированность» на еде, снижение когнитивных функций, ухудшение восприятия голода, нарушение пищеварения. Так, например, пациентки с нервной анорексией зачастую говорят о том, что «чувствуют еду внутри», или же имеют дискомфортное ощущение «переполненности», в то время как съедают небольшое количество еды. Это происходит в связи с тем, что снижается скорость, с которой пища покидает желудок, и пищеварение занимает более длительный срок (Waller G.et.al., 2007). Однако в связи со своим заболеванием, пациенты это интерпретируют как то, что они съели «слишком много» и хотят уменьшать порцию, пропускать приемы пищи. Чувство голода, с другой стороны, дает чувство эйфории, легкости, как отмечают некоторые пациенты. Им хочется задержаться в этом состоянии легкости.

Расстройства пищевого поведения так же могут быть способом дисфункциональной эмоциональной регуляции, которая помогает пациентам справляться со стрессом. В клинической практике можно наблюдать, что попытки использовать модификацию пищевого поведения с целью эмоционального состояния в тех ситуациях, которые можно охарактеризовать как хаотичные. Тело же становится тем фактором их жизни, которое они могут контролировать, и которое контролировать проще всего. Так, например, одна из моих пациенток начала ограничивать себя в еде и голодать в тот период времени, когда у нее начались межличностные проблемы в школьном коллективе. Поскольку она не нашла способа в тот момент справиться со сложностями социальной адаптации конструктивным способом, ее самооценка стала стремительно снижаться, и для обретения чувства

контроля над ситуацией и повышения самооценки она поставила цель похудеть. Достигнув этой цели, она почувствовала контроль над ситуацией. И хотя социальная ситуация не изменилась, само по себе чувство контроля над телом стало ее способом справляться с ситуациями, в которых она испытывает межличностные сложности.

Важно отметить, что если паттерн регулировать эмоции с помощью изменения пищевого поведения (голоданием, вызыванием рвоты, перееданием) срабатывает в критической ситуации, пациенты имеют склонность повторять его снова и снова. В ходе терапии пациенты часто отмечают, что первой реакцией на какие-либо жизненные вызовы – конфликты на работе, сложности в межличностных взаимоотношениях и т.д. – является побуждение снижать вес или переедать с дальнейшими попытками ограничений питания.

Протокол СВТ-Е

Как уже говорилось ранее, протокол СВТ-Е используется для всех расстройств пищевого поведения. В зависимости от наличия или отсутствия коморбидностей, клинического перфекционизма и проблем с самооценкой, возраста пациентов а так же сложности случая, возможны адаптации данного протокола.

Протокол СВТ-Е можно разделить на несколько этапов, о которых речь пойдет ниже. Однако важно отметить, что в ходе терапии часто возможен возврат на предыдущие этапы терапии. Например, хотя вопросы мотивации мы можем условно отнести к первому этапу – «хорошее начало». Однако нередко в ходе терапии приходится возвращаться к этому этапу в силу амбивалентного отношения пациента к терапии.

Хорошее начало

Хорошее начало является важным прогностическим фактором того, насколько успешной будет дальнейшая терапия. Первым шагом в данном этапе является вовлечение пациента в терапию. Мой клинический опыт говорит о том, что данный этап является сложным как для пациентов с нервной анорексией, так и с булимией и компульсивным перееданием.

Пациенты с анорексией, в силу эго-синтонности их расстройства, в основном приходят в терапию не по своей воле, а по настоянию близких, обеспокоенных их состоянием. Соответственно, они зачастую не мотивированы начинать терапию. Пациенты с нервной булимией могут быть амбивалентны относительно терапевтического процесса. Они зачастую хотят избавиться от эпизодов переедания, однако негативно или настороженно относятся к регулярному, режимному питанию, которое помогает эти эпизоды сократить.

Кроме того, в начале терапии у пациентов зачастую присутствует множество страхов и опасений, связанных с терапией. Зачастую имеет смысл напрямую задать вопросы, которые, скорее всего, беспокоят пациентов. Так, например, можно сказать: «Многим моим пациентам может казаться, что если они начнут есть, то они не смогут остановиться». И пациенты подтверждают, что у них есть этот, и многие другие страхи. Поэтому открытое обсуждение всех возможных опасений является ключевым в вопросе снижения тревоги и увеличения доверия к терапевту. Кристофер Фейрберн подчеркивает важность эмпатичного, но не патерналистского поведения терапевта (Fariburn C., 2008).

На данном этапе так же важно оценить выраженность психопатологии, совместно с клиентом создать формулирование и обнаружить все поддерживающие циклы расстройства. Кроме того, необходимо обсудить с пациентом, что в себя будет включать лечение.

Важным компонентом терапии, который присутствует в течение всего хода лечения, является ведение дневника само-наблюдения. Пример заполнения дневника самонаблюдения приведен в таблице 1.

Время	Еда и напитки	Место	Рвота\слабительные	Комментарии и контекст
9:00	-Чай	Кухня	нет	«Не голодная.

	- 1 яблоко	дома		Сегодня буду держать себя в руках»
12:00	- Чашка кофе с молоком - 1 кусок черного хлеба - 1 куриная котлета	Столовая на работе	нет	
20:00 – 21:15	- Соте с курицей - Тарелка борща - 3 куска хлеба с маслом - 1 печенье - Пачка печенья (доела) - Сгущенка – полбанки - Чашка чаю с молоком - еще 3 конфеты	Кухня дома	да	Была голодная, собиралась нормально поесть и остановиться. После хлеба с маслом хотела сделать паузу. Потом увидела печенье, съела одно. Остановиться не смогла, стала дальше есть. Мне ничего не поможет...

Таблица 1 Дневник самонаблюдения

Бланк доступен на <https://www.credo-oxford.com/6.2.html>

Как я уже упомянула выше, ведение дневника является неотъемлемой частью терапевтического процесса. Пациенты с нервной булимией и компульсивным перееданием нередко отмечают, что само по себе ведение данного дневника помогает

упорядочить процесс приема пищи а так же сократить количество эпизодов переедания. Записи в дневнике регулярно обсуждаются с клиентом. Другим неотъемлемым компонентом в терапевтическом процессе является мониторинг веса пациента.

Достижение первых изменений

Как уже отмечалось, не смотря на увлеченность пациентов вопросами питания, их собственный стиль питания является дефицитарным с точки зрения состава и\ или калорийности. Поэтому психоэдукация о вопросах питания является необходимым компонентом терапии. Кроме того, пациенты зачастую имеют ложные убеждения относительно «действенности» таких методов как вызывание рвоты и прием слабительных. Так, например, они могут считать, что если они переели, а затем прибегли к какому-то из этих методов самоочищения, то они таким образом полностью избавились от пищи и компенсировали переедание». В процессе психоэдукации важно объяснить пациенту, что это не так и что большое количество съеденной пищи остается в желудке в случае рвоты, а в случае приема слабительных данный метод совершенно неэффективен как компенсация съеденного количества калорий.

