

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

О. А. СКУГАРЕВСКИЙ

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Монография



Минск 2007

УДК 616.89–008.441.42

Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения : монография / О. А. Скугаревский. – Минск : БГМУ, 2007. – 340 с. – ISBN 978–985–462–756–4.

Изложены современные взгляды на причины и механизмы развития нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание). Впервые приведены эпидемиологические данные о проявлениях отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения в белорусской популяции. Описана психометрическая адаптация инструментов, используемых в процессе психодиагностики нарушений пищевого поведения. Подробно представлены стратегические направления диагностических и лечебных вмешательств с описанием последовательности действий с учетом риска соматических осложнений у данной категории больных.

Предназначена для врачей-психиатров, психотерапевтов, педиатров, психологов, врачей-стажеров, клинических ординаторов, субординаторов и студентов старших курсов медицинских университетов.

Табл. 31. Ил. 29. Библиогр. назв. 253.

Утверждено Советом Бел. гос. мед. универ.

Р е ц е н з е н т ы:

зав. каф. психиатрии и наркологии Белорусской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. Р. А. Евсегнеев; зав. каф. общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, д-р мед. наук В. А. Доморацкий

ISBN 978–985–462–756–4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИМТ — индекс массы тела

ИПТ — интерперсональная терапия

НА — нервная анорексия

НБ — нервная булимия

КБТ — когнитивно-бихевиоральная терапия

ООСТ — Опросник образа собственного тела

ОПП-26 — Опросник пищевых предпочтений (версия из 26 пунктов)

BED — binge eating disorder, компульсивное переедание

ВВЕДЕНИЕ

Проблема девиантного (отклоняющегося) пищевого поведения не нова. С античных времен известны попытки людей избегать приема пищи или вызывать у себя рвоту ради достижения духовного «очищения» или оздоровления. Современный человек, как правило, лишен представлений о том, что еда является единственной первопричиной всех его болезней. В то же время он обладает доступом к широким возможностям самосовершенствования, и на этом пути его подстерегают иные опасности. Малоподвижный образ жизни на фоне высокого ее темпа, обилие и доступность вкусной и высококалорийной пищи, выраженные психологические перегрузки, ограниченность в получении социальной поддержки и пр., несомненно, создают условия для формирования избыточной массы тела и ожирения. Но это лишь одна «сторона медали». С другой стороны, в современном обществе тело человека является действенным средством социальной коммуникации. В общественном сознании прочно укрепилось представление о взаимосвязи социальной успешности и необходимости соответствия стандартам внешней привлекательности, что особенно остро отмечается у женщин. Именно в этом отношении лозунг «Худеть надо всем!» без учета контекста и медицинских показаний приоткрывает другую грань проблем, связанных с питанием, а известный афоризм «Жить, чтобы есть или есть, чтобы жить» приобретает совершенно иное звучание.

Потребность в издании подобной книги назрела давно. Еще в самом начале нашей работы с нарушениями пищевого поведения мы столкнулись с тем фактом, что на фоне изобилия книг, тематических журналов и просто статей в различных изданиях, а также художественных зарубежных фильмов, отечественная (даже сугубо медицинская) современная литература практически умалчивает об этих расстройствах. Более того, подавляющая масса пациентов с нарушениями пищевого поведения в отечественной медицинской практике «оседает» у врачей соматического профиля (эндокринологов, терапевтов, гинекологов и пр.), не получая своевременной и адекватной лечебной помощи, ограничивается лишь симптоматическим лечением. Особая актуальность нарушений пищевого поведения связана с их биопсихосоциальными последствиями. Основной контингент таких

пациентов представлен девушками и молодыми женщинами.¹ Наиболее характерный возраст начала расстройства соответствует 13–18 годам. Для нарушений пищевого поведения характерна чрезвычайно высокая вероятность смертельных исходов (до 20 % при продолжительности наблюдения порядка 20 лет) вследствие суицидов или соматических осложнений. Тяжелые соматические последствия истощения и дезадаптивного пищевого поведения несут с собой бесплодие, полиорганную недостаточность, атрофию мозга и внутренних органов, другие поломки в организме пациента, реализующиеся в клиничко-биологических взаимоотношениях. К сожалению, соматические страдания зачастую сохраняют свою актуальность на протяжении многих лет с момента постановки диагноза. Нарушениям пищевого поведения часто сопутствуют иные психические и поведенческие расстройства (депрессии, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства личности, злоупотребления психоактивными веществами и пр.), что существенно затрудняет работу с этим контингентом и уменьшает вероятность благоприятного исхода страдания. Едва ли не сопоставимыми по тяжести оказываются психологические спутники этих расстройств. Потенциально смертельно опасная болезнь молодых девушек «парализует» родственников, а самих пациенток «погружает» в состояние безысходности, социальной изоляции, одиночества.

Наш опыт работы с больными анорексией и булимией позволил обозначить несколько важных моментов. Во-первых, практически нереалистично ожидать быстрого излечения таких больных несмотря на жесткую структурированность лечебных мероприятий. Принимаясь за их лечение, надо рассчитывать на годы кропотливого труда. Во-вторых, работая врачом-психиатром, надо иметь хорошую базовую подготовку по психотерапии, поскольку именно пласт психологических проблем таких пациентов определяет и способствует сохранению их страдания. В-третьих, сам процесс лечения чрезвычайно интересен и напоминает движение первопроходца, когда за каждым симптомом (в том числе соматическим или поведенческим) может стоять целая вереница событий и обстоятельств жизни больного, не разрешив которые, трудно надеяться на результат. В-четвертых, работа с такими больными исключительна по своей психологической насыщенности. Вместе с пациентом приходится проживать осознание дилеммы желания жизни и угрозы реальной смерти.

Целью настоящей монографии было предоставить заинтересованному читателю возможность ознакомиться с современным пониманием проблемы нарушений пищевого поведения, вооружив его знаниями в отношении научнообоснованных подходов к их лечению.

Считаю своим долгом выразить признательность Министерству здравоохранения Республики Беларусь, администрации Белорусского государственного медицинского университета, ГУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» за содействие в выполнении исследовательской части работы. Хочется адресовать слова благодарности моим коллегам и друзьям за независимость их оценок и суждений, за ту поддержку, которую они оказывали в процессе выполнения работы. Отдельной благодарности заслуживают члены моей семьи и лично Сергей Сильман за терпеливое и понимающее отношение к моим профессиональным интересам.

¹ По тексту работы при необходимости соотнести сказанное с половой принадлежностью описываемого контингента используется женский род имен существительных, учитывая диспропорционально большую долю женщин (10:1–20:1) среди лиц, подверженных нарушениям пищевого поведения.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕГУЛЯЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И МАССЫ ТЕЛА

Нарушения контроля аппетита и стереотипа питания проявляются в эпидемическом масштабе. Ожирением и сахарным диабетом страдает около 30 % человеческой популяции, тогда как нарушения пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание) охватывают порядка 3 % подростков и молодых людей. Нарушения стиля питания являются одним из основных проявлений множества психических расстройств. Утрата аппетита и кахексия вследствие соматических болезней или при старении могут препятствовать оказанию адекватной медицинской помощи, ориентированной на восстановление хорошего здоровья и сохранение жизни.

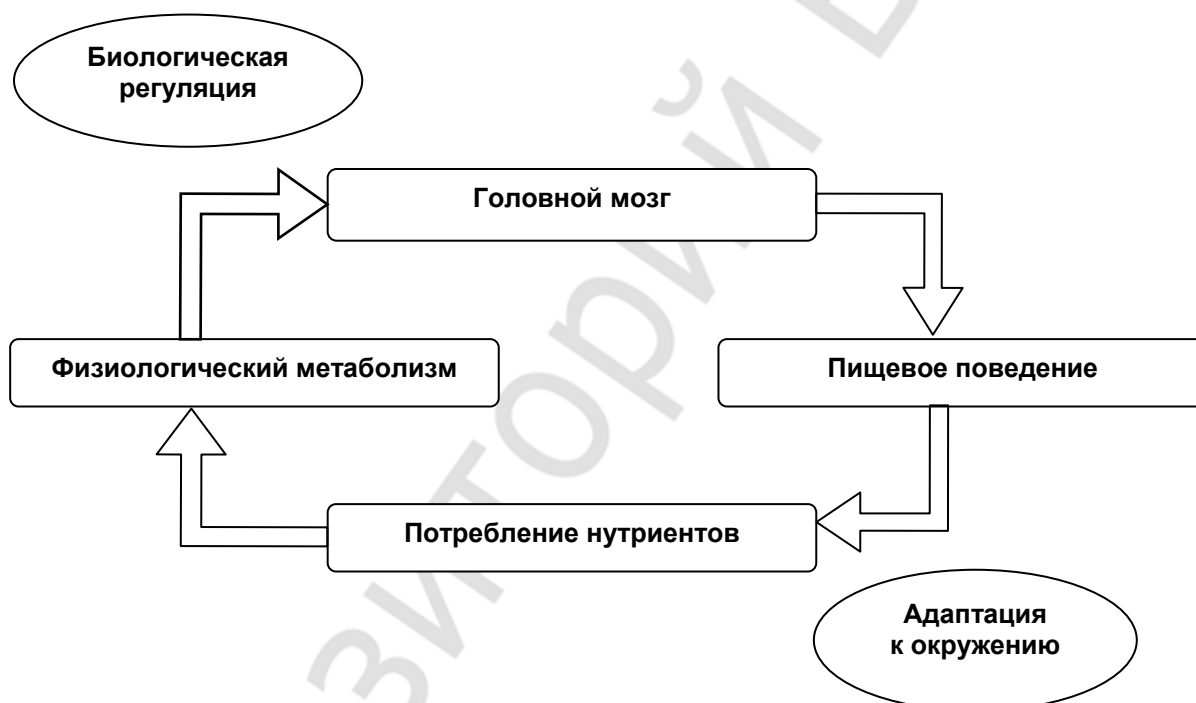


Рис. 1.1.1. Принципы системы, отражающие взаимодействие между компонентами, значимыми в проявлении аппетита

Пищевое поведение человека и масса его тела определяются чрезвычайно разнообразием факторов. Биологический компонент пищевого поведения связан, в частности, с генетической предрасположенностью, предопределяющей, например, скорость обменных процессов организма. Адаптивность пищевого поведения и его соответствие актуальным биологическим потребностям организма находятся под прессингом психологических и социальных влияний и могут быть существенно нарушены при попытке целенаправленного контроля массы и формы тела как это бывает, например, при нарушениях пищевого поведения. К сожалению, серьезные и биологически неоправданные вмеша-

тельства в механизмы контроля пищевого поведения и массы тела могут приводить к тяжелым многолетним последствиям. В частности, избыточная масса тела в подавляющем большинстве случаев в своей основе имеет первичные нарушения пищевого поведения, приводящие к положительному энергетическому балансу организма. Понимание принципов и механизмов работы систем организма и мозга, связанных с обеспечением энергетического и пищевого баланса, системы контроля аппетита поможет лечить и предупреждать эти распространенные проблемы.

1.1. Аппетит: механизмы контроля и масса тела. Системная оценка

Аппетит может рассматриваться как феномен, отражающий тесное взаимодействие биологических событий (происходящих внутри организма) и событий внешнего мира (окружения субъекта). Рис. 1.1.1 показывает, что аппетит формируется принципами биологической регуляции и средовой адаптации, которые определяют сбалансированность пищевого поведения человека в норме.

Все живые организмы испытывают потребность в пище (снабжении пищевыми веществами) для роста и сохранения тканей. Это снабжение реализуется через пищевое поведение. Комплексная система сигналов определяет адекватную направленность и качество этого (пищевого) поведения. Между тем, проявление поведения также подчиняется требованиям окружающей среды и, поэтому, поведение адаптируется к конкретным обстоятельствам.

Механизмы контроля аппетита в академическом плане включают следующие составные компоненты: 1) непосредственное действие приема пищи; 2) мотивационное состояние, которое предшествует и сопутствует акту питания; 3) периферические физиологические и метаболические процессы, сопряженные с приемом пищи; 4) центры головного мозга, их рецепторный аппарат и проводящие пути, координирующие взаимодействие центрального и периферического звена контроля аппетита наряду с прямым влиянием пищи на все эти компоненты. В случае оценки механизмов, лежащих в основе аппетита у человека, также необходимо учитывать осознанный и намеренный (наружный) контроль поведения. Человеческие существа могут делать выбор и изменять свое поведение (питание) в определенных целях, например, при проявлении моральных убеждений (голодная забастовка) или демонстрации эстетических достижений (диеты). В обоих этих случаях ограничения в питании приводят к перерыву в снабжении организма питательными веществами. Регуляторные возможности системы имеют тенденцию противостоять этому недостаточному снабжению и вызывать побуждение к еде. В экономически развитых социально благополучных странах снабжение питательными веществами может быть обусловлено средовыми факторами другим путем. Существование изобилия вкусной, высококалорийной, энергетически богатой пи-

щи способствует чрезмерному ее потреблению. Это в свою очередь (в сочетании с генетической предрасположенностью) ведет к повышению жировых отложений. Между тем, повышенное потребление калорий, способствующее отложению жира, не вызывает биологического побуждения есть меньше. Поэтому, действие регуляторной системы не симметрично: существует сильное сопротивление недостаточному питанию и только слабая реакция на эффект повышенного питания. Эти показатели имеют важные следствия для понимания феномена переедания. Попытки ограничить еду, например, как это происходит при диетах, вызывают сильное побуждение к началу еды (биологическая защита), тогда как заместительный набор веса (который может вызывать неудовлетворенность телом) не способствует снижению аппетита.

Начальные проявления аппетита у человека включают повышение уровня энергии, осознанное восприятие голода, учет вкусовых предпочтений, выбор специфических нутриентов (продуктов), страстное желание употребить пищу определенного рода и, непосредственно, особенности пищевого поведения. Эти особенности могут быть описаны как профиль приемов пищи и «перекусов», а также интервалов между эпизодами еды. Биологическое побуждение к еде может быть связано с насыщающей силой еды. «Насыщающая сила» или «насыщающая эффективность» — термин, относящийся к способности потребленной пищи подавлять голод и ингибировать начало следующего периода еды. Пища вызывает этот эффект через посредничество процессов, которые условно могут быть классифицированы как сенсорные, когнитивные, постингестивные и постабсорбционные (рис. 1.1.2).



Рис. 1.1.2. Компоненты каскада насыщения

Этот процесс активируется воздействием пищи на психологические и биохимические механизмы. Суммарно эти процессы могут быть обозначены как каскад насыщения [J. E. Blundell, A. J. Hill, P. J. Rogers, 1988]. Процесс восприятия и переработки пищи биологической системой приводит к генерации сигналов (нейрональных и гуморальных), которые определяют контроль аппетита. Отсюда следует, что любая самовывызываемая или обусловленная внешними обстоятельствами дефицитарность пищевого рациона (приводящая к дефициту калорий) будет ослаблять насыщающую силу пищи. Одним

из следствий этого является неспособность пищи адекватно подавить голод (биологическое побуждение). Каскад насыщения проявляется одинаково эффективно и у тучных людей и у худых. Поэтому становится очевидной нормальная реакция аппетита на сокращение потребляемых калорий у тучных людей.

Технически *сытость* может быть определена как подавление голода и желания употребить пищу, которое является следствием потребления продуктов питания. Это необходимо отличать от *насыщения*, которое является феноменом, приводящим к прерыванию процесса приема пищи. Сытость и акт насыщения совместно определяют большую часть особенностей пищевого поведения и сопутствующего профиля мотивации. Осознанное ощущение голода является одним из показателей мотивации и отражает интенсивность сытости и насыщения. Необходимо помнить, что голод является биологически полезным ощущением. Это ноющее, раздражающее чувство «подсказывает» мысли о еде и напоминает нам, что наше тело нуждается в энергии. Идентификация и управление пищевого поведения через адекватное восприятие голода — важные факторы, лежащие в основе нормального функционирования аппетита, а также проявлений нарушений контроля аппетита и массы тела. В свою очередь, цикл переживания голода в его взаимосвязи с процессом еды могут использоваться в качестве маркеров адаптивной регуляции или дисрегуляции контроля пищевого поведения.

Питание и насыщение. Концепция каскада насыщения предполагает, что пища различного состава по-разному затрагивает посреднические процессы и поэтому оказывает разные эффекты на насыщение и сытость. Существует значительный интерес в отношении того, отличаются ли макронутриенты — белки, жиры и углеводы — по своей насыщающей эффективности.

Процедурой, которая широко используется для оценки влияния потребленной пищи на сытость, является экспериментальная преднагрузочная стратегия. В преднагрузке потребляются тщательно приготовленные виды пищи (идентичные по вкусу и виду, но различающиеся по составу и/или калорийности). Затем эффект потребления измеряется через различные периоды времени с помощью визуальной аналоговой оценочной шкалы (оценивается голод и другие ощущения) и, если необходимо, пищевых дневников. Используя преднагрузочную стратегию и соответствующие процедуры, можно оценить насыщающую силу различных видов пищи, варьируя в составе макронутриентов. Пища, оказывающая только слабый насыщающий эффект, вряд ли будет осуществлять эффективный контроль над аппетитом.

В настоящее время существует значительный теоретический и клинический интерес в отношении влияния углеводов и жиров на аппетит. Происходящее вслед за потреблением пищи переваривание углеводов влияет на ряд механизмов, ответственных за насыщение. Прямое отношение к этому имеют рецепторы глюкозы в желудочно-кишечном тракте, которые посылают аф-

ферентную информацию в головной мозг через вагус и вегетативные нервы, а также чувствительные к глюкозе клетки печени, ядра солитарного тракта и гипоталамическая область мозга, которая отслеживает постабсорбционный уровень глюкозы. Эти механизмы формируют базис энергостатического контроля питания или того, что называется калорическим контролем насыщения [J. E. Blundell, P. J. Rogers, 1991]. Хотя сладость углеводов создает некоторую позитивную обратную связь в отношении еды посредством оральной афферентной стимуляции, в то же время этому противостоит потенциальная подавляющая активность углеводов, реализуемая через постингестивные и постабсорбционные механизмы.

Одной из отчетливых находок такого рода исследований является то, что углеводы являются эффективными супрессантами аппетита. Таким образом, они осуществляют значимый вклад в насыщающую эффективность пищи и влияют на силу эффекта насыщения [P. J. Rogers et al., 1988]. Исследования показали, что у человека разнообразные углеводы, включая глюкозу, фруктозу, сахарозу и др., когда даются в преднагрузке, способны подавлять последующее потребление пищи в количестве грубо эквивалентном калорийности, хотя время действия супрессии может несколько варьировать соответственно с уровнем метаболизма углеводной нагрузки.

Рассматривая действие жиров на насыщение, существует только несколько исследований, систематически исследовавших степень, в которой диетические жиры влияют на насыщающую силу пищи. Между тем широко распространено мнение, что насыщенные жирами диеты ответственны за повышенное потребление энергии, что приводит к набору веса через депонирование жиров. Известно, что содержание жиров в пище изменяет ее текстуру и вкус, может повышать ее привлекательность. Этот фактор в совокупности с высокой калорийностью, возможно, способствует диетической неумеренности во время еды или перекусов (пассивное повышенное потребление). Между тем, неизвестно в какой степени калории жиров влияют на продолжительность интервалов между едой или впоследствии уменьшают количество съеденной пищи. Различные экспериментальные данные свидетельствуют, что жиры склонны оказывать потенциальное постингестивное действие на потребление пищи, имеют эквивалентную насыщающую силу с углеводами или индуцируют относительно слабую компенсацию калорий. Как эти данные могут быть согласованы друг с другом и с точкой зрения, согласно которой насыщенная жирами диета предрасполагает к развитию ожирения? Ответ, по-видимому, находится в различии между насыщением и сытостью (рис. 1.1.2). Насыщение — это процесс, ограничивающий данный прием пищи, тогда как сытость — последующее, индуцированное едой, подавление последующего приема пищи. Можно сделать вывод, что хотя жиры оказывают эффект на сытость, они оказывают лишь слабый эффект на насыщение. Пищевые жиры оказывают лишь минимальный ингибирующий эффект на еду во время

приема пищи и поэтому могут легко быть съедены в большом количестве. После потребления жиров начинается подавление последующего приема пищи через посредничество процессов каскада насыщения.

Исследования насыщающей силы белкового компонента пищи на животных [N. Geary, 1979], тощих [A. J. Hill, J. E. Blundell, 1986] и тучных [A. J. Hill, J. E. Blundell, 1990] людях приходят к соглашению, что белок обладает большей насыщающей эффективностью по сравнению с другими макронутриентами.

Суммарно эти эксперименты показали, что состав пищи является важным биологическим компонентом, контролирующим проявление аппетита. Следовательно, любая осознанная или принудительная корректировка поступающих питательных веществ имеет значение в отношении контроля пищевого поведения и является существенным фактором, который необходимо учитывать при оценке симптомов пациентов с нарушениями пищевого поведения.

Значимость питания при переедании. Нутриентный состав потребленной пищи играет значительную роль в активации механизмов, вовлеченных в адекватный контроль аппетита. Одновременно, качественный состав пищи предопределяет частоту эпизодов приема пищи и ее объем. Например, избегание пищи богатой углеводами предотвращает действие углеводов в отношении быстрой постабсорбционной супрессии голода. Этот эффект становится отчетливым примерно через два с половиной часа после еды и проявляется через «постингестивное окно». Более того, избегание углеводов приводит к недостаточному поступлению питательных веществ, необходимых для окисления углеводов и насыщения гликогеновых запасов. Поэтому побуждение к еде и желание съесть пищу с высоким содержанием углеводов остаются высокими. Это значит, что послеобеденная сытость остается низкой, а голод сохраняется достаточно высоким.

В то время как избегание углеводов или их низкое потребление уменьшает сытость, основное действие жиров приходится на насыщение. Пища с высоким содержанием жиров обладает весьма притягательными сенсорными свойствами, т. к. текстура пищи изменяется жирами и пища обладает приятным вкусом. Жирная пища обладает относительно слабым влиянием на насыщение (что предопределяет объем еды). Это, практически несомненно, связано с большим количеством калорий, которые могут быть быстро поглощены перед тем моментом как включатся ингибиторные механизмы. В свою очередь, большое количество энергии, потребленное в виде жиров, приводит к диспропорционально слабому влиянию на сытость [J. E. Blundell et al., 1992]. Так как потребление большого количества жиров (в отличие от углеводов) не сопровождается активацией их окисления, поглощенный жир откладывается, что приводит к набору веса.

Таким образом, избирательность в питании, приводящая к диспропорциональному нутриентному составу пищи, может быть ответственна за на-

рушение контроля над приемом пищи (насыщение и сытость). Как следствие, это может приводить к неудовлетворительному контролю над объемом поглощенной пищи (измеряется энергетической ценностью) и уменьшению постпрандиальной (послеобеденной) сытости (измеряется ослабленным подавлением голода). Эта утрата контроля может отражать биологическую сущность феноменов переедания.

Сущность системы контроля аппетита. Биопсихологическая система, объясняющая проявления аппетита может быть рассмотрена на трех уровнях (рис. 1.1.3): 1) уровень психологических событий (восприятие голода, страстное желание употребить пищу, гедонистические ощущения) и поведенческих процессов (еда, перекусы, энергия и потребление макронутриентов); 2) уровень периферических физиологических процессов и метаболизма; 3) уровень нейромедиаторов и метаболических взаимодействий в мозге. Сущность системного подхода, предлагаемого в этом разделе, состоит в том, что феномены пищевого поведения могут стать более понятными при совместном рассмотрении процессов проявления аппетита, осуществляющихся параллельно на трех уровнях. Нервные импульсы инициируют и осуществляют контроль над поведением, но каждый поведенческий акт включает ответ периферической составляющей системы; и далее, эти физиологические события трансформируются в мозговую нейрохимическую активность. Эта мозговая активность представлена мотивационным напряжением и, следовательно, готовностью осуществлять прием пищи или воздерживаться от еды. Ряд характеристик пищи должен учитываться при сопоставлении особенностей еды и биологического ответа на ее поглощение. Среди них: вкус (интенсивность и гедонистический аспект еды), объем и масса пищи, энергетическая ценность, осмолярность и доля макронутриентов. Даже до того, как еда коснется рта, зрение и обоняние генерируют физиологические сигналы («сигналы насыщения»). Эти события составляют мозговую фазу аппетита. Ответы мозговой фазы генерируются во многих отделах желудочно-кишечного тракта и их функция определяется предвосхищением поглощения пищи. Во время и сразу после еды афферентная информация осуществляет основной контроль над аппетитом. Афферентная информация от поглощенной пищи, возникающая во рту, осуществляет в основном позитивную обратную связь в отношении приема пищи; такие же влияния имеют место и от желудка. Одновременно имеет место малой интенсивности интестинальная, преимущественно негативная, обратная связь. Первоначально мозг информируется о количестве поглощенной пищи и ее нутриентном составе через афферентные пути. Помимо оральной афферентной стимуляции значимыми являются сигналы о растяжении желудка, скорости его опорожнения; высвобождение гормонов (холецистокинин, инсулин и пр.), активация пищеварительных ферментов (и кофакторов), а также сывороточные профили глюкозы, аминокислот и других метаболитов.

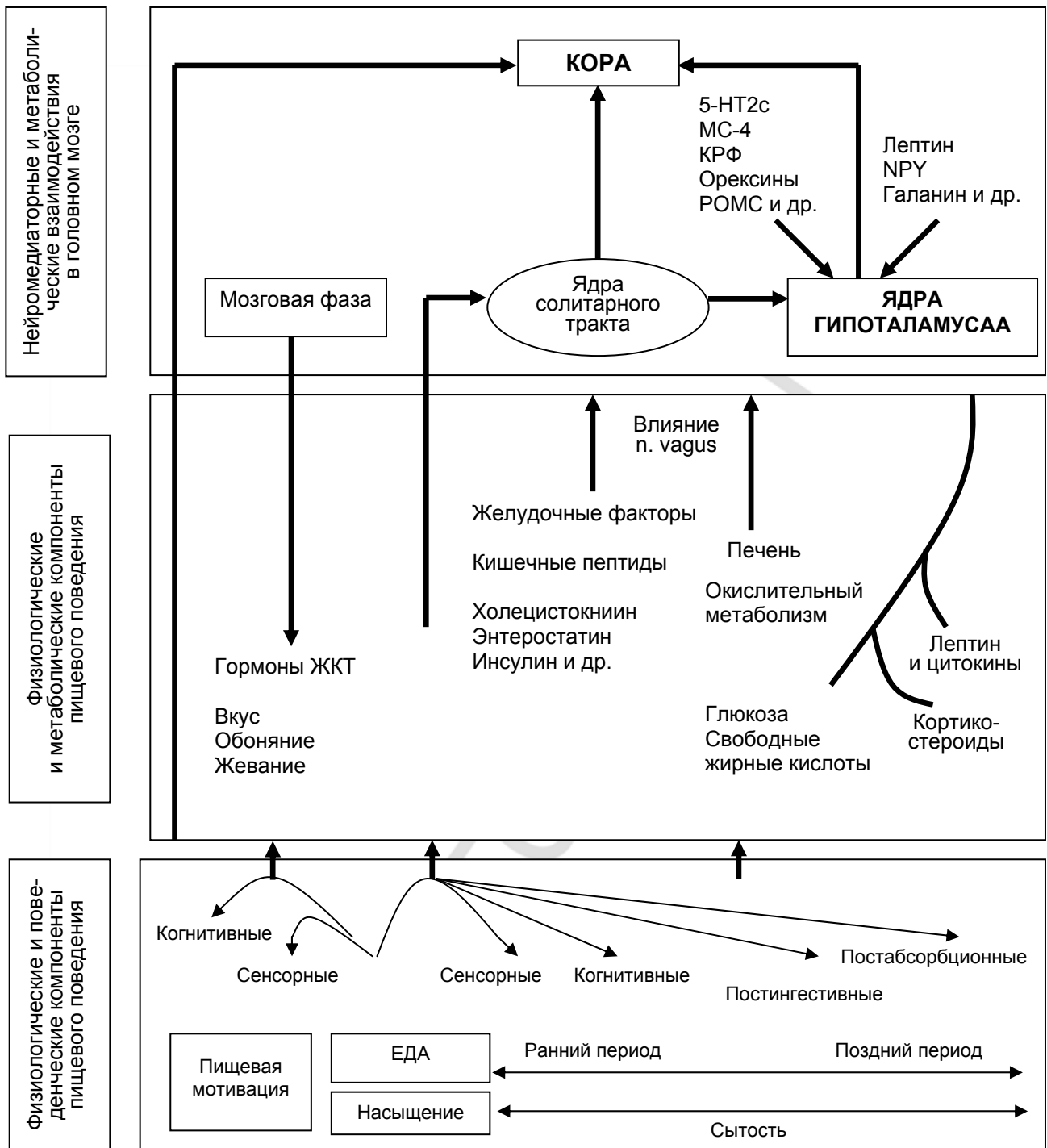


Рис. 1.1.3. Взаимосвязь поведенческих, метаболических, физиологических характеристик, а также центральных механизмов в осуществлении контроля пищевого поведения: 5-НТ2с — рецепторы серотонина, МС-4 — рецепторы меланокортина 4 подтипа, КРФ — кортикотропин-рилизинг-фактор, NPY — нейропептид Y, РОМС — проопиомеланокортин

Гастроинтестинальный тракт насыщен специализированными хемо- и механорецепторами, которые отслеживают физиологическую активность и проводят информацию в мозг преимущественно через вагус. Афферентная информация составляет один класс насыщающих сигналов и формирует

часть постингестивного контроля аппетита. Обычно выделяют постабсорбционную фазу, которая является по природе конечной, когда пищевые вещества подвергаются усвоению и через стенку кишечника поступают в циркуляцию. Следует подчеркнуть, что количество еды и ее качественные характеристики предопределяют выраженность и временные параметры биологического ответа организма. Это, в свою очередь, позволяет говорить о различной насыщающей силе различных типов пищи.

Продукты переваривания, которые точно соответствуют потребленной пище, могут метаболизироваться в периферических тканях или органах или могут попадать прямо в мозг. В любом случае эти продукты составляют следующий класс метаболических сигналов насыщения. Показано, что уровень окислительного метаболизма глюкозы и свободных жирных кислот в печени составляют существенный источник информации, значимый для контроля аппетита [M. I. Freidman, M. G. Tordoff, I. Ramirez, 1986]. Кроме того, продукты переваривания и агенты, ответственные за их метаболизм, могут достигать мозга и связываться со специфическими хеморецепторами или влиять на синтез нейромедиаторов, изменять некоторые аспекты нейронального метаболизма. В каждом случае мозг информируется об определенных аспектах метаболического состояния в результате потребления пищи.

Объем еды. Объем съеденной пищи определяется интеграцией механизмов позитивной и негативной обратной связи, вызываемой поглощенными пищевыми стимулами. Позитивная обратная связь стимулирует центральные нейронные сети, контролирующие еду, а негативная обратная связь ингибирует их. Еда продолжается до тех пор, пока сила позитивной обратной связи превышает силу негативной обратной связи. Процесс приема пищи прекращается, когда сила негативной обратной связи эквивалентна или превышает силу позитивной обратной связи. Следует иметь в виду, что влияние негативной обратной связи на протяжении ранних этапов потребления пищи реализуется через оросенсорный эффект, а на поздних этапах акта питания — обусловлено постингестивным эффектом [G. P. Smith, J. D. Davis, D. Greenberg, 1996].

Оба вида обратной связи инициируются *прямым* контактом механических и химических стимулов поглощенной пищи на преабсорбционные рецепторы рта, желудка и тонкого кишечника. Относительная сила этих обратных связей определяется не только интенсивностью влияния периферической обратной связи на нейроны заднего мозга, но также и рядом таких характеристик как метаболический статус, суточные и овариальные ритмы, предыдущий опыт индивида в отношении потребления подобной пищи, социальными и культуральными факторами. Так как ни один из этих множественных стимулов не контактирует напрямую с преабсорбционными рецепторами, они определяют непрямой контроль объема потребляемой пищи. Отметим, что все непрямые факторы контроля влияют на объем поглощенной пищи через центральную модуляцию силы прямых контролирующих факторов.

В эксперименте децеребрированные крысы реагируют на прямые контролирующие факторы, но не реагируют на непрямые контролирующие влияния. Это подтверждает функциональный неврологический характер контроля объема поглощенной пищи. При этом непрямые контролирующие факторы требуют интактных связей между передним и задним мозгом, для того, чтобы модулировать силу прямых контролирующих факторов, проводимых периферической обратной связью. Каудальные отделы мозгового ствола имеют достаточную сложность в плане нейрональной организации для интеграции прямых контролирующих влияний в отношении объема пищи.

Места и механизмы позитивной обратной связи. Рот и нос (через ретрофарингеальную стимуляцию) являются принципиальным местом позитивной обратной связи. Тесный контакт механических и химических стимулов с рецепторами в слизистой оболочке этих анатомических областей определяет оросенсорные эффекты пищевых стимулов, которые проводятся в мозг через афферентные волокна ольфакторного, вкусового и соматосенсорного нейронов 1, 5, 7, 9 и 10 черепных нервов. Механизмы передачи в специфических периферических рецепторах и синаптических механизмах центральных окончаний этих афферентных волокон во многом неизвестны. Центральная обработка этой позитивной оросенсорной обратной связи включает дофаминергические и опиоидные механизмы в лимбической системе, т. к. обнаружено, что специфические антагонисты этих нейромедиаторов снижают силу позитивной обратной связи от углеводов и жиров.

Места и механизмы негативной обратной связи. Пищевые стимулы, активирующие рецепторы рта, желудка и тонкого кишечника продуцируют негативную обратную связь в процессе приема пищи. Так как существует пространственный и временной синергизм стимулов из этих мест, сила негативной обратной связи наиболее сильна, когда эти места стимулируются последовательно, что наблюдается во время еды.

Афферентные волокна вагуса передают ингибиторные эффекты вследствие растяжения желудка при потреблении пищи в определенных обстоятельствах. Возможно, что пептиды, высвобождающиеся при желудочной стимуляции, такие как гастрин–релизинг пептид, также включаются в передачу негативной обратной связи от желудка.

В отличие от желудка, в тонком кишечнике химические стимулы поглощенной пищи более значимы для негативной обратной связи, чем механические. Химические стимулы напрямую активируют афферентные волокна вагуса. Они также действуют опосредованно через высвобождение холецистокинина из мукозных клеток в верхнем отделе тонкого кишечника и через глюкагон поджелудочной железы; эти пептиды затем стимулируют афферентные волокна вагуса. Эстроген, посредник непрямых контролирующих влияний, актуализируемый в соответствии с овариальным ритмом, также уменьшает объем потребленной пищи посредством усиления влияния холе-

цистокинина. Данные о том, что пациенты с булимией высвобождают меньше холецистокинина, чем субъекты в контроле в ответ на прием пищи, свидетельствуют о том, что это отклонение имеет значение в отношении больших объемов еды этих пациентов.

Также существует гипотеза, согласно которой кровь переносит специфические вещества, которые отражают состояние истощения или насыщения энергетических резервов и напрямую модулируют необходимые мозговые механизмы. Эти вещества, возможно, включают сатиетин [J. Knoll, 1979], адипсин [K. S. Cook, V. M. Spiegelman, 1987], лептин и ряд других.

Периферические механизмы контроля аппетита. В начале 50-х гг. XX века полагали, что потребление пищи напрямую зависит от количества жировой ткани в организме. В 70-х и 80-х годах кишечный пептид холецистокинин, бомбезин, гастрин-высвобождающий пептид, нейромидин В и глюкагон были описаны как вещества, высвобождающиеся из ЖКТ и ответственные за передачу непосредственных сигналов о насыщении в ответ на прием пищи. В 90-х годах был обнаружен лептин, находящийся в организме в количествах пропорциональных доле жировой ткани. Наряду с модулирующим влиянием на прямые периферические насыщающие сигналы, инсулин и лептин оказывают прямое воздействие на ЦНС и подавляют потребление пищи.

Большой интерес к периферическому механизму подавления аппетита фокусируется на пептидэргическом ингибировании потребления пищи. Множество пептидов, проявляющих свою активность на периферии, оказывают анорексигенное действие. Эксперименты подтверждают подобные свойства у холецистокинина (ССК), панкреатического глюкагона, бомбезина и соматостатина [G. P. Smith, 1988]. Установленным фактом является роль холецистокинина как гормона, регулирующего насыщение и раннюю фазу сытости. Употребление белков или жиров приводит к высвобождению холецистокинина, который, в свою очередь, стимулирует ССК-А рецепторы пилорического отдела желудка. Этот сигнал проводится через афферентацию вагуса к ядрам солитарного тракта (NTS), откуда передается в медиальные зоны гипоталамуса, включая паравентрикулярные ядра (PVN) и вентромедиальный гипоталамус. Аноректические эффекты, систематически вводимого ССК могут быть блокированы ваготомией или селективной блокадой ССК-А рецепторов фармакологическими субстанциями [C. T. Dourish et al., 1988]. Изолированное применение антагониста ССК-А рецепторов, приводит к повышению потребления пищи у экспериментальных животных [G. Hewson et al., 1988], а ингибиторы трипсина (которые блокируют инактивацию ССК) приводят к подавлению потребления пищи [C. L. McLaughlin, S. R. Peikin, C. A. Baile, 1983] и людей [A. J. Hill et al., 1990]. Фармакологическое действие глюкагона значимо в отношении подавления потребления пищи, однако недостаточно ясен механизм подавления глюкагоном вагусных афферентных сигналов [N. Geary, 1990].

Другой пептид, инсулин, оказывает значительное периферическое и центральное действие. Периферические эффекты метаболизма углеводов хорошо известны, но возможно, что аппетит и сигналы о массе тела опосредуются инсулином спинномозговой жидкости. Сывороточная концентрация инсулина (также как и лептина) пропорциональна содержанию жировой ткани. Аналогично лептину, инсулин проникает через гемато-энцефалический барьер и взаимодействует со специфическими рецепторами аркуатных ядер гипоталамуса. Посредством этого взаимодействия как лептин, так и инсулин дозозависимо уменьшают потребление пищи и массу тела в эксперименте при прямом введении в ЦНС. Панкреатическая секреция инсулина усиливается непосредственно в связи с приемом пищи (в отличие от лептина), а продолжительная гиперинсулинемия может стимулировать секрецию лептина. При ожирении у людей имеет место гиперинулин- и гиперлептинемия, свидетельствующие об инсулино- и лептинорезистентности соответственно. Недавно обнаруженные вещества — адипонектин и резистин — по-видимому, способны повышать или изменять чувствительность к инсулину.

Надпочечниковые стероиды, альдостерон и кортикостерон, имеют различную направленность действия. Минералокортикоиды оказывают преимущественное влияние на метаболизм жиров, и глюкокортикоиды — углеводов. Это глюкорегуляторное действие проявляется тогда, когда запасы углеводов в организме истощены (например, в начале естественного цикла питания); при этом уровень стероидов в крови становится особенно высоким для мобилизации и преобразования калорий в глюкозу. Половые стероиды (т. е. эстроген и прогестерон) также ответственны за реализацию биологически значимого пищевого поведения, поскольку оказывают модулирующее влияние на протяжении менструального цикла и в перипубертатный период развития, когда запасы жиров в организме должны повышаться для обеспечения репродуктивной функции. Тестостерон, мужской половой стероид, как известно, ответственен за повышение всасывания белков, приводя к стимуляции роста и мышечного развития.

Адипонектин — протеин, секретирующийся исключительно белой жировой тканью. Эффект адипонектина проявляется в повышении чувствительности к инсулину. При ожирении и сахарном диабете II типа его концентрации снижены. В биологических экспериментах введение рекомбинантного адипонектина грызунам приводило к повышению захвата глюкозы и окисления жиров в мышцах, уменьшению захвата жирных кислот и синтеза глюкозы печенью и улучшению показателей, свидетельствующих об инсулинорезистентности. Уровень адипонектина негативно коррелирует с массой тела, количеством жировой ткани и уровнем инсулина у человека.

Резистин (специфический секреторный фактор жировой ткани) — пептид, секретируемый адипоцитами. Имеющиеся на сегодняшний день экспериментальные данные о биологических эффектах резистина и его влиянии на

чувствительность к инсулину противоречивы. Так, есть указания на то, что введение антител к резистину приводит к нормализации уровня глюкозы и улучшению чувствительности к инсулину в экспериментальных условиях у мышей с ожирением. В то же время, введение здоровым мышам рекомбинантного резистина приводит к нарушению толерантности к глюкозе и искажает действие инсулина. Для окончательного прояснения биологических эффектов резистина у людей требуются дополнительные исследования. В то же время результаты, в том числе обсервационных исследований, не подтверждают предположение об участии циркулирующего резистина в регуляции инсулинорезистентности.

Грелин (ghrelin) был открыт в 1999 году как гормон, вырабатываемый специализированными энтерохромаффинными клетками преимущественно дна желудка. Метаболическое действие грелина противоположно таковому у лептина. Он способствует увеличению потребления пищи, увеличению доли углеводов в ее составе, уменьшению утилизации жиров, усилению подвижности желудка и секреции кислоты, а также снижению двигательной активности. Наподобие гипоталамического гормона, стимулирующего высвобождение гормона роста, грелин обладает как сходным эффектом, так и оказывает иные независимые влияния. Центральное (желудочки мозга) или периферическое введение грелина у грызунов вызывало прибавку в весе. У человека уровень грелина критически повышается перед каждым приемом пищи и затем быстро снижается в процессе еды.

У людей сывороточная концентрация грелина снижается при остро возникшем положительном энергетическом балансе и хроническом ожирении, но повышается при голодании и нервной анорексии. Эти данные подтверждают гипотезу о том, что регуляция уровня и эффекты грелина противоположны таковым у лептина. Так, повышение уровня грелина при нервной анорексии свидетельствует о патофизиологическом состоянии резистентности к грелину при НА, что аналогично резистентности к лептину при ожирении. Подобно лептину, грелин оказывает биологический эффект на функционирование репродуктивной системы.

Пептид YY3-36 был открыт в 1980 году и лишь недавно было признано его действие в качестве гормона, регулирующего аппетит. YY3-36 высвобождается в кишечнике в ответ на присутствие пищи и вызывает уменьшение ее потребления. Подобно лептину YY3-36 преодолевает гемато-энцефалический барьер и воздействует на аркуатные ядра гипоталамуса, стимулируя нейроны, вызывающие ощущение сытости и ингибируя нейроны, способствующие увеличению потребления пищи. Введение пептида YY3-36 людям, страдающим ожирением и субъектам с нормальной массой тела, показало, что при этом состоянии к нему не возникает устойчивости (как это отмечено для лептина). Инфузия пептида способствовала уменьшению общей суточной калорийности потребленной пищи как у людей с ожирением, так и без

него. Эти данные могут представлять большую ценность в плане изучения патогенеза ожирения и поиска новых способов его коррекции и требуют дальнейшего изучения [S. M. Gale, V. D. Castracane, C. S. Mantzoros, 2004].

Центральные механизмы контроля аппетита. В дополнение к этим гормонам, процесс интеграции метаболической информации от периферии с нейрохимическими сигналами в центральной нервной системе апеллирует к специализированным функциям многих областей мозга. Сюда включаются некоторые отделы ствола мозга, особенно дорсальный вагусный комплекс, который передает сигналы и интегрирует информацию между периферическими вегетативно-эндокринными органами и структурами переднего мозга; мост–средний мозг и таламус, которые интерпретируют эту информацию в соответствии с сенсорными свойствами пищи; гипоталамус, который через обширную васкуляризацию и связи с гипофизом и задним мозгом, находится во взаимодействии с циркулирующими метаболитами и гормонами также как и нервными сигналами; и переднемозговые структуры, такие как nucleus accumbens, миндалина и фронтальная кора, которые выполняют высшие функции интеграции входящей информации с различными когнитивными факторами относительно полезных и негативных характеристик пищи.

Большое количество нейромедиаторов, нейромодуляторов, проводящих путей и рецепторов совмещаются в центральной обработке информации, участвующей в контроле аппетита. Профиль этой активности отражает постоянное изменение физиологических и биохимических взаимодействий на периферии и предстает в особенностях поведения и ассоциированного состояния пищевой мотивации.

Экспериментальные исследования, посвященные поиску мозговых механизмов контроля аппетита, позволили локализовать ряд эффектов влияния биологически активных веществ. Прием пищи подавлялся микровпрыскиванием в перифорникальную зону гипоталамуса веществ, которые активируют D₂-дофаминовые или β₂-адренэргические рецепторы. Многие пептиды, такие как инсулин, холецистокинин, кальцитонин, бомбезин, нейротензин, соматостатин, вазоинтестинальный пептид, кортикотропин-релизинг-фактор и глюкагон подавляют прием пищи при церебровентрикулярном введении [J. E. Morley et al., 1985]. Иные повышают потребление пищи, и эта группа веществ включает β-эндорфин, динорфин, нейропептид-Υ, пептид ΥΥ и галанин. При инъекциях в паравентрикулярные ядра (PVN) нейропептида-Υ и пептида ΥΥ потребление пищи может усиливаться вплоть до 50 % от дневного объема пищи за 1 час. Стимуляция питания галанином является специфичной для PVN и тесно связанных с ними регионов мозга [S. E. Kyrkouli et al., 1990]. Проводящие пути между мозговым стволом и гипоталамическими ядрами, вовлеченные в нейроэндокринную регуляцию [P. E. Sawchenko, L. W. Swanson, 1982], играют важную роль и в контроле пищевого поведения. NPY и галанин вырабатываются (частично) в адренэргических (C1, C2)

или норадренергических (A1, A2, A6) ядрах мозгового ствола. Таким образом, пептиды, такие как холецистокинин, кортикотропин-рилизинг-фактор, NPY, опиоиды и галанин играют важную центральную роль, наряду с норадреналином, серотонином и дофамином в организации проявлений аппетита (и, более обобщенно, контроле энергетического баланса). Эти проявления отражаются в реакциях на висцеральную и метаболическую информацию, которая, в свою очередь, отражает предыдущий прием пищи и пищевой статус организма. В этот процесс также в определенной степени могут быть вовлечены и другие нейромедиаторные механизмы, включая холинергические, бензодиазепиновые и ГАМК-эргические рецепторы.

Традиционный взгляд на мозговые механизмы контроля аппетита базируется на противопоставлении центров голода и насыщения в гипоталамусе. Эти концепции не устарели. Они могут быть полезны для понимания различной роли структур заднего и переднего мозга в процессах регистрации, передачи и интеграции информации, связанной с питанием.

Изменения в гастроинтестинальном тракте вследствие потребления пищи регистрируются в заднем мозге. Эта информация передается посредством нейромедиаторных механизмов (амины и ассоциированные пептиды) и далее, преимущественно в гипоталамическом отделе головного мозга, происходит интеграция нейроэндокринных и метаболических сигналов. Информация, поступающая с периферии через нервные пути, дополняется качественно различными типами влияний, носители которых могут быть определены в крови и цереброспинальной жидкости. Сюда включаются полипептиды: фактор кислотного роста фибробластов (aFGF), интерлейкин-1, и фактор некроза опухолей (cachectin) [Y. Oomura, 1988], совместно с мозговым инсулином. Другая особенность мозговой сенсорной системы состоит в так называемых глюкозоконтролирующих нейронах, которые также чувствительны и к другим питательным веществам. Они располагаются в стратегических участках заднего и переднего мозга (также как и на периферии).

Аркуатные ядра гипоталамуса организуются в два блока, противоположных по своей функциональной активности: стимулирующий и подавляющий аппетит. Эти два функциональных блока посылают свои импульсы в паравентрикулярные (PVN) и другие ядра гипоталамуса, которые оказывают прямое модулирующее влияние на пищевое поведение. Наиболее часто наблюдаемым эффектом является стимуляция питания после активации альфа-2 адренорецепторов в паравентрикулярных ядрах. Также известно, что спонтанное пищевое поведение связано с эндогенным высвобождением норадреналина в PVN и с повышением плотности альфа-2 рецепторов в них [S. F. Leibowitz, 1988]. В свою очередь PVN являются местом для долговременного анорексигенного действия серотонинэргических веществ [J. E. Blundell, 1977].

Аппетит-стимулирующий и аппетит-ингибирующий блоки гипоталамуса находятся под влиянием периферических гормональных воздействий, ко-

торые преодолевают гистогематический мозговой барьер (лептин, инсулин, грелин, пептид YY3-36). Appetit-стимулирующий центр синтезирует два нейромедиатора, способствующих усилению аппетита: нейропептид Y (NPY) и AgRP (агути-родственный пептид). NPY оказывает прямое действие на PVN, стимулируя пищевое поведение. AgRP имеет не прямое действие посредством блокады 4 подтипа меланокортиновых рецепторов, которые в PVN являются рецепторами, подавляющими аппетит. Центр, подавляющий аппетит организует свое влияние через кокаин- и амфетамин-чувствительную транскрипцию (CART) и преимущественно проопиомеланокортин (POMC, предшественник α -MSH), обеспечивая синтез α -меланоцитостимулирующего гормона (α -MSH). Этот гормон реализует свое действие по подавлению аппетита через рецепторы 4 (и в меньшей степени 3) подтипа.

Лептин и инсулин оказывают сходный эффект на центр, подавляющий аппетит посредством стимуляции выработки α -MSH и подавления нейронов, стимулирующих аппетит (посредством подавления экспрессии и-РНК NPY и AgRP в гипоталамусе). Грелин оказывает во многом противоположное действие.

В биологических экспериментах показано, что пептид YY3-36, высвобождающийся из ЖКТ после приема пищи, оказывает ингибирующее действие на экспрессию гипоталамических NPY- и AgRP-нейронов, таким образом, дезингибируя расположенные рядом проопиомеланокортиновые нейроны и уменьшая потребление пищи.

Рецепторы грелина и лептина также обнаружены в ядрах мозгового ствола и прямое введение лептина в дорзальный вагусный комплекс приводит к снижению потребления пищи и уменьшению массы тела у крыс. Таким образом, наряду с гипоталамусом как центром контроля энергетического баланса, нейронные сети каудальных отделов мозгового ствола участвуют в этом процессе.

Регуляция и ее нарушения в системе контроля аппетита. Описанные выше поведенческие, физиологические и нейрохимические процессы, происходят синхронно на каждом из трех уровней системы (рис. 1.1.3). При сохраненных механизмах регуляции аппетита эпизоды еды, сопровождаемые голодом, приводят к последовательности периферических физиологических изменений наряду с цепью нейромедиаторных взаимодействий в мозге. Этот профиль нейромедиаторной активности определяет характер поведения по поиску и принятию пищи.

Нарушения в системе контроля аппетита могут быть связаны с различными факторами. Во-первых, могут иметь место нарушения со стороны физиологических посредников или нейрохимических медиаторов (нарушенная продукция ферментов, пониженная регуляция рецепторов и др.), что препятствует адекватной передаче или регистрации информации о питательных веществах. И, наоборот, нарушения регуляции могут быть следствием умеренного или выраженного влияния внешних факторов. Примером умеренной

внешней помехи может служить смещение вкуса, обусловленное метаболизмом. При этом соответствующий предвосхищающий ответ (опережающий образ), генерирующийся на вкус пищи, искажается за счет наличия в потребляемой пище множества веществ со сходными вкусами, но различными метаболическими свойствами. Кроме того, любой пищевой материал, который вызывает противоречивую информацию между ингестивной, постингестивной или постабсорбционной фазами, может вмешиваться в оптимальное функционирование системы. Дисрегуляция в системе контроля аппетита или десинхронизация между уровнями контроля пищевого поведения (рис. 1.1.3) может быть также привнесена хронической умеренной провокацией (такой как конфликтная биологическая информация о потребленной пище) или внезапным сильным поведенческим нарушением вследствие осознанной коррекции стереотипа питания, как это бывает, например, при строгой диете и продолжительном отказе от пищи (пост), сменяющимся перееданием и осложняющимся рвотой.

Из этого следует, что нарушения пищевого поведения, такие как нервная анорексия и булимия, обязательно подразумевают значительную дисрегуляцию системы контроля аппетита [J. E. Morley, J. E. Blundell, 1988]. Первоначальный триггерный стимул может исходить из внутренних или внешних источников, но последующее осложнение поведенческими особенностями вызывает десинхронизацию с другими уровнями. Известно, что у пациентов с нарушениями пищевого поведения десинхронизация существует между пищевым поведением и субъективной мотивацией [W. P. Owen et al., 1985], а также между поведением и периферическими переменными, такими как уровень аминокислот в плазме крови [K. M. Pirke, U. Schweiger, R. G. Laessle 1986] и биологическими параметрами, отражающими центральный метаболизм, например, метаболиты нейромедиаторов в цереброспинальной жидкости [W. E. Kaye et al., 1984]. Предполагается наличие выраженных серотонинэргических нарушений при нарушениях пищевого поведения [T. Brewerton et al., 1989]. Поэтому лечение нарушений пищевого поведения должно приводить к ресинхронизации событий на трех уровнях. Такое лечение также должно включать и фармакологические агенты, действующие на центральные механизмы контроля аппетита.

Логично предполагать, что хорошо отрегулированная система контроля аппетита имеется тогда, когда упорядоченные паттерны питания вызывают последовательный каскад периферических и центральных физиологических реакций. Биологические реакции будут таким образом преобразовываться в поведенческие проявления. Такая строгая последовательность обеспечивает развитие хорошего взаимодействия между перцепционными свойствами пищи и ее действием на постингестивные и постабсорбционные рецепторные системы. И далее это позволяет развиваться полезной предвосхищающей ре-

акции на пищу, что представляет собой один компонент так называемой биологической мудрости тела.

Любое нарушение профиля пищевого поведения, вероятно, ведет к ослаблению взаимосвязи между поведением, физиологией и мозговыми нейрохимическими процессами. Важно помнить, что особенности нейротрансмиттерной активности мозга определяют организацию структуры и направленность поведения. Когда особенности поведения произвольно устанавливаются извне (через осознанные решения) и они не связаны с физиологическими требованиями, тогда функция биологических процессов может быть подорвана. Есть основания констатировать, что одна из функций постингестивных ингибиторных процессов каскада насыщения состоит в модулирующем влиянии на пищевое поведение для того, чтобы привести энергетическое и нутриентное потребление в соответствие со скоростью обменных процессов организма (интенсивности переваривания, абсорбции и др.). Таким образом, постингестивные события являются не только следствием приема пищи, но и обладают специфической биологической функцией. В свою очередь, постабсорбционные проявления обозначают степень, в которой биологические потребности соответствуют поведенческим проявлениям (т. е. питанию). Если цели достигаются (что обнаруживается рецепторной активностью, центральной обработкой и др.), тогда соответственно модулируются и усилия по поиску пищи. Следовательно, постингестивные и постабсорбционные процессы каскада насыщения функционируют содружественно для поддержания биологически адекватных особенностей потребления, что согласуется с нуждами организма.

Возможно, наиболее серьезная дезорганизация этого каскада наблюдается, если среди особенностей поведения появляется рвота. В этих обстоятельствах происходит разобщение между поведением, некоторыми постингестивными процессами и большинством (но не всеми) постабсорбционными процессами. Помимо общей физиологической асинхронности, вызываемой этим действием, рвота может специфично вести к усилению потребности и влечения к определенным пищевым стимулам (повышение гедонистической ценности) при отсутствии постингестивного подавления голода и еды. Можно прийти к заключению, что это состояние в дальнейшем может усиливать побуждение к еде. Так, если компульсивное переедание не предваряет рвоту, то почти всегда проявляется как ее следствие.

Связь между аппетитом и физической активностью. Понимание связи между физической активностью и контролем аппетита имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Ранее бытовало мнение о том, что гибкость механизмов контроля питания обуславливает автоматическое повышение потребления калорий вслед за массивными потерями энергии. Эта точка зрения послужила основанием для суждений, что физические упражнения (нагрузка) является бесполезной формой контроля массы тела, так как

расходование энергии непременно влечет за собой потребность компенсации затрат посредством активации процессов потребления пищи. К настоящему времени существует много доказательств тому, что физическая активность не приводит к автоматическому увеличению приема пищи. Реально, после физических нагрузок (упражнений), потребление пищи зачастую остается неизменным, а при определенных обстоятельствах, даже уменьшается. Более того, если физическая активность уменьшается (например, когда индивид начинает вести сидячий, малоподвижный образ жизни), регуляторные механизмы пищевого поведения не приводят к снижению потребления, что приводит к положительному энергетическому балансу и набору веса. Это свидетельствует скорее об отсутствии сопряженного характера отношений между физической активностью и контролем аппетита (по крайней мере, в краткосрочной перспективе). В то же время степень этой сопряженности может быть различной у мужчин и женщин.

Критические факторы (факторы риска) в отношении контроля аппетита. Поскольку определенные метаболические изменения (такие как низкий уровень основного обмена, малые энергетические затраты при низком уровне физической активности, пониженное окисление жиров) могут приводить к положительному энергетическому балансу, есть основания обсуждать поведенческие медиаторы, приводящие к гиперфагии или избыточному потреблению пищи. Эти процессы могут представлять собой поведенческие паттерны, сенсорные сигналы, которые управляют поведением, либо всевозможные ощущения, сопровождающие, либо следующие за едой. Для удобства эта группа явлений может быть охарактеризована как поведенческие факторы риска. К ним могут относиться предпочтения жирной пищи, ослабленное насыщение (сигналы о прекращении еды), относительно слабая сытость (постингестивное подавление приема пищи, воздержание от продолжения еды), выраженные оросенсорные предпочтения (например, сочетание сладкого и жирного в пище), склонность к перееданию, интенсивное ощущение комфорта и удовольствия после приема пищи или устойчиво сохраняющееся чувство голода. Указанные поведенческие факторы риска могут быть рассмотрены как биологические предпосылки, определяющие подверженность набору массы тела.

В то же время, по-видимому, маловероятно, чтобы такие факторы риска изолированно приводили к позитивному балансу энергии в благоприятном средовом окружении. Но современное общество со специфичностью индустрии питания, основываясь на биологической predisпозиции, способствует достижению избыточного потребления энергии с пищей (табл. 1.1.1).

Таким образом, адекватное функционирование системы контроля аппетита подразумевает согласованное взаимодействие событий на (1) психологическом и поведенческом уровне, (2) физиологических и метаболических процессов, а также (3) нейромедиаторных и метаболических взаимодействий

на уровне головного мозга. Попытки непроизвольного или осознанного вмешательства в эту систему, например, с помощью диетических ограничений, самовызывания рвоты и пр. склонны приводить к десинхронизации процессов на этих уровнях и, в итоге, нарушать соответствие между биологическими потребностями и способами их удовлетворения (поведение).

Таблица 1.1.1

Взаимосвязь поведенческих факторов риска и средовых влияний, способствующих тенденции избыточного потребления пищи

Биологическая подверженность (поведенческие факторы риска)	Средовые влияния	Характеристики избыточного потребления
Предпочтение жирной пищи	Изобилие жирной пищи (с высокой энергетической плотностью)	Увеличение потребления жиров
Ослабленное насыщение (сигналы о прекращении еды)	Большой объем порций еды	Увеличение объемов еды
Оросенсорный ответ	Наличие аппетитной пищи со специфическими сенсорно-нутриентными комбинациями	Увеличение объема поглощенной пищи Увеличение частоты приемов пищи
Слабая постингестивная сытость	Легкая доступность еды и наличие потенциально провоцирующих акт питания стимулов	Увеличение частоты приемов пищи Увеличение тенденции возобновлять прием пищи
Персистирующее ощущение интенсивного голода	Наличие разнообразной пищи	Увеличение устойчивых побуждений по поиску и принятию пищи

1.2. Пищевые предпочтения и масса тела

Вкус пищи и пищевые предпочтения. Вкус пищи оказывает критическое влияние на ее выбор. Новорожденные предпочитают сладкое и сопротивляются горькому и кислому вкусу. У 3-дневных младенцев по выражению лица можно отчетливо судить о предпочтениях: в ответ на сладкий вкус мимика характеризуется расслаблением, легкой улыбкой, ребенок начинает облизывать верхнюю губу. Младенцы предпочитают раствор сахара простой воде, насыщенный сладкий вкус менее сладкому и при возможности выбора склонны предпочитать большую концентрацию сахара в растворе. В качестве биологического ответа на сладость сахарозы отмечено учащение сердцебиения, дыхание становится менее регулярным. Напротив, в ответ на горечь хинина дети высовывают язык, сплевывают или испытывают позывы к рвоте и всячески проявляют признаки недовольства и сопротивления. По-видимому, с рождения у младенцев отмечаются предпочтения сладкого и отвержение горького вкуса.

Помещение сладостей на язык плачущему ребенку оказывает заметный успокоительный эффект, который продолжается до нескольких минут, что

можно использовать, например, при проведении неприятных медицинских манипуляций. В исследованиях показана связь между ответной реакцией на сладость и высвобождением опиатных пептидов или эндорфинов. В наблюдениях за животными схожий успокоительный эффект удалось отметить в ответ на водную жировую эмульсию, что дало основание предположить, что предпочтение сладкого вкуса и вкуса жира могут иметь существенную биологическую основу. В качестве одного из биологических смыслов сладкого вкуса (одна из характеристик грудного молока) следует признать позитивное подкрепление грудного вскармливания. Напротив, инстинктивное отвержение горечи способствует защите ребенка от отравления горькими ядами.

Дети в возрасте от 3 до 5 лет в своих пищевых предпочтениях ориентируются на два основных критерия: родственность ощущений и сладость вкуса. Новому вкусу отдается предпочтение в той мере, в которой он сопряжен с концентрированным источником энергии, обычно жиром, сахаром или крахмалом. В целом, предпочтительной оказывается пища, которая обладает большим количеством энергии на единицу массы тела (энергетическая плотность, ценность) по сравнению с пищей малой энергетической плотности. Реально, энергетически насыщенная пища содержит жиры или сахар, либо обе составляющие. Наиболее предпочтительная (при выборе) пища с большей вероятностью является энергетически плотной и наоборот. Сладость и жир являются теми компонентами, преимущественно посредством которых осуществляется расширение рациона у детей. Но, вопреки распространенному мнению, различия в ответе ребенка на сладкие стимулы в период новорожденности и раннего детства не оказывают существенного влияния на предпочтения сладостей в старшем возрасте. Пиковый уровень предпочтения сладкого и потребления сахара отмечается к 12 годам.

У животных и людей аппетит до пубертатного периода характеризуется отчетливым предпочтением углеводов женщинами и белков мужчинами. Это предпочтение у женщин может быть связано с характерным препубертатным подъемом гипоталамического уровня нейропептида Y в ассоциации с повышенной надпочечниковой активностью. Аппетит к белкам у мужчин, наоборот, является реакцией на повышение релизинг фактора гормона роста. После пубертатного периода эти особенности существенно меняются с резким повышением предпочтений жиров. Это предпочтение жирной пищи в процессе роста ассоциируется с увеличением жировых отложений и набором массы тела, что происходит одновременно с резким повышением гипоталамических уровней галанина и опиоидов, индуцируемых повышением половых стероидов. Эти особенности, вследствие действия эстрогена и прогестерона, наблюдаются раньше и более отчетливы у женщин, которым необходимы жировые отложения для реализации репродуктивной функции.

Наряду с четырьмя основными вкусами сладкого, горького, кислого и соленого вкус пищи определяется также обонянием и текстурой еды. Жир в

пище воспринимается посредством текстуры, ощущений в ротовой полости и запаха. Богатые жирами блюда характеризуются большим разнообразием, богатством вкуса и оказываются предпочтительными. Функционирование сенсорных систем человека настроено на выбор еды с большей питательной ценностью (наиболее энергетически плотной). До недавнего времени такого рода продуктов (энергетически плотных) было относительно немного в пищевом рационе. Традиционный рацион преиндустриальных обществ основывался на сложных углеводах, включая цельные злаки, овощи и фрукты. Широкая доступность дешевого сахара и растительных жиров — признак относительно недавнего времени. Сенсорные механизмы, ответственные за предпочтение энергетически богатой пищи являются слабо эффективными в противостоянии энергетически избыточному рациону.

Сладкий вкус пищи и масса тела. Среди причин отклонения от здоровых границ массы тела в сторону ожирения наряду с генетической предрасположенностью, расстройством личности, аномалиях во вкусовых предпочтениях и запахах, своеобразии выбора пищевых продуктов, рассматривали и особенности реагирования человека на сладкий вкус пищи. В 70-е годы XX века полагали, что аппетитность пищи сопряжена с ее сладким вкусом и, поэтому, научившись (например, в процессе поведенческой терапии) контролировать прием сладкой пищи, можно противостоять ожирению. В аспекте теории экстерналистского контроля приема пищи, люди, страдающие ожирением, оказываются в большей мере чувствительными к внешним сигналам (в том числе вкусу), побуждающим их к приему пищи. При этом они с большей вероятностью могут употребить больше аппетитной и меньше невкусной, неаппетитной еды. В исследованиях, например, было показано, что мужчины и женщины, страдающие ожирением, испытывают затруднения в том, чтобы противостоять длительному употреблению сладкой пищи, по-видимому, в связи с тем, что у этих людей имеет место повышенное потребление энергии. При этом ответ их организма на сладкий вкус пищи игнорирует сигналы о насыщении, что приводит к избыточному потреблению сладостей.

Со временем было показано, что подобного рода ответ на вкусовые свойства пищи у людей с ожирением не универсален. Одни люди отдают предпочтение сладкому вкусу сахара, а другие — нет, т. е. нет взаимосвязи между вкусовыми предпочтениями в сладкой пище и избыточной массой тела.

Пищевые жиры и масса тела. При исследовании роли жиров в определении пищевых предпочтений был показан обратный характер связи между массой тела и относительным предпочтением сахара над жирами. При этом, когда худые женщины предпочитали сахар и отвергали диетические жиры, женщины, страдающие ожирением на момент обследования, либо имевшие его ранее, предпочитали пищу с высоким содержанием жира и малым содержанием сахара. В последствии исследования подтвердили тот факт, что сенсорные предпочтения в отношении содержания жира в пище сопряжены с

индексом массы тела респондентов или процентным содержанием жира в теле. В клинических исследованиях также было показано, что рацион пациентов с ожирением также изобилует жирами.

Энергетическая плотность пищи. Исследования, посвященные проблеме пищевых предпочтений у людей, страдающих ожирением, свидетельствуют, что большая часть предпочитаемой ими пищи либо богата жирами, либо имеет высокую энергетическую плотность. По-видимому, в основном переедание и увеличение частоты избыточного веса в популяции связано с энергетической плотностью рациона, а не содержанием в нем сахара или жира. Этот аргумент основывается на предположении, что людям свойственно потребление фиксированного объема еды, но не определенного объема энергии. Пища с малой энергетической плотностью, т. е. имеющая меньше калорий на единицу ее массы или объема, способна обеспечить организм меньшим количеством энергии за эпизод приема пищи по сравнению с более энергетически плотной пищей. Большое количество исследований было посвящено изучению роли энергетической плотности пищи в генезе сытости и насыщения. Современные теории предполагают, что энергетически разведенная пища является более насыщающей по сравнению с энергетически плотной пищей. По-видимому, энергетическая плотность жиров в пище ответственна за подавление сигналов сытости, что, в свою очередь, приводит к пассивному перееданию пищей, богатой жирами.

Сходный аргумент использовался при объяснении того, почему сладкий вкус пищи позволяет игнорировать сигналы сытости, приводя к активному перееданию сладостей. По-видимому, энергетическая плотность и аппетитность еды взаимосвязаны в реальных условиях, несмотря на попытки их изолированного изучения в лабораторных условиях. В целом, энергетически плотная пища (например, шоколад с энергетической плотностью в среднем 5–6 ккал/г) является одновременно и более аппетитной и менее насыщающей по сравнению с более энергетически жидкой пищей, которая является и более насыщающей (например, шпинат, сырые овощи и фрукты с энергетической плотностью 0,1–0,5 ккал/г).

Выбор пищи и масса тела. Приведенные выше данные и результаты проведенных исследований позволяют предполагать, что предпочтение энергетически плотной пищи является врожденным механизмом и присутствует при рождении. В большинстве случаев такая пища содержит много сахаров и жиров. С позиции эволюционной перспективы, сенсорные и физиологические механизмы, контролирующие потребление пищи, ориентированы на защиту организма от энергетического дефицита и, таким образом, отвечают на энергетические потребности организма. На этом фоне приходится рассматривать современный феномен большой доступности и дешевизны вкусной пищи. И, в этом случае, представляет интерес, могут ли существующие механизмы, связанные со вкусовыми предпочтениями, контролем аппетита и

сытости противостоять избыточности питания и ожирению. Возможно, ожирение может рассматриваться в качестве своеобразного способа адаптации к современным средовым влияниям.

1.3. Генетическая предрасположенность и масса тела

Два крайних полюса распределения значений индекса массы тела (ИМТ) тяготеют либо к избыточной полноте и ожирению, либо, напротив, худобе (в т. ч. конституциональной). Представление об этих фенотипических проявлениях важно для понимания биологических основ нарушений пищевого поведения.

Чрезмерная полнота является сложной мультифакторной чертой, развивающейся под влиянием множества причин социального, поведенческого, физиологического, метаболического, клеточного и молекулярного характера. Фенотипическая реализация генетических факторов предрасположенности к избыточной массе тела и ожирению испытывает выраженное модулирующее влияние средовых факторов, особенно в современном, предрасполагающем к полноте мире.

Уровень наследования. Семейные исследования начала XX века, посвященные пониманию роли наследственных факторов в отношении массы тела человека показали, что значения индекса массы тела (ИМТ) были более схожи среди членов одной семьи, чем среди не родственников. За исключением редких расстройств соответствующих закону Менделя, у подавляющего большинства пациентов с ожирением отсутствуют особенности такого наследования.

Несмотря на огромный массив исследований по семейной предрасположенности и наследуемости фенотипа ожирения, среди ученых нет единого взгляда на значимость генетических факторов. Наследуемость — фрагмент популяционной изменчивости черты (например, ИМТ), которая может быть объяснена генетической трансмиссией. Это показано в большом количестве близнецовых исследований, усыновлений, и семейных исследованиях. Результаты зависят от стратегии формирования выборки, ее размера и особенностей родства. Например, исследования, проводимые на однояйцевых и разнаяйцевых близнецах или однояйцевых близнецах, воспитываемых раздельно, выявили наивысший уровень наследуемости со значениями, группирующимися около 70 % вариации ИМТ. И наоборот, исследования усыновленных близнецов выявили наименьшие показатели наследуемости (30 % и меньше). Семейные исследования в целом выявили уровни наследуемости промежуточные между указанными выше.

Существуют противоположные взгляды на интерпретацию этих статистических данных генетических исследований. Некоторые склонны рассматривать их как доказательство сильной роли генетических факторов при ожирении, говоря, что наследственность предопределяет 70–90 % общей популя-

ционной изменчивости. Пытаясь объяснить такой высокий уровень наследуемости, можно найти некоторое количество предрасполагающих генов или предрасполагающих аллелей ключевых генов, представленных с высокой частотой в человеческой популяции. Другие ученые полагают, что уровень наследуемости объясняет около одной трети популяционной вариации. Одним из следствий этого является то, что изменения жизненного стиля в нашем веке играют доминирующую роль в текущей эпидемии повышенного веса и ожирения. В настоящее время не представляется возможным определить какой из взглядов является более справедливым.

Наследственный риск ожирения. Показано, что распространенность ожирения в два раза выше в семьях лиц с ожирением, чем в популяции в целом. Риск повышается с ростом выраженности ожирения у пробанда. Так риск экстремального ожирения ($ИМТ = 45 \text{ кг/м}^2$ и более) в семь-восемь раз выше в семьях субъектов с экстремальным ожирением.

Взаимодействия генотипа и средовых влияний. Эффект взаимодействия генотип×окружающая среда проявляется тогда, когда реакция фенотипа на изменение окружения зависит от генотипа индивидуума. Как известно, существуют индивидуальные различия в реакции на разнообразные диетические вмешательства или программы упражнений с целью снижения массы тела. Между тем, был предпринят ряд попыток определить, являются ли эти различия опосредованы генотипом, особенно для фенотипов, связанных с ожирением.

Исследования однойцевых близнецов убедительно показывают, что определенные генетические характеристики могут играть важную роль в ответной реакции на стандартизованные изменения энергетического баланса. Наблюдения за монозиготными близнецами выявили, что реакция на позитивный или негативный энергетический баланс среди них очень гетерогенна, однако весьма сходна среди членов одной и той же близнецовой пары.

В одном исследовании 12 пар мужчин монозиготных близнецов съедали 4,2 МДж (1000 ккал) в день излишка калорий, 6 дней в неделю, в течение 100-дневного периода до общего излишка калорийности 353 МДж (84000 ккал) сверх энергетической потребности для поддержания веса. Было выявлено значительное повышение веса тела и жировой массы. Были значительные индивидуальные различия в адаптации к чрезмерному потреблению калорий наряду со значительной схожестью реакций в близнецовых парах. Наблюдалась как минимум в три раза большая разнородность реакции между парами, чем реакция в парах по набору веса тела и отложению жиров. Количество набранного веса, по-видимому, было предопределено генотипом.

В другом исследовании семь пар мужчин однойцевых близнецов выполняли избыточные физические нагрузки на протяжении 93 дней, сохраняя в это время постоянное дневное потребление энергии и нутриентов. Баланс энергии оценивался при помощи эргометрии. Общий средний энергетиче-

ский дефицит, вызываемый упражнениями сверх установленного энергетического предела, необходимого для поддержания массы тела, достигал 244 МДж (58000 ккал). Средняя потеря массы тела составила 5 кг. Наблюдалась схожесть внутри близнецовых пар в изменениях массы тела и жировых отложениях. Даже несмотря на значительные индивидуальные различия, субъекты с одинаковым генотипом были более схожи, чем субъекты с разными генотипами.

Результаты обоих экспериментов заметно похