

Расстройства питания в юности

Расстройства питания и связанные с питанием проблемы, такие как диета и обжорство, чаще всего возникают во время двух важных периодов подросткового развития: в начале юности и при переходе от поздней юности к молодости. Факторы риска в раннем и среднем детстве, такие как проблемы аппетита, паттерны диеты и негативное представление о своей фигуре, начинают взаимодействовать с постоянными трудностями, с которыми сталкиваются подростки. Это заставляет некоторых подростков, особенно девочек, чрезмерно контролировать свой режим питания в ложной попытке справиться со стрессом и физическими изменениями. В некоторых случаях такой контролируемый паттерн питания, вместе с другими непродуманными попытками компенсировать изменения в весе (такими как чрезмерные упражнения), ведет к серьезным расстройствам питания, например к нервной анорексии и нервной булимии.

Нервная анорексия.

Анорексия нервная - заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде и глубокими обменными и гормональными нарушениями. Возможны также утрата аппетита, прекращение менструаций, повышенная физическая активность, а иногда и усиление аппетита с искусственно вызываемой после еды рвотой, излишняя озабоченность пищей и ее приготовлением, приступы обжорства и стремление к похуданию.

Одной из наиболее характерных особенностей психопатологии этого расстройства является то, что люди с анорексией отрицают, что они слишком худые или что у них имеется проблема с весом. В результате друзьям или членам их семьи часто приходится настаивать, чтобы они показали врачу.

Хотя слово анорексия означает буквально "потеря аппетита", это определение вводит в заблуждение, поскольку человек с этим расстройством редко страдает потерей аппетита. Потеря в весе достигается сознательно, путем очень строгой диеты, очищения желудочно-кишечного тракта или физических упражнений. Хотя многие время от времени используют эти методы, для того чтобы похудеть, люди с анорексией испытывают сильный страх перед ожирением и упорно стремятся к худобе.

Молодым людям, страдающим анорексией, присуще серьезное искажение в том, как они ощущают вес и форму своего тела. Некоторым кажется, что их тело имеет избыточный вес, тогда как другие осознают свою худобу, но считают, что некоторые части тела у них слишком толстые. Они могут навязчиво измерять себя, чтобы убедиться, что "жир" исчез. Тем самым, их видение себя и отношение с другими людьми часто являются функцией того, как они воспринимают вес и форму своего тела.

Для подобного человека снижение веса - триумф самодисциплины. Но при анорексии потеря в весе всегда оказывается недостаточной: человек постоянно хочет похудеть еще больше, чтобы подстраховаться, и если в какой-то день ему не удалось похудеть в достаточной степени, он может впасть в панику и на следующий день станет заниматься еще усерднее, чтобы сбросить нужный вес.

Основные особенности диагностических критериев нервной анорексии, указанные в DSM IV:

A. Отказ поддерживать вес тела на уровне, минимально нормальном для данного возраста и роста, или выше этого уровня.

B. Сильный страх перед прибавлением в весе или ожирением, несмотря на чрезмерную худобу.

С. Нарушенное восприятие веса или формы своего тела, чрезмерное влияние веса или формы тела на самооценку или отрицание серьезности проблемы, связанной с низким весом тела.

Д. У девушек, у которых начались менструации, — аменорея или отсутствие, по крайней мере, трех последовательных менструальных циклов.

Специфические виды:

Ограничительный: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек не предавался регулярному обжорству или очищению желудочно-кишечного тракта (т. е. не вызывал у себя рвоту или не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Обжорство/очищение: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек регулярно предавался обжорству или очищал желудочно-кишечный тракт (т. е. вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Сигналы опасности при анорексии

- Значительная потеря в весе за относительно короткий период.
- Продолжение диеты, несмотря на явную худобу.
- Достижение цели, поставленной при диете, и затем немедленное установление новой цели, чтобы похудеть еще больше.
- Неудовлетворенность своим внешним видом, даже после снижения веса до намеченной величины.
- Желание соблюдать диету в одиночку, а не с группой.
- Нарушение менструальных периодов.
- Выполнение странных ритуалов, связанных с едой, и/или потребление крайне малого количества пищи.
- Появление привычки есть тайком.
- Озабоченность физическими упражнениями.
- Подверженность длительным депрессиям.
- Эпизоды обжорства и очищения желудочно-кишечного тракта.