Регулярное, режимное питание так же является важным фактором, которое позволяет пациентам с приступами переедания их существенно сократить. Пациентам с нервной анорексией такой стиль питания помогает достичь более быстрого опорожнения желудка, и справиться с чувством «переполненности», которое у них обычно бывает от небольшого количества пищи.

Вовлечение близких в терапевтический процесс так же бывает необходимым. Хотя СВТ-Е является протоколом для взрослых, тем не менее близкие люди зачастую могут оказать помощь в восстановлении. Кроме того, с ними бывает необходимо провести встречу терапевту, в случае если они препятствуют терапии, например, продолжая критиковать пациента и негативно оценивать его внешность, стиль питания, и т.д.

Оценка прогресса и планирование дальнейшего лечения

Поскольку когнитивно-поведенческая терапия предполагает активную роль пациента в терапевтическом процессе, на данном этапе терапевт совместно с пациентом должны оценить прогресс и определить, есть ли какие-то препятствия для него. На этом этапе так же предполагается совместный пересмотр формулирования. Оценив текущее положение вещей и выстроив приоритеты дальнейшего лечения – например, восстановление веса или переоценка веса и формы тела, и т.д. – следует запланировать совместно с пациентом следующий этап терапии.

Озабоченность весом, «проверки» тела, чувство себя «толстым», «мышление РПП»

Переоценка веса и формы тела является ключевой психопатологией расстройств пищевого поведения. Исследования показывают, что такие симптомы как проверки и избегания тела являются поведенческим выражением данной психопатологии, что соответствует модели когнитивно-поведенческой терапии (Shafran et.al., 2003; Walker et.al., 2018).

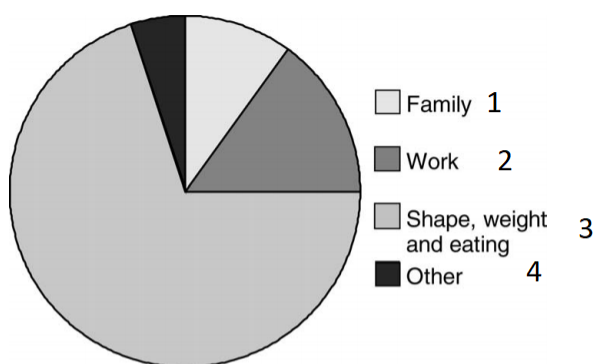
Соответственно, для улучшения результатов терапии, а так же предотвращения риска релапса чрезвычайно важным является работа с неудовлетворенностью телом у пациентов с расстройствами пищевого поведения (McLean S.A., Paxton S.J., 2018).

Переоценка веса и формы тела проявляется и в поведении пациентов, таких как поведение избегания и проверках тела, и когнитивно. Как правило, у пациентов есть глубинное убеждение, связанное с собственной дефективностью, неценностью, и/или недостойностью любви и принятия. В связи с такой убежденностью, формируются правила жизни, которые так или иначе связаны с достижением и поддержанием низкого веса. Так, например, пациентка может считать: «Я буду достойна любви и принятия, только если похудею»; «Я буду красивой и ценной только если буду весить 40 килограмм», и т.п. Кроме того, при РПП присутствуют и негативные автоматические мысли. Например, пациентка может, глядя в зеркало или сравнивая себя с кем-то, думать «Какая же я толстая!», «У меня такой уродливый второй подбородок», «Мой жирный живот ужасно торчит, ненавижу эти складки!» Эти мысли зачастую носят крайне негативную окраску, и вызывают у пациенток резкое, и зачастую необъяснимое для них самих, изменение эмоционального состояния.

В целом, пациенты с расстройствами пищевого поведения оценивают себя основываясь на том, как они выглядят и сколько весят, а так же удалось или им осуществить самоконтроль в сфере питания. Не смотря на то, что в их жизни могут быть и другие аспекты, такие как взаимоотношения с друзьями, учеба или работа, но их самооценка практически всецело зависит от вопросов веса и формы тела.

Кристофер Фейрберн предлагает использовать для наглядного представления «пирог самооценки». На рисунке 2 можно увидеть типичный «пирог самооценки» пациентов с РПП, где ключевую роль в оценке себя играет сфера веса и формы тела, а так же питания. Другие сферы жизни – семья, работа, «другое» - являются маргинализированными.

Пациентам рекомендуется составить свой «пирог самооценки» и регулярно пересматривать его, наблюдая, по каким критериям он оценивает себя и какие изменения происходят. Необходимо подчеркивать важность других сфер жизни для оценки себя, чтобы расширить представление пациента о самих себе и о своей ценности.



- 1- Семья
- 2- Работа
- 3- Форма тела, вес и еда
- 4- Другое

Рисунок 2. «Пирог самооценки»

Источник: Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders by Christopher G.Fairburn. Copyright 2008 by The Guilford Press.

Как уже отмечалось выше, одним из характерных паттернов поведения пациентов с РПП являются так называемые «проверки тела». Они могут тщательно рассматривать в зеркале или ощупывать различные части тела – как правило те, которые они считают «толстыми», например, живот, бедра. Характерными являются какие-то специфические ожидания насчет формы тела. Так, например, некоторые пациентки рассматривают бедра на предмет того, соприкасаются ли они или нет. Кроме того, «неидеальными» могут считаться совершенно естественные состояния тела, такие как незначительно округлившийся живот сразу после приема пищи. Его пациенты могут воспринимать как «толстый», а так же полагать, что переели и поэтому живот «торчит».

Помимо тщательных проверок, зачастую присутствует и поведение избегания: зеркал, определенного типа одежды (облегающей, без рукавов). Другими словами, они стремятся избежать любым способом напоминаний о «неидеальности» тела.

Поскольку такие проверки тела зачастую являются неосознанными, первым шагом является само-наблюдение. Затем необходимо обсудить, как такие проверки влияют на пациента, на его самооценку и эмоциональное состояние; что именно пациент пытается обнаружить во время проверок; как фиксация на так называемых «недостатках» тела влияет на восприятие тела в целом, и т.д.

Кроме проверок, важно уделить внимание и «чувству себя толстой», а так же поведению избегания. Так, например, пациенты могут отмечать усиление «чувства себя толстой» непосредственно после еды, или же после употребления какого-то особого типа пищи. Одна моя пациентка, описывая «толстое чувство», сказала что «толстое чувство» - а именно, ощущение выпяченного живота и наполненного желудка – бывает и после приема большого количества жидкости, и после приема пищи, однако «толстое чувство» возникает только после еды. Другими словами, в терапии важным аспектом является исследование комплекса чувств, мыслей и ощущений, которые пациенты называют «чувству себя толстой». Кроме того, важным бывает отметить ситуации, когда оно появляется, а когда – нет, и соотнести его появление с реальными изменениями веса и формы тела.

На этом же этапе терапии идет работа с переоценкой веса и формы тела, а так же с «мышлением РПП». Клиенты обучаются интервенциям, которые помогают им переключить внимание с данного мышления.

Работа с ограничениями в питании, диетическими правилами и контролем питания

Пациенты с РПП используют пищевые ограничения как способ регулировать свое пищевое поведение. Так, например, при анорексии пациенты используют голод и ограничения как способ контролировать вес и количество съеденного. Пациенты с булимией и компульсивным перееданием используют его как инструмент для компенсации эпизодов переедания. Пациенты часто опасаются, что нарушение их пищевых правил приведет к срыву.

Работа на данном этапе фокусируется над постепенным включением избегаемой пищи в рацион, а так же на работе с самой переоценкой контроля питания как таковой.

Взаимосвязь событий, настроения и питания

Внешние события влияют на эмоциональное состояние пациентов, и оно, в свою очередь, влияет на стиль их питания. Так, например, пациенты с нервной анорексией в ответ на внешний стресс могут начать ограничивать себя или голодать, чтобы обрести чувство контроля над ситуацией. В свою очередь, пациенты с нервной булимией или компульсивным перееданием могут прибегнуть к перееданию как способу «справиться» со стрессом, либо же к очищению как способу совладать с чувствами, вызванными внешними событиями.

Важнейшей целью терапии будет обучение пациентов новым способом справляться со сложными чувствами и внешними событиями, вызывающими стресс, тревогу, гнев и другие чувства. Так же, пациенты обучаются навыку толерирования этих чувств без прибегания к дисфункциональным способам их регуляции.

Низкий вес и недостаточное питание

Поскольку восстановление веса и возвращение его в границы здорового индекса массы тела является важным критерием выздоровления при нервной анорексии, работа с низким весом и недостаточным питанием так же является необходимым этапом терапии. У пациентов зачастую присутствуют те или иные причины, которые препятствуют употреблению достаточного количества калорий, которое способствует увеличению веса. Кроме того, они боятся употреблять высококалорийную пищу, считая ее «нездоровой». И если данные опасения могли бы быть вполне оправданными для людей со здоровым ИМТ, пациентам с нервной анорексией необходимо преодолеть эти опасения, объясняя необходимость увеличения калорийности питания как неизбежный этап терапии.

Хорошее окончание

На данном этапе пациенты обучаются предвидеть ранние сигналы релапса и предотвращать его. Такими сигналами могут быть и эпизоды переедания, и тенденция пропускать приемы пищи. Снижение веса ниже «безопасного минимума» так же говорит

об опасности релапса. Соответственно, для его предотвращения пациенты совместно с терапевтом оговаривают план действий, который бы помог его избежать.

К моменту окончания терапии пациент обучается быть самому себе терапевтом. Он приобретает понимание своего расстройства, а так же того, как в дальнейшем предотвращать его повторное развитие. Важность данного этапа нельзя переоценить, так как на сегодняшний день одной из важнейших проблем тераии расстройств пищевого поведения является высокая степень релапса.

Роль образа тела в возникновении и терапии расстройств пищевого поведения

Давление социума относительно внешнего вида, интернализированные идеалы красоты, сравнение себя с другими подталкивают женщин к чрезвычайно критичной и зачастую негативной оценке своего тела. Тем не менее, неудовлетворенность своим телом стала некоторой социальной нормой для женщин, и в последнее время все больше – для мужчин. Неудовлетворенность своим телом является предиктором такого пищевого поведения как ограничения в питании, нездоровые способы контроля веса, компульсивное переедание, особенно у женщин (Sharpe et.al., 2018). Она так же является фактором риска для развития расстройств пищевого поведения.

В данном разделе мы рассмотрим работу с образом тела в рамках когнитивно-поведенческой модели, о которой достаточно подробно говорит Гленн Уоллер. Однако, поскольку многие специалисты отмечают резистентность некоторых групп пациентов к стандартному протоколу, появились новые подходы в работе с РПП, и с образом тела в частности. Речь о КПТ второй и третьей волны: схема-терапии, диалектико-поведенческой терапии и терапии, сфокусированной на сострадании. О работе с образом тела в рамках этих подходов мы так же остановимся в данном разделе.

Техники КПТ в работе с образом тела

Протокол СВТ-Е в работе с образом тела

Гленн Уоллер отмечает, что нарушения образа тела могут проявляться в:

- чрезвычайно нарушенном восприятии своего тела;
- неудовлетворенности своим телом, при котором может быть а может и не быть нарушение восприятия своего тела. Другими словами, пациенту не нравится его отражение в зеркале;
- восприятие своего тела как такого, которое вышло из-под контроля, и при этом пациент чрезвычайно опасается набора веса (Waller G. et.al., 2007).

Для того, чтобы эффективно работать с нарушениями образа тела, важно в ходе обследования выяснить специфические для пациента нюансы этой проблемы. Они могут включать:

- 1) Переоценку веса и формы тела;
- 2) Поведение проверок и избегания, в том числе выбор свободной одежды, которая скрывает форму тела или его частей;
- 3) Нарушенное восприятие своего тела;
- 4) Завышенные и нереалистичные ожидания относительно тела;
- 5) «Толстое чувство»- комплекс чувств и ощущений, который пациенты интерпретируют как ощущение собственной полноты.

Важно отметить, что пациенты с расстройствами пищевого поведения стремятся иметь «идеальное тело», полагая, что в этом случае смогут любить его и с его помощью получить любовь и восхищение окружающих. Можно сказать, что они возлагают чрезмерные и нереалистичные ожидания на свое тело и на достижение так называемой «идеальной» фигуры. Если говорить о восприятии образа тела, то целью терапии будет не любовь, а более реалистичное принятие тела, в его текущем весе и форме.

Идея принятия важна для всех пациентов. Для пациентов с нервной анорексией наиболее сложным является принятие тела в случае набора массы тела, который является одним из критерием излечения. Для пациентов с нервной булимией и компульсивным перееданием,

масса тела которых может быть нормальной или несколько выше нормы, идея принятия тела бывает сложна тем, что тело в его текущей форме как правило отличается от их представлений об идеальном теле.

Учитывая многоаспектность образа тела, терапия предполагает комплексный подход, который может включать:

1. Создание совместно с пациентом подробного формулирования проблемы;
2. Психоэдукацию об образе тела;
3. Работу с образом тела;

Хотелось бы подробнее остановиться на каждом из этих этапов.

Создание совместного с пациентом подробного формулирования проблемы

У пациентов с расстройствами пищевого поведения присутствует ряд убеждений о своем теле, которые формировались под влиянием их окружения. Чтобы их исследовать, терапевту необходимо задать ряд вопросов.

- Когда вы впервые стали задумываться о своем весе и внешности?
- Когда у вас впервые появилась мысль, что вы полный?
- Когда вы начали критиковать свое тело?
- Когда вы впервые осознали, что внешность важна?
- Что ваши близкие говорили о форме вашего тела, о его весе?
- Был ли кто-то, кто не критиковал вашу внешность?
- Был ли такой период в вашем прошлом, когда вам нравился ваш внешний вид?
- Как вы оцениваете других людей?
- Когда вы впервые стали сидеть на диете?
- Вас дразнили из-за вашего внешнего вида?
- Когда вы впервые решили, что быть худым значит быть успешным?
- Чего лишают вас ваши переживания о внешности, и что они мешают вам делать?
- Что вам нравится в вашей внешности?

Помимо убеждений, у пациентов присутствует определенное эмоционально окрашенное отношение к своему телу. Для того, чтобы понять суть аффекта, Уоллер предлагает использовать имагинативную технику.

1. Попросить пациента закрыть глаза и представить себя в самом раннем возрасте, в котором они себя помнят;
2. В деталях описать, как выглядит их тело;
3. Вспомнить значимые события, которые повлияли на отношение пациента к его телу;
4. Спросить, как это событие побудило их себя чувствовать: уверенно или неуверенно.

Кроме того, важно обнаружить правила жизни, связанные с телом и с худобой.

Исследование истории пациентов и событий, связанных с изменениями веса, зачастую помогают их обнаружить.

Психоэдукация об образе тела

Психоэдукация является одним из ключевых инструментов в работе с образом тела.

Психоэдукация о функции тела

Пациенты с расстройствами пищевого поведения оценивают свое тело исключительно в терминах «худое-толстое». Однако они не задумываются о тех функциях, которые выполняет тело: оно поддерживает в них жизнь, независимо от того, как пациент к нему относится; оно рассказывает историю жизни пациента, о радостных и грустных моментах, которые он пережил. Обсуждение тела в таком ключе помогает пациенту обрести более сбалансированный взгляд на свое тело, расширить перспективу.

Психоэдукация о физиологических аспектах

Пациенты с РПП зачастую имеют нереалистичные представления о том, поддержание какого веса является для них реалистичным. Так, например, полезным бывает обсудить теорию «сет пойнта» - того веса, поддержание которого не требует усилий, и ниже которого тело «запрограммировано» не опускаться. Кроме того, существуют исследования

которые говорят о том, что «сет поинт» - это тот вес, при котором возможен оптимальный уровень здоровья.

Молодые пациенты, в частности, подростки, зачастую имеют резко негативное отношение к жировой прослойке. Именно в пубертатный период, размер этой прослойки стремительно растет у молодых девушек, обеспечивая таким образом возможность начала менструаций, и являясь здоровым и физиологичным этапом развития тела.

Наконец, в ходе психоэдукации важно затронуть и роль среды. Современные исследования говорят о том, что медиа, и в частности социальные сети, могут выступать в роли триггера, провоцирующего неудовлетворенность телом. Рассматривая изображения тел, зачастую подвергшихся искусственной модификации, пациенты сравнивают свое тело с ними, что негативно влияет на их самооценку и формирует нереалистичный идеал красоты. Целью психоэдукации является формирование критического отношения к медиа: пациенту предлагается задуматься, зачем в обществе транслируются подобные идеализированные и нереалистичные идеалы красоты.

Работа с образом тела

Основными инструментами работы с образом тела являются: когнитивные техники, поведенческие эксперименты, экспозиция и имагинативная работа.

Когнитивные техники.

Когнитивная реструктуризация используется для реструктуризации правил жизни, связанных с образом тела. Их можно тестировать как с помощью сократического диалога, так и с анализом плюсов и минусов убеждений и исследований краткосрочных и долгосрочных последствий этих правил. В ходе когнитивного тестирования пациенты обнаруживают не только положительные моменты «идеального» образа тела, о которых они часто думают: признание и одобрение других людей, удовлетворение своим изображением в зеркале, возможное внимание противоположного пола, и т.п. Они так же отмечают и ту «цену», которую они платят за стремление к «идеальному» телу.

Стремление к «идеальному телу» приводит и к чрезмерной фиксации на теме еды и веса:

пациенты отмечают, что во время общения или занятий в университете, их мысли о количестве съеденной пищи или о том, что они планируют съесть. Эмоциональный фон так же становится нестабильным и чрезмерно зависимым от того, как пациент оценивает свою внешность в текущий момент. Соответственно, он может колебаться от чувства гордости и общего приподнятого настроения, до острого чувства отвращения, грусти или тревоги, если питание было не согласно диете или, например, пациент случайно увидел свое отражение в зеркале в примерочной в магазине. Стремление к «идеальному телу» влияет и на социальную жизнь. Так, например, они могут заметить что стали избегать общения с друзьями, а так же социальных событий, связанных с приемом пищи. Нередко и избегание социальных контактов в моменты, когда пациенты не удовлетворены собой и чувствуют себя «толстыми» или «некрасивыми».

Все эти аспекты пациент отмечает в бланке для когнитивной реструктуризации, что помогает ему рассмотреть это стремление к «идеальному телу» со всех сторон.

В ходе тестирования убеждения, терапевт может задать вопрос, какой будет жизнь через пять-десять лет, если пациент будет руководствоваться правилом жизни, связанным со стремлением иметь «идеальное тело»; так же, он может спросить, какой будет жизнь через пять или десять лет, если пациент не будет руководствоваться данным правилом.

Техники когнитивного тестирования зачастую помогают ослабить веру пациента в убеждение, и осознать, что они могут критически их осмысливать.

В ходе терапии важно так же обсудить с пациентом так называемое «толстое чувство». Пациентам с расстройствами пищевого поведения очень характерно ощущать себя полным, или же ощущать, что их вес чрезмерно изменяется за короткий промежуток времени. Пациенты нередко ощущают, что чрезмерно набрали вес сразу после того, как съели пищу, которую они считают вредной или чрезмерно калорийной. Субъективное ощущение своей полноты или стремительного набора веса осложняет нормализацию питания, и побуждает пациентов ограничивать себя в питании или голодать, когда возникает «толстое чувство».

В ходе когнитивного тестирования, пациенты зачастую обнаруживают, что за ощущением собственной полноты или стремительного набора веса скрываются сложные для их осознания и переживания чувства. Важно отметить, что пациенты с РПП зачастую алекситимичны. Поэтому в ходе терапии бывает полезным само-наблюдение, в том числе и с помощью ведения дневников. Например, может обнаружиться, что пациент тревожится перед встречей с друзьями из-за недостатка навыков отстаивать свои границы или из-за других сложностей в межличностных отношениях. Однако накануне мероприятия пациент может начать чувствовать, что его тело слишком «толстое», «некрасивое». Когнитивное тестирование и ведение дневника самонаблюдения помогает пациенту разобраться, что происходит с ним и в чем причина тех или иных переживаний, которые он привычно называет «толстым чувством».

Наконец, важно помочь пациенту обнаружить когнитивные искажения по отношению к своему телу и телу других людей. Так, например, пациенты с РПП склонны интерпретировать нейтральные замечания окружающих как критику их «полноты». Замечание знакомых, что она выглядит «здоровой» в адрес пациентки с нервной анорексией вызвало в ней раздражение и чувство разочарования: она сочла, что те на самом деле сказали, что она «толстая».

Пациенты так же могут чересчур идеализировать чужую внешность, обесценивая свою. Например, подруга в школе может казаться «идеальной» или «очень красивой». Пациент может просматривать фотографии знакомых в социальных сетях, считая окружающих более красивыми. В таком случае бывает полезно обсудить с пациентом то, сколько усилий окружающие обычно прикладывают для создания «идеального образа» в социальных сетях, и справедливо ли сравнивать себя с двухмерным изображением, зачастую модифицированным с помощью фильтров, и т.д.

В случае, если сравнение происходит с окружающими во время общения – на улице, в школе, в университете - в таком случае можно предложить пациенту обращать внимание на менее привлекательные черты у «идеальных других», и больше фокусироваться на

своих привлекательных чертах. Целью будет более сбалансированное восприятие как окружающих, так и самих себя.

Поведенческие эксперименты.

У пациентов с расстройствами пищевого поведения зачастую присутствует три вида поведения, связанного с образом тела:

- проверки тела;
- избегание тела;
- сравнение.

Исследуя этот тип поведения, терапевту важно подчеркнуть, что данный тип поведения может не осознаваться пациентом. Пациенты в какой-то момент перестают замечать, что ощупывают свое тело (руки, живот, бедра) или, наоборот, избегают зеркал – данное поведение становится автоматическим. Они так же могут автоматически оценивать себя и других в социальном контексте. При этом, все эти типы поведения поддерживаются когнитивными процессами. Это могут быть убеждения о пользе проверок как способе контроля веса. Что касается избегающего поведения – например, походов в бассейн – пациенты обычно имеют некие предположения насчет реакций окружающих на их внешний вид. И, наконец, сравнение является способом оценить свою «привлекательность» или «непривлекательность» в зависимости от социального контекста.

После выявления и тестирования когнитивной составляющей, необходимо спланировать ряд поведенческих экспериментов, проверяющих гипотезы пациентов. Ниже приведены примеры таких экспериментов:

- 1) Гипотеза А: «Если я прекращу проверки тела, я стремительно наберу вес». Гипотеза Б: «Мой вес не изменится без проверок тела». Эксперимент: в течение недели избегать проверок тела и зафиксировать изменения веса до и после эксперимента.
- 2) Гипотеза А: «Если я пойду в бассейн, все будут смеяться с меня и смотреть неодобрительно на мое полное тело, и я этого не выдержу». Гипотеза Б:

«Окружающие не будут чрезмерно фокусироваться на моем теле. Если кто-то и задержит взгляд на мне, я смогу это выдержать». Эксперимент: пойти в бассейн и обратить внимание на реакцию окружающих.

В случае чрезмерно сильной тревоги, возможна градация поведенческих экспериментов. Так, например, можно вместо похода в бассейн надеть вместо свободного свитера джемпер по фигуре, и посмотреть на реакцию окружающих, сравнив ее с ожидаемой. В экспериментах с проверками тела, если пациенту страшно отказаться от них на неделю, можно запланировать несколько дней в неделю без проверок, и т.д.

Что касается сравнений с другими, то поведенческие эксперименты могут быть направлены на смещение фокуса пациента с внешности – своей и окружающих – на другие качества: характер, эмоциональное состояние, тему разговора с друзьями. В данном случае поведенческие эксперименты могут быть похожи на те, которые делаются в случае социальной фобии.

Экспозиция

Экспозиция является важным инструментом в работе с образом тела у пациентов с РПП. У пациентов зачастую присутствует либо чрезмерно частое использование зеркал, либо их избегание. Однако даже в случае частого использования, они смотрят в зеркало иначе, чем люди без РПП: прежде всего пациенты фокусируются на тех частях тела, которые они находят отталкивающими, некрасивыми. Другими словами, они воспринимают свое тело не в целом, а только какие-то его части. Если пациенты избегают зеркал, а потом случайно видят свое изображение, их взгляд тоже падает на те части тела, которые они не принимают.

Экспозиция является важным инструментом, который помогает пациентам снова начать воспринимать свое тело в целом. Прежде чем приступить к экспозиции, терапевт и пациент обсуждают, в каком порядке и на какие части тела пациент будет смотреть. Нельзя переоценить роль Mindfulness в ходе экспозиции.

Важно отметить, что у пациентов зачастую присутствует очень сильное нежелание смотреть на себя в зеркало и делать экспозицию. Однако ее избегание влечет к снижению эффективности в работе с образом тела.

Для проведения экспозиции необходимо иметь зеркало, где пациент сможет увидеть себя в полный рост. Затем, он начинает смотреть на себя согласно тому, как было согласовано ранее. Во время экспозиции пациент отмечает те эмоции, которые возникают в ходе этого, а так же их интенсивность. Кроме того, меняется и то, как пациент смотрит на себя: вместо фокусирования внимания на непринимаемых частях тела, восприятие становится более целостным, что снижает уровень тревоги.

Нельзя переоценить важность данной техники для работы с поведением проверок тела и избегания, а так же с общей удовлетворенностью своим телом.

Дополнительные техники для работы с образом тела

Когнитивно-поведенческая терапия является терапией первого выбора для работы с компульсивным перееданием и нервной булимией. Однако, многие специалисты говорят о том, что предложенные в стандартном протоколе техники не всегда приводят к эмоциональным изменениям у пациентов. Так, например, Пол Гилберт, создатель фокусированной на сострадании терапии (Compassion-Focused Therapy), приводит в качестве иллюстрации следующие слова пациента: «Я понимаю логику КПТ, но то, как я чувствую, не меняется» (Gilbert, 2010). Кроме того, уровень релапса остается достаточно высоким, достигая 50% у пациентов с нервной булимией. Значительная часть пациентов не откликается на стандартный протокол, и эта цифра составляет 40-50% (Fairburn et.al., 2009; Byrne, Fursland, Allen, & Watson, 2011). На сегодняшний день есть несколько направлений КПТ второй и третьей волны, которые являются ответом на существующую потребность в новых подходах.

В данном разделе речь пойдет о техниках работы с образом тела, которые являются адаптацией техник из стандартного протокола, а так же о техниках из других модальностей КПТ: схема-терапии, диалектико-поведенческой терапии и терапии, основанной на сострадании.

Письмо телу

Данная техника является адаптацией техники, представленной Гленном Уоллером, а именно взгляд на тело с точки зрения его функций. В своей практике я модифицировала данную технику в «письмо благодарности телу». Сначала в ходе терапевтической сессии терапевт и пациент обсуждают тело как друга, и пациенту предлагается найти как можно больше поводов для благодарности телу-другу. Так, например, пациенты отмечают, что тело продолжало выполнять все свои функции, независимо от того, как пациенты к нему относятся. В качестве домашнего задания пациент пишет письмо благодарности телу.

Выполнение данной техники затрагивает не только когнитивный аспект, когда пациент расширяет свой взгляд на тело, но и аффективный – в ходе этого упражнения расширяется и палитра чувств, которую пациент испытывает по отношению к телу. В частности, в моей практике я отмечала что пациенты начинают чувствовать благодарность к телу, в то время как острота негативных чувств смягчается. Все это, в свою очередь, ведет к изменению поведения и снижению симптоматики РПП.

Так, например, пациентка С., 20 лет, которая страдала компульсивным перееданием после 6 месяцев нервной анорексии, длительный период времени не могла прекратить свои попытки голодания и жестких пищевых ограничений, что приводило к неконтролируемым приступам переедания. Техники, предложенные в стандартном протоколе, не были эффективны для нее. Однако после техники «письмо телу» она прекратила попытки голодания и ограничений, поскольку ее отношение к своему телу изменилось.

Ключевыми, по словам клиентки, были эмоциональные изменения по отношению к своему телу: чувство благодарности за все то, что тело для нее делало, даже во время болезни и когда она его не принимала и критиковала. Это привело к снижению симптоматики РПП – она прекратила попытки голодать, что в свою очередь привело к

резкому сокращению эпизодов переедания. Эмоции сменились с отвращения и резкого неприятия в сторону грусти в связи с болезнью и чувства само-сострадания, которое побудило ее начать проявлять разумную заботу по отношению к самой себе.

Техники диалектико-поведенческой терапии

Развитие навыков

Пациенты с компульсивным перееданием и нервной булимией зачастую используют переедание и/или очищение как способ регуляции аффекта. Диалектико-поведенческая терапия может быть важным дополнением к стандартному протоколу КПТ (Safer L. et.al., 2001; Esplen M.et.al., 1998; Telch C.et.al., 2000). В план терапии может быть включен модуль по эмоциональной регуляции. Или же, если есть такая возможность, пациенту может быть рекомендовано посещение группы ДПТ по развитию следующих навыков:

- 1) Осознанность – способность быть полностью присутствующим в настоящем моменте;
- 2) Толерантность к дистрессу – умение проживать сложные чувства, не прибегая к само-разрушительному поведению;
- 3) Межличностная эффективность – умение говорить о своих потребностях и выстраивать здоровые границы во взаимоотношениях с другими людьми;
- 4) Эмоциональная регуляция – регуляция и изменение интенсивности эмоций.

Как отмечалось ранее, пациенты склонны реагировать изменением пищевого поведения на внешние события, вызывающие у них сложные чувства (гнев, стыд, тревогу, и т.д.). Навыки диалектико-поведенческой терапии постепенно обучают их выбирать более здоровые реакции, которые не связаны с само-деструктивным поведением.

На первом этапе пациенты развивают свою способность присутствовать в моменте. Важно отметить, что в период приступа переедания или очищения пациенты находят это наиболее сложным, так как целью этого пищевого поведения является не присутствовать, отвлечься или переключиться от того, что с ними происходит и что они чувствуют в настоящий момент.

У пациентов с РПП как правило плохо развита способность выдерживать сложные чувства. Соответственно, ДПТ помогает им постепенно развить эту способность без изменения пищевого поведения. Кроме того, нередким является и само-повреждающее поведение (само-порезы), которое пациенты используют для регуляции аффекта. Соответственно, навыки ДПТ помогают постепенно прекратить этот тип поведения.

Еще одной особенностью пациентов с РПП является сложность с прямым выражением гнева и отстаиванием своих границ. В ходе терапии можно наблюдать, что симптоматика РПП обостряется после межличностных конфликтов или же в ситуациях, когда границы пациента были нарушены и он не смог этому противостоять. Пациенты выражают свой гнев или фрустрацию в связи со своей неспособностью за себя постоять через переедание или очистительное поведение.

И, наконец, нередки случаи когда пациенты, обладая изначально высокой эмоциональной чувствительностью, не обладают в должной мере навыками регулировать интенсивность своих эмоций. В ходе тренинга навыков ДПТ они развивают эту способность, и она интериоризируется.

Радикальное принятие

Одной из техник ДПТ является радикальное принятие. Данная техника может быть использована в работе с восприятием образа тела, в случае если когнитивная реструктуризация правил жизни не дает должного эффекта и не приводит к эмоциональным изменениям.

Хотелось бы проиллюстрировать использование данной техники на примере работы с правилом жизни «Чтобы меня любили, я должна весить 40 кг». Это правило жизни пациентки С., 24 года, страдающей нервной анорексией очистительного типа. На момент работы с образом тела, ее вес вырос с 48 до 52 кг, что вызывало у нее чувство сильной тревоги и желание его контролировать с помощью ограничений питания. В ходе когнитивной реструктуризации она сформулировала новое, адаптивное правило жизни:

«Меня можно любить и с большим весом». В ходе реструктуризации пациентка вспомнила множество ситуаций, когда люди проявляли к ней теплые чувства, при том, что ее вес был значительно выше 40 кг в период, когда у нее была нервная булимия. Плюс, она признала, что и в настоящее время, когда ее вес выше этой цифры, у нее есть молодой человек, который считает ее красивой. Однако на следующей сессии она отмечала, что эмоционально ее состояние не изменилось: «Я все понимаю, но я все равно чувствую, что мне нужно весить 40 кг». Тогда я предложила ей закрыть глаза и медленно произнести: «Да, мой вес никогда не будет 40 килограмм. Это действительно так». Во время выполнения этого упражнения пациентка испытала целую гамму чувств: возмущение, гнев, а затем – сильную тревогу и грусть. Однако через несколько минут она отметила, что, хотя испытывает некоторую грусть, это чувство уже переносимо, и она может его выдержать. А фраза «Мой вес никогда не будет 40 килограмм. Это действительно так» не вызывает такого сильного протеста и возмущения, как изначально. Другими словами, в ходе этого упражнения интенсивность аффекта снизилась, по сравнению с изначальной.

Фактически, правило жизни в случае этой пациентки было способом избежать чувств тревоги и грусти, которые она испытывала из-за опыта отвержения и критики со стороны матери. Упражнение радикального принятия помогло ей прожить эти чувства и получить опыт, что она может их выдержать, ничего не предпринимая по отношению к своему телу и никак не меняя свое пищевое поведение.

В своей практике я использую данное упражнение в ситуациях, когда у пациента есть правила, связанные с завышенными, перфекционистичными стандартами по отношению своего тела или пищевого поведения. Оно дополняет технику когнитивной реструктуризации, помогая пациенту пережить эмоции, которые возникают когда пациент не соответствует своим ожиданиям.

Техники само-сострадания

В работе с РПП в терапии, основанной на сострадании (CFT), выделяют такие ключевые аспекты данного расстройства:

- 1) Чувство стыда и гордости;
- 2) Поведенческие тактики пациентов, направленные на само-успокоение и регуляцию аффекта.

СФТ выделяет три системы само-регуляции:

- а) Система обнаружения угроз и защиты от них. Она отвечает за внезапно возникающие чувства тревоги, гнева и отвращения, и связана с поведением по типу «бить-бежать-замереть»;
- б) Система достижений, жизненной энергии и активности. Она отвечает за чувство гордости от достижений, предвкушение вознаграждения, и побуждает человека вовлекаться в активности;
- в) Система успокоения и удовлетворенности. Она отвечает за чувство связанности с другими людьми, за чувство принадлежности и приятие другими. Данная система помогает нам получать поддержку от других и успокаивать самих себя.

Пациенты с расстройствами пищевого поведения зачастую демонстрируют стремление к гордости от само-ограничений, голода, и контроля питания. Они склонны активировать систему достижений, в то время когда нуждаются в само-успокоении и чувстве связанности с другими людьми, чтобы отрегулировать аффект. В случае неудачи и отступления от выбранного стиля питания, пациенты склонны испытывать усиление дистресса, что создает замкнутый круг.

Соответственно, одной из задач терапии является так же помочь пациентам обнаружить и научиться активировать свою систему само-успокоения. Для этого используются следующие шаги:

- 1) Психоэдукация о трех системах само-успокоения;
- 2) Практика техник само-сострадания: специфические (медитация «Любящее Я», медитация «Любящей доброты» по отношению к себе и другим, и .д.) и более общие (забота о достаточном питании, сне, и т.д.)

- 3) Активация социальных связей для получения поддержки (фокус на чувстве связанности и принадлежности, вместо сравнения себя с другими и конкуренции).

Ниже приведено более подробное описание техник из п.2.

Медитация «Любящее Я»

Пациенту предлагается сесть в удобном положении, закрыв глаза. Далее, он представляет кого-то – реальную или воображаемую фигуру – кто у него ассоциируется с безусловной любовью, принятием, добротой. Затем, терапевт спрашивает, что эта любящая фигура хочет ему сказать? Что она чувствует в отношении пациента? Что чувствует пациент во время этого общения? Как эти чувства проявляются в теле?

Медитация «Любящей доброты»

Пациенту предлагается сесть в удобном положении, закрыв глаза. Далее, он представляет человека, которого он любит, к которому испытывает добрые чувства. И затем, пациенту предлагается в каком-то виде выразить свою любовь и теплоту по отношению к этому человеку. После этого, пациенту предлагается выразить любовь и теплоту по отношению к самому себе. Во время этой медитации, так же важно спрашивать, какие чувства испытывает пациент, и как это выражается в теле.

Целью данных медитаций является активация системы само-успокоения. Кроме того, пациенты учатся распознавать, когда она активируется: как это выражается в чувствах, в ощущениях тела, что происходит с дистрессом, если он был до медитации.

В более широком смысле, целью техник само-сострадания является и снижение чувства стыда, что влечет за собой снижение выраженности симптоматики РПП.

Техника стульев и имажинативная рескрипция в работе с травматическим опытом

Хотя мы не можем утверждать, что буллинг или критика внешности являются причиной возникновения РПП, но они зачастую являются тем критическим событием, которое запускает развитие расстройства. Как правило, речь о тех ситуациях, когда пациент подвергался критике извне, и при этом ему не была оказана эмоциональная поддержка, которая смогла бы помочь пережить это событие; либо же пациент не мог защитить себя сам, отстояв чувство собственного достоинства.

Зачастую можно столкнуться с тем, что когнитивная реструктуризация убеждений о себе, о своем теле не дает должного результата, так как не затрагивает эмоциональную сферу пациента. Нельзя переоценить важность техник схема-терапии, которые направлены на работу с травматическим опытом пациента.

Техника стульев

Данную технику можно использовать в различных вариациях.

Так, например, можно сделать ее, «посадив» на стул само РПП, которое пациенты часто называют «Голос РПП». В таком формате техника эффективна на начальных этапах работы, так как она помогает отделить «Голос РПП» от личности клиента. В случае с нервной анорексией это особенно важно в силу эго-синтонности расстройства. Поскольку у пациентов как правило слабо развита способность асертивно защищать себя, терапевт может выступить в роли Здоровой Взрослой Части и в резкой форме пресечь критику «Голоса РПП», защитив таким образом пациента.

Пациентка С., 24 лет, страдающая нервной анорексией очистительного типа, в ходе заполнения дневника самонаблюдения отмечала, что ее «Голос РПП» критикует ее, вследствие чего она чувствовала себя никчемной, слабой, что побуждало ее очищаться. Она чувствовала, что не в силах противостоять этому голосу. Однако, после того, как была сделана техника стульев и терапевт защитил ее и жестко пресек критику «Голоса РПП», она впервые почувствовала себя защищенной. Более того, в ее дневнике самонаблюдения она стала отмечать, что и сама начала пытаться отстаивать себя и защищаться от нападков голоса.

Имагинативная рескрипция

Техника имагинативной рескрипции используется для работы с травматическим опытом. Важно отметить, что у пациентов с РПП этот опыт может быть связан с буллингом и критикой внешности, но не ограничиваться им. Техника имагинативной рескрипции помогает пациентам получить новый опыт удовлетворения потребностей, которые не были удовлетворены ранее. ИР так же дополняет когнитивную работу, направленную на изменение глубинных убеждений.

В контексте работы с образом тела, работа с травматическим опытом, связанным с критикой тела и внешности, так же смягчает негативный аффект по отношению к собственному телу. Так, например, в изначальной ситуации критики, когда пациент не смог себя защитить, он склонен направлять свои негативные чувства (гнев, обиду) на свое тело. В ходе рескрипции эти чувства направляются на источник проблемы – на того человека, который критиковал пациента.

Выводы

Стандартный протокол СВТ-Е является достаточно эффективным в работе с расстройствами пищевого поведения. Однако есть и существенные проблемы: 1) высокий процент пациентов, которые не откликаются на данный протокол; 2) высокая степень релапса. Существует ряд модальностей КПТ второй и третьей волны, которые направлены на повышение эффективности терапии с учетом комплексных проблем клиентов, которые не откликаются на стандартный протокол.

В рамках работы с РПП, чрезвычайно важной является работа с ключевой психопатологией: переоценкой веса и формы тела. Она, в свою очередь, зачастую связана с проблематикой образа тела: 1) искаженным восприятием тела;. 2) негативным восприятием своего тела; 3) восприятием своего тела как такого, которое вышло из-под

контроля. В ходе терапии восприятие пациентами своего тела сменяется от резко отрицательного (отвращение, ненависть, стыд) в сторону более принимающего отношения, которое, в свою очередь, помогает им начать осуществлять разумную заботу о теле.

В работе с образом тела эффективны такие техники, как психоэдукация, когнитивные и поведенческие техники (поведенческие эксперименты, экспозиция). В то же время, их можно дополнять техниками КПТ второй и третьей волны.

Техники терапии, сфокусированной на сострадании, помогают пациентам постепенно сместить фокус внимания с системы достижений (идеального тела, контроля питания) на систему самоуспокоения, которая гораздо более эффективно регулирует аффект. Кроме того, техники СФТ помогают пациентам сместить фокус внимания и в вопросах заботы о теле, расширив понимание слова «забота». Изначально она понимается исключительно как чрезвычайно рестриктивный стиль питания, однако по мере практики техник СФТ, понимание «заботы» включает в себя и достаточный сон, и отдых, и адекватные физические нагрузки.

Тренинг навыков диалектико-поведенческой терапии эффективен для пациентов с нервной булимией и компульсивным перееданием, так как помогает им развить навыки эмоциональной регуляции, которые не были развиты в должной мере в ходе их развития. Что касается работы с образом тела, то техника «радикальное принятие» может быть дополнением техники «когнитивная реструктуризация», так как она помогает пациентам проживать и выдерживать эмоции, связанные с недостижимостью их идеала, не предпринимая попыток как-то менять свое тело или пищевое поведение.

Техника стульев помогает пациентам отделить от себя «Голос РПП» и конфронтировать его, возможно, впервые за весь период заболевания. Имагинативная рескрипция, в свою очередь, помогает справиться с травматическим опытом, в том числе тем, который связан с негативным восприятием своего тела.

В настоящее время существует ряд многообещающих направлений КПП второй и третьей волны, которые дополняют стандартный протокол СВТ-Е, или же являются альтернативой, когда речь идет о пациентах, которые не откликаются на стандартный протокол.

Библиография

1. Andony, L. J., Tay, E., Allen, K. L., Wade, T. D., Hay, P., Touyz, S., ... Byrne, S. M. (2015). Therapist adherence in the strong without anorexia nervosa (SWAN) study: A randomized controlled trial of three treatments for adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1170-1175. doi:10.1002/eat.22455
2. Anshutz D., Engels R., Becker E. The bold and the beautiful. Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake. *Appetite*, 2009, 51: 530-537
3. Atiye, M., Miettunen, J., Raevuori-Helkamaa, A. (2014). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European eating disorders review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2342>
4. Bonafini B., Pozzilli P. Body weight and beauty: the changing face of the idea female body weight. *Obesity Reviews*, 2010, 12:62-65
5. Bonafini BA, Pozzilli P. Body weight and beauty: the changing face of the ideal female body weight. *Obes Rev*. 2011;12(1):62-5.
6. Bulik C., Kleiman S., Yilmaz Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders, *Current Opinion in Psychiatry*: November 2016 - Volume 29 - Issue 6 - p 383-388, doi: 10.1097/YCO.0000000000000275
7. Bulik C.M., Thornton L., Pinheiro A.P., Plotnicov K. et al. Suicide attempts in anorexia nervosa // *Psychosomatic Medicine*. - 2008. - Vol. 70. - № 3. - P.378-383.
8. Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., ... Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1-11. doi:10.1017/s0033291717001349
9. Byrne, S.M., Fursland, A., Allen, K.L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive-behavioral therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
10. Calugi, S., Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 21. doi:10.1186/s40337-015-0057-z
11. Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive

- behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 84, 9-13. doi:10.1016/j.brat.2016.07.002
12. Cramaglia, C., Delicato C., Zeppegno., Body image, eating, and weight. A guide to assessment, treatment and prevention, Springer International Publishing. 2018: 427-439.
 13. D. Catherine Walker, Emily K. White, Vamshek J. Srinivasan. (2018) A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating, *International Journal of Eating Disorders*, 10.1002/eat.22867, 51, 8, (745-770).
 14. Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82. doi:10.1016/j.brat.2015.07.014
 15. Esplen MJ, Garfinkel PE, Olmsted M, Gallop RM, Kennedy S: A randomized controlled trial of guided imagery in bulimia nervosa. *Psycho Med* 1998; 28:1347-1357Google Scholar
 16. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
 17. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
 18. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010
 19. Fairburn, C.G. (2008), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, London, The Guilford Press.
 20. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, H., Hawker, D.M.,...&Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
 21. Fassino S., Leombruni, P., Piero A., Abbate Daga G., Amianto F., Rovera G., Rovera G. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder.

- Comprehensive psychiatry. Vol.43, issue 6, pp.431-437. Available at
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X02000408>
22. Ferreira C., Pinto-Gouveia J., Duarte C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*. Vol.14, Issue 2, 207-210.
 23. Ferreira C., Pinto-Gouveia J., Duarte C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*. Vol.14, Issue 2, 207-210.
 24. Frank, E. S. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 303-306. <https://doi.org/10.1037/h0079241>
 25. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical psychology&Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
 26. Gilbert, P., *Compassion-focused therapy. Distinctive features*. Routledge, London and New York. Pp.3-12.
 27. Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 141-158.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>
 28. Goss, K., & Allan, S. (2011). An introduction to compassion focused therapy for eating disorders. In J. Fox & K. Goss (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 303-314). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
 29. Goss, K., Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
 30. Goss, K., Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
 31. Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T., Franko D. et al. Predictors of mortality in eating disorders // *Archives of General Psychiatry*. - 2003. - Vol. 60. - № 2. - P.179-183.
 32. Lapid M.I., Prom M.C., Burton M.C., McAlpine D.E. et al. Eating disorders in the elderly // *International Psychogeriatrics*. - 2010. - Vol. 22. - № 04. - P.523-536.

33. Martin SJ, Racine SE. Personality traits and appearance-ideal internalization: Differential associations with body dissatisfaction and compulsive exercise. *Eat Behav.* 2017 Dec;27:39-44. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.11.001.
34. McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Mar;42(1):145-156. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.006.
35. National Eating Disorders Association. (2018). "Other Specified Feeding or Eating Disorder."
36. Safer, L., Telch C.F., Agras S.W. (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry.* <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
37. Shafran R., Fairburn C., Robinson P. (2004) Body checking and its avoidance in eating disorders. Wiley Periodicals, Inc. *Int J Eat Disord* 35: 93-101.
38. Sharpe H, Griffiths S, Choo TH, Eisenberg ME, Mitchison D, Wall M, Neumark-Sztainer D. (2018) The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. *Int J Eat Disord.* 2018 Oct; 51(10):1168-1175. doi: 10.1002/eat.22936.
39. Telch CF, Agras WS, Linehan MM: Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary uncontrolled trial. *Behavior Therapy* 2000; 31:569-582Crossref, Google Scholar
40. Turner H., Tetham, M., Lant, M., Moutford V., Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour research and therapy.* Volume 57, pp.38-42. Available at <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796714000576>
41. Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863-872. doi:10.1002/eat.22723
42. Waller G., Cordery H., Cornstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russel K. (2007) *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders.* Cambridge University Press, New York. p.68-80.

43. Прашко Я., Можны П., Шлепицки М. (2015) Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. Москва. Институт общегуманитарных исследований. С.808-829.

44. Сулейманов Р.А., Артемьева М.С. Коморбидность депрессии и нервной анорексии // Неврология. - 2007. - Т 107. - № 4. - С.73-77.