Нервная булимия

Булимия - нарушение пищевого поведения, характеризующееся в основном повторяющимися приступами обжорства. Обжорство - это эпизод переедания, который должен включать в себя как поглощение объективно большого количества пищи (большего, чем люди обычно съедают в подобных случаях), так и отсутствие контроля.

Люди с булимией из чувства стыда пытаются скрыть от окружающих приступы обжорства. Таким образом, хотя обжорство не планируется, может сформироваться определенный ритуал, когда человек, зная, что рядом никого нет, принимает мгновенное решение (например на пути домой с поздней вечеринки) остановиться, купить и съесть огромное количество пищи. Как правило, обжорство следует за переменаами настроения или межличностным стрессом, но может также быть связано с сильным голодом, вызванным диетой, или с чувствами, касающимися своей внешности или фигуры. Хотя эти чувства могут исчезать на какое-то время, депрессивное настроение и самокритичность обычно возвращаются.

Вторая важная составляющая диагностических критериев предполагает попытки как-то компенсировать приступ обжорства. Компенсаторное поведение нацелено на предотвращение прибавления в весе после эпизода обжорства и включает в себя такие действия, как произвольно вызванная рвота, голодание, упражнения и злоупотребление мочегонными, слабительными средствами, клизмами или таблетками для похудения. Критерии выделяют два вида булимии: очищение, когда имеет место регулярная произвольно вызванная рвота, или злоупотребление слабительными или мочегонными средствами (т. е. передозировка этих лекарств, чтобы снизить содержание в организме жидкостей и твердых веществ), и отсутствие очищения, когда индивид использует другие формы компенсации, например голодание или чрезмерные упражнения.

Приблизительно две трети людей с булимией практикуют очищение желудочно-кишечного тракта. Наиболее распространенным компенсаторным приемом после эпизода обжорства является произвольно вызванная рвота - стимуляция рвотного рефлекса с помощью пальцев или какого-либо приспособления. Рвота вызывает немедленное избавление от физического дискомфорта и уменьшает страх перед прибавлением в весе.

Медицинские последствия хронической булимии могут быть весьма серьезными, хотя они не настолько тяжелы, как последствия анорексии. Типичные жалобы на физическое здоровье включают в себя усталость, головные боли, надутость щек (из-за увеличения слюнных желез) и полное или значительное разрушение зубной эмали, особенно на внутренней поверхности передних зубов (из-за контакта с зубами кислого содержимого желудка). У женщин иногда отмечаются нарушения менструального цикла или аменорея, хотя не ясно, связаны ли эти проблемы с колебаниями веса, с другими недостатками питания или со стрессом. Электролитический (кислотно-щелочной) дисбаланс из-за практики очищения кишечника иногда бывает настолько серьезным, что вызывает значительные медицинские проблемы.

Основные особенности диагностических критериев нервной булимии, указанные в DSM IV:

А. Повторяющиеся эпизоды обжорства. Эпизод обжорства характеризуется двумя следующими признаками:

(1) Поглощение, в дискретный период времени (например в течение любого 2-часового периода) пищи в количестве, определенно большем, чем то, которое большинство людей съедает за аналогичный период времени и при аналогичных обстоятельствах.

(2) Ощущение отсутствия контроля за потреблением пищи во время эпизода (например, человек чувствует, что не может перестать есть или контролировать, что и сколько он ест).

В. Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить прибавление в весе, например произвольно вызванная рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными средствами, клизмами или другими препаратами; голодание или чрезмерные упражнения.

С. Приступы обжорства и неадекватное компенсаторное поведение происходят, в среднем, по меньшей мере, дважды в неделю на протяжении 3 месяцев.

Д. Чрезмерное влияние формы и веса тела на самооценку.

Е. Нарушение имеет место не только во время эпизодов нервной анорексии.

Специфические виды:

Очищение: Во время текущего эпизода нервной булимии человек регулярно вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами.

Отсутствие очищения: Во время текущего эпизода нервной булимии человек использовал другие неадекватные компенсаторные действия, такие как голодание или чрезмерные упражнения, но регулярно не вызывал у себя рвоту и не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами.

Сигналы опасности при булимии

- Регулярное обжорство (поглощение пищи в больших количествах за короткий период времени).
- Регулярное очищение (с помощью рвоты, использования мочегонных или слабительных средств, строгой диеты или чрезмерных упражнений).
- Сохранение или возвращение веса, несмотря на частые упражнения и диету.
- Отсутствие прибавления в весе, несмотря на поглощение пищи в огромных количествах за один присест.
- Пропадание в ванной комнате в течение длительных периодов времени, чтобы вызвать рвоту.
- Употребление наркотиков или алкоголя или регулярное воровство.
- Длительные периоды депрессии.
- Нарушение менструальных периодов.
- Проблемы с зубами, увеличение желез на щеках, вздутия или ранки на тыльной стороне рук от искусственно вызываемой рвоты.

Причины:

Чтобы объяснить постепенный дегенеративный процесс формирования расстройства питания, необходимо признать участие в нем всех трех основных этиологических сфер:

Биологическая составляющая. Практически нет возражений, что нейробиологические факторы играют лишь незначительную роль в возникновении анорексии и булимии. Однако подобные факторы могут способствовать сохранению расстройства из-за своего воздействия на аппетит, настроение, восприятие и регуляцию энергии.

Генетические и конституционные факторы. Исследования, проводившиеся в последнее десятилетие, установили, что у родственников пациентов с анорексией или булимией, особенно у родственников женского пола, расстройство питания возникает в 4-5 раз чаще, чем среди населения в целом. Исследования близнецов, в которых легче контролировать генетические факторы, показали, что наследуемость анорексии составляет 58%, а это свидетельствует, что этиологическую роль играют и общие генетические, и общие средовые факторы риска.

Нейробиологические факторы. Поскольку серотонин регулирует чувство голода и аппетит, этот нейротрансмиттер оказался в центре внимания как возможная причина и анорексии, и булимии. В сущности, присутствие серотонина ведет к чувству сытости и желанию снизить потребление пищи, поэтому понижение уровня серотонина способствует постоянному чувству голода и потреблению большего количества пищи за один прием: идеальное условие для обжорства.

Социальная составляющая.

Социокультурные факторы. Хорошо известно, что для большей части молодых белых женщин из средних и высших классов общества самооценка, счастье и успех в значительной степени определяются физической внешностью, и большинство расстройств питания представляют собой стремление иметь позитивные чувства в отношении собственной внешности и самоконтроля. Расстройства питания более распространены среди женщин из-за полоролевой идентификации. Образы женщин XXI в. и представления о том, что значит быть женственной, основаны преимущественно на идее, что девушки должны быть милыми (т. е. не полными), чтобы привлекать внимание окружающих и удостаиваться их похвалы, тогда как юноши вызывают восхищение своими достижениями.

Семейные влияния. Альянсы, конфликты или паттерны взаимодействия внутри семьи могут играть причинную роль в развитии расстройств питания у некоторых детей. Соответственно, расстройство питания у подростка может быть функционально в том, что оно отвлекает внимание от базовых конфликтов в семье, таких как супружеские разногласия, направляя его на более очевидную (симптоматическую) проблему. Ввиду важности участия семьи в формировании ценностей подростка, понятно, что семейные процессы могут способствовать озабоченности весом и контролем за диетой. Например, мать, которая недовольна весом своей дочери или которая сама часто садится на диету и призывает дочь делать то же, может ненамеренно стать соучастницей в развитии расстройства питания. Аналогичным образом родители, которые много пьют или употребляют наркотики, или часто отсутствуют, проявляют безразличие, слишком требовательны или критично настроены, могут заложить основу для последующего возникновения булимии и других расстройств у своих детей. Молодые люди, выздоравливающие после расстройства питания, могут также сталкиваться со строгим контролем и критикой со стороны других членов семьи, что может негативно сказываться на выздоровлении.

Психологическая составляющая. Внешнее давление, побуждающее человека выглядеть худым и контролировать свой вес и внешний вид, взаимодействует с определенными психологическими характеристиками, повышая вероятность расстройства питания, особенно во время важных переходных периодов развития.

Учет психологических составляющих, связанных с расстройствами питания, берет свое начало с пионерских работ Хильды Брух, которая первой предположила, что полуголодная диета, практикуемая людьми с анорексией, связана с их стремлением к автономии, компетентности, контролю и самоуважению. Она связала это стремление с неспособностью родителей признать и подкрепить потребность в независимости, проявляющуюся у детей, что дает толчок дальнейшей спутанности сознания, которая может привести к основным симптомам анорексии: искаженному представлению о собственном теле; к неспособности признать внутренние ощущения (голод и сытость) и эмоции и прореагировать на них; и к всеохватывающим чувствам неэффективности и потери самоконтроля.

Артур Крисп, еще один пионер в понимании и лечении расстройств питания, считает, что анорексия - это разновидность расстройства фобического избегания, в котором вызывающими страх объектами являются нормальный вес и форма тела взрослого человека. Он описывает этот страх метафорически - как бегство от роста. В результате семейных и культурных влияний, молодая женщина может посчитать себя полной, когда она достигает половой зрелости, и параметры и вес ее тела начинают меняться,

приближаясь к показателям взрослого человека. Реагируя на это, она пытается сохранить свой препубертатный вес, стараясь избежать нежелательных аспектов собственного роста. Разумеется, это стремление превращается в порочный круг, поскольку попытка сохранить препубертатный вес тела встречает мощное биологическое сопротивление, поэтому девушка продолжает упорствовать в своем стремлении к худобе, "страхуясь" против этих неумолимых сил природы. В результате человек с анорексией испытывает страх перед потерей контроля над своими попытками избежать роста, который часто переходит в страх перед тем, что вес может превысить 45 кг. Подобно идеям Хильды Брух, это объяснение привело к появлению важных лечебных методов.

Подростков с анорексией клинически описывают как страдающих навязчивостью и ригидных, отличающихся эмоциональной сдержанностью, предпочитающих привычную обстановку, испытывающих большую потребность в одобрении и плохо адаптирующихся к изменениям. Психологические составляющие, лежащие в основе подобных клинических особенностей, составляют триаду личностных качеств:

- избегание неприятностей,
- малое стремление к новизне,
- зависимость от вознаграждения.

Подобные качества делают людей уязвимыми перед такими событиями, как наступление половой зрелости, которые подрывают их тщательно сохраняемое чувство самости.

Подростки с булимией демонстрируют несколько иные личностные характеристики, включая перепады настроения, слабый контроль за своими импульсами и обсессивно-компульсивное поведение. В исследовании, проведенном Гарфинкелем и его коллегами, у лиц с булимией серьезные депрессии возникали в течение жизни в три раза чаще, а тревожные расстройства - примерно вдвое чаще по сравнению со средними показателями. Среди людей с булимией, по сравнению с теми, кто не страдал этим заболеванием, чаще отмечались специфические фобии, агорафобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и алкогольная зависимость. Кроме того, среди примерно одной трети клинических выборок подростков с булимией и около 10% социальных выборок учащихся средней школы, которые отвечали критериям булимии, имело место также злоупотребление алкоголем или стимуляторами с целью контроля аппетита. В связи с психологическими факторами проявляются и определенные половые различия. Женщины с хроническими симптомами булимии сообщают о стремлении к худобе чаще, чем мужчины с подобными хроническими симптомами, но эти же самые мужчины чаще сообщают о перфекционизме (чрезмерном стремлении к совершенству) и межличностном недоверии.

Расстройства питания почти всегда сопровождаются другими расстройствами. Социальные выборки показывают, что почти 90% тех, кто удовлетворяет критериям расстройства питания, также страдают другими расстройствами, обычно депрессией, тревогой или обсессивно-компульсивным расстройством. Хотя генетические звенья, бесспорно, играют определенную роль, исследователи также сосредоточивают свое внимание на личностных характеристиках, таких как перфекционизм, ригидность или невротичность, которые могут быть общим звеном среди этих расстройств. Например, люди, отличающиеся большой потребностью в перфекционизме и ежедневно испытывающие высокий уровень стресса, также чаще демонстрируют симптомы депрессии. Аналогичным образом у индивидуумов с высоким уровнем перфекционизма, а также считающих себя слишком полными, отмечается большая вероятность симптомов булимии. Выражаясь проще, несоответствие между фактическим "я" (в данном случае

воспринимаемым весом) человека и идеальным "я" (стремлением к совершенству) увеличивает вероятность проблем питания, особенно среди женщин.

Давайте рассмотрим практический пример того, как предшествующая информация может быть представлена в динамической перспективе. Девушке с булимией или анорексией кажется, что ее попытки ограничить свою диету и похудеть помогают ей обрести контроль над собственной жизнью и стать более совершенным человеком - представления, которые сформировались в детстве и обнаружили себя, когда она столкнулась с трудностями ранней юности. То, что превратилось в ригидность, присущую анорексии, или стремление обрести контроль, характерное для булимии, могло начаться как умеренная диета. Девушка может непреднамеренно перейти к опасному паттерну питания из-за неудовлетворенности весом и формой тела, и ее усилия на первых порах бывают вознаграждены снижением веса и ощущением повышенного контроля и самооценки.

Переход от диеты к расстройству питания может быть спровоцирован повышенным вниманием со стороны сверстников к тому, что кажется поразительной силой воли и снижением веса. Следовательно, в основе расстройства питания могут лежать весомые психологические потребности, поскольку само расстройство является способом обуздания сильных чувств, которые человек не может выразить или разрешить как-то иначе.



Лечение.

В случаях крайнего истощения для спасения жизни больных могут потребоваться госпитализация и насильственное кормление. Психотропные средства – транквилизаторы или антидепрессанты – дают, по-видимому, лишь кратковременный эффект. Многие врачи в качестве основных методов лечения используют семейную терапию, индивидуальный психоанализ, поведенческую терапию и эндокринное лечение, причем все эти подходы имеют примерно равную эффективность. В настоящее время считается, что наилучшие результаты дает комбинированный подход с применением некоторых или всех перечисленных видов лечения.

Психотерапия должна быть направлена на выявление побудительных мотивов, чувств и стремлений больных. Психотерапевт или психотерапевтическая группа должны

настойчиво и последовательно, но крайне осторожно развивать у больных уверенность в себе и стремление к излечению. Семейная терапия может помочь разрешить основные семейные трудности, например запутанные отношения между членами семьи, чрезмерную опеку и строгость по отношению к больному, его неспособность выходить из конфликтных ситуаций.

Любая коррекция лишнего веса должна проходить под наблюдением нескольких врачей — диетологов, эндокринологов, и конечно же, психотерапевтов. Причем, в первую очередь, за лечение должен отвечать именно психотерапевт, так как только он может определить, какое именно снижение веса в психическом плане будет безопасно для каждого конкретного человека.

При этом может стать важным участие семьи, с тем чтобы помочь ее членам справиться со своими страхами и волнениями, а также заручиться их поддержкой. В случае юных пациентов участие семьи часто бывает целесообразным и часто обязательным, поскольку родители несут ответственность за благополучие своего ребенка и могут дать важные указания и советы, которые сделают лечение более успешным. В некоторых случаях разрешение семейных проблем, подобным тем как родительская психопатология, семейная изоляция и неудовлетворительные отношения между родителями и ребенком, являются решающим фактором излечения от расстройства питания. Поправившиеся пациенты считают разрешение семейных и межличностных проблем основой своего выздоровления.

Этиология и течение анорексии приводят к расстройству, которое поддается лечению хуже, чем булимия; тем не менее терапевтические вмешательства, разумеется, все же осуществляются. Первоначальная фаза лечения должна включать в себя восстановление веса, что может потребовать госпитализации пациента в качестве меры, предохраняющей от возможных осложнений. Однако восстановление веса может оказаться наиболее легкой частью процесса лечения. Многие пациенты восстанавливают прежний вес, находясь в больнице, но паттерн потери веса и искаженных представлений продолжает проявляться и после того, как их выписывают из больницы, если не уделить серьезного внимания семейным и индивидуальным факторам, которые прежде всего привели к озабоченности контролем за приемом пищи.

Поведенческую терапию семейных систем сравнивали с эго-ориентированной индивидуальной терапией в течение 16-месячного курса лечения 22 подростков с анорексией. Поведенческая терапия семейных систем делала акцент на родительский контроль приема пищи, когнитивное реструктурирование и обучение коммуникации, помогающей в решении проблем, тогда как эго-ориентированная индивидуальная терапия придавала повышенное значение наращиванию силы эго, автономии подростка и инсайту. Оба метода лечения привели к улучшениям в массе тела и нормализации менструаций, а также обеспечили заметное уменьшение негативной коммуникации и конфликтов между родителями и подростком. Эти изменения сохранялись затем в течение 1 года, критического периода для выздоровления, и были повторены в последующей работе.

Как было упомянуто, оптимальным первичным методом лечения людей с анорексией, которые молоды и живут дома, является семейная терапия. Внешнее единодушие, демонстрируемое членами семей девушек с анорексией, часто рассматривается клиницистами как попытка замаскировать скрытую или открытую агрессию и избежать конфликтов. Поэтому чтобы восстановить здоровые паттерны коммуникации, часто требуются вмешательства, основанные на участии семьи. Подключая к процессу лечения всю семью, психотерапевты могут адресовать свое внимание семейным установкам

относительно формы тела и идеальной фигуры, которые могут восприниматься подростком как завуалированные, но критические оценки. Как только вес вернулся к приемлемому уровню и стала возможной семейная поддержка, когнитивно-поведенческие методы, подобные описанным выше, могут быть сосредоточены непосредственно на ригидных представлениях, самооценке и процессах самоконтроля пациента.

Семейная терапия не предполагает в обязательном порядке, что все члены семьи приходят на прием одновременно (совместная семейная терапия); иногда наилучшим подходом являются встречи психолога с членами семьи порознь. Например, вместо того чтобы бороться с негативными паттернами интеракций между членами семьи, такими как избегание конфликтов и образование семейных альянсов (как это практиковалось в ранней работе Минухина и его коллег, психотерапевт может побудить родителей проконтролировать паттерны питания своего подростка, с тем чтобы предотвратить госпитализацию, может укрепить моральное состояние родителей и привлечь их к последующей терапии. Фокусирование внимания на характере болезни и ее лечении помогает также избежать дальнейшей критики ребенка и возложения вины на членов семьи. Работа с родителями отдельно от их дочерей-подростков (которая, разумеется, делает невозможной борьбу с паттернами интеракций и альянсами) показала себя столь же эффективной, как и совместные методы, и даже оказывается еще более полезной в случае семей с высоким уровнем критики и враждебности.

Аналогичные результаты были получены в исследованиях, которые сочетали индивидуальную амбулаторную психотерапию с семейной терапией. Сеансы амбулаторной индивидуальной и семейной психотерапии в течение трех месяцев оказались столь же эффективными, как и интенсивное стационарное лечение во время годичного последующего наблюдения за показателями прибавления в весе, нормализацией менструаций и ключевыми психологическими переменными. Два года спустя группа, состоявшая из амбулаторных пациентов, которых лечили индивидуально, по-прежнему чувствовала себя особенно хорошо. Наиболее эффективные современные методы терапии в случае булимии включают в себя когнитивно-поведенческое лечение, осуществляемое индивидуально или с привлечением семьи. Когнитивно-поведенческие терапевты меняют модели пищевого поведения путем вознаграждения или формирования адекватного поведения и помогают пациентам изменить искаженные или ригидные паттерны мышления, которые могут способствовать их озабоченности едой. Когнитивно-поведенческая психотерапия стала стандартным методом лечения нервной булимии и также образует теоретическую базу для многих методов лечения анорексии. Этот метод лечения является оптимальным в случае пациентов, чей возраст не позволяет использовать семейную терапию и чьи симптомы находятся в пределах от умеренных до тяжелых.

Клиническое применение когнитивно-поведенческой психотерапии было расширено с целью выявления специфических факторов, которые порождают стремление к обжорству и очищению желудочно-кишечного тракта; эта терапия также занимается основополагающими межличностными вопросами, которые беспокоят некоторых пациентов. Целями когнитивно-поведенческой психотерапии являются модификация патологических когнитивных установок на значимость формы и веса тела и замена попыток ограничить диету и очистить желудочно-кишечный тракт более нормальными паттернами питания и физической активности.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении булимии состоит из нескольких компонентов. Сначала пациентов обучают самостоятельному отслеживанию количества

потребляемой ими пищи и эпизодов обжорства и очищения, а также всех мыслей и чувств, которые провоцируют эти эпизоды. Это обучение сочетается с регулярным взвешиванием; конкретными рекомендациями, как достичь желаемых целей (такими как введение в рацион питания избегаемой пищи и планирование меню с целью нормализации пищевого поведения и обуздания ограничивающей диеты); когнитивным реструктурированием, нацеленным на выявление привычных ошибок в рассуждениях и основополагающих допущений, связанных с развитием и сохранением расстройства питания; и регулярным обзором и ревизией этих процедур, чтобы предотвратить рецидивы.

Некоторые факты свидетельствуют, что эффективность стандартной когнитивно-поведенческой психотерапии может быть увеличена за счет дополнительных компонентов. Один из подходов - использование интерперсональной (межличностной) терапии, которая занимается ситуативными и личностными вопросами, способствующими развитию и сохранению болезни. В лечебном исследовании, в котором пациентов определяли случайным образом в условия поведенческой терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии или интерперсональной терапии, у тех, кто подвергался когнитивно-поведенческой психотерапии или интерперсональной терапии, в ходе 1- и 6-летних последующих наблюдений отмечались схожие улучшения.

В течение двух последних десятилетий лечение булимии прогрессировало стремительными темпами, и когнитивно-поведенческая психотерапия проявила себя как надежный метод лечения этого расстройства. Тем не менее при диспансерном наблюдении полная ремиссия отмечается, в среднем, у немногим более половины - трех четвертей людей с булимией, которых лечат с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии. Если участники подвергаются первичному лечению в течение первых нескольких лет болезни, то вероятность выздоровления превышает 80%.

Примеры:

Марта: Озабоченность пищей и весом.

В 14-летнем возрасте Марта была ростом 1,57 метра и весила 31,3 кг. И полагала, что это нормально. "Я считаю, что мне не нужно прибавлять в весе, что сейчас у меня приемлемый вес", - читаем мы в ее дневнике. Марту положили в больницу в рамках программы "Расстройства питания", поскольку диета, на которую она перешла шестью месяцами ранее, увлекшись вопросами здоровья, вылилась в анорексию: озабоченность пищей и весом, которая подрывала жизненные силы и грозила погубить девушку.

"Все началось, когда мне было 13, - объясняет Марта. - Перед тем как отправиться в лагерь, я проходила медосмотр, и врач сказала, что я должна больше есть, поскольку у меня еще не начались менструации. Она сказала: "Ешь больше молочных продуктов, так как мы хотим, чтобы твой организм заработал". В лагере Марта стала есть так, как питается человек, сидящий на диете. "Утром я съедала вазочку персиков. По-началу я еще ела горячие блюда, но затем перешла на одни салаты. Мои подруги говорили: "Черт возьми, ты следишь за своим здоровьем". В то лето я похудела на 1,4 кг. Ничего серьезного".

Но это было началом серьезного расстройства. У Марты так и не начинались месячные, но она оставалась верна в отношении пищи навязчивой идее, которая преследовала ее в течение нескольких лет. Вместе с новым режимом питания появилась строго выполняемая программа физических упражнений. "Это происходило постепенно, но я по-настоящему втянулась: прихожу домой, никакого ланча, делаю домашние задания. Днем прыгаю через скакалку в течение десяти минут. Съедаю обед. Каждый вечер я делала подъемы из положения лежа, держала на весу ноги и совершала маховые движения. Каждое упражнение по 50 раз - ни больше ни меньше".

Мама Марты делала все, чтобы заставить дочь нормально питаться. "Мы говорили ей: "Ты должна съесть это", - но она начинала рыдать и выбегала из комнаты". Обеденный стол превращался каждый вечер в поле боя, когда упрямый отказ Марты принимать пищу становился объектом всеобщего внимания. "Я хотела есть, быть как другие люди, но не могла, - объясняет она. - Я много думала о своем намерении не позволять себе есть каждый день. Мне казалось, что еда - это нечто, над чем я имею полный контроль, и я не хотела лишиться этого контроля".

Никто не мог убедить Марту что ей грозит опасность. Наконец врач настоял, чтобы ее госпитализировали, и был осуществлен тщательный контроль за лечением заболевания. Потребовалось длительное пребывание в больнице и интенсивная индивидуальная и семейная терапия после выписки, чтобы Марта осознала и разрешила свои проблемы.

Сейчас, когда Марте 16 лет, она весит 45,4 кг и продолжает поправляться. Марта может сосредоточиться на долгосрочных целях - она планирует поступить в медицинское училище и стать педиатром, - и ее не пугает то, что ей придется посвятить учебе много лет "Я не боюсь тяжелой работы, - говорит она. - Я способна на это".

Филлипа: Надежно хранимая тайна.

Нервная булимия проявилась у Филлипы в 18-летнем возрасте. Как и у Марты, начало ее странного пищевого поведения приходится на то время, когда девушка села на диету Но Филлипа начала прибавлять в весе, поскольку много ела по ночам. Вместе с лишним весом пришло отвращение к себе. "Мне казалось, что мое тело мешает мне добиться успеха в школе и познакомиться с парнем. Я смотрелась в зеркало несколько раз в день, думая: "Мне совсем не хочется быть в этом теле". В моей жизни не было минуты, чтобы я не думала о каком-нибудь аспекте своей внешности".

Хотя Филлипа соблюдала диету и выполняла упражнения, чтобы похудеть, в отличие от Марты она регулярно поглощала пищу в больших количествах и поддерживала нормальный вес, вызывая у себя рвоту. Филлипа часто ощущала себя эмоциональной пороховой бочкой - раздраженная, напуганная, подавленная. Неспособная понять собственное поведение, Филлипа полагала, что никому другому это также не под силу. Девушка чувствовала себя изолированной и одинокой. Как правило, когда дела шли плохо, ее охватывало неконтролируемое желание есть сладости. Филлипа съедала по несколько фунтов [1 фунт = 0,45359 кг] конфет и пирожных за один присест и часто не могла остановиться, пока не приходила в изнеможение или у нее не начинались сильные боли. Затем, переполняемая чувством вины и отвращения, она вызывала у себя рвоту. Эти пищевые привычки приводили Филлипу в такое смущение, что она хранила их в тайне до тех пор, пока, подавленная своими нарастающими проблемами, не попыталась совершить самоубийство. К счастью, попытка не удалась. Когда Филлипа выздоравливала в больнице, ее направили в клинику расстройств питания, где она начала участвовать в групповой терапии. Там она стала принимать лекарства, чтобы избавиться от болезни, нашла понимание и получила столь ей необходимую помощь от других людей, у которых была та же проблема. Улыбаясь, Филлипа объясняет: "Там я поняла, что моя самооценка совершенно не коррелирует с моей внешностью или с тем, что обо мне могут думать другие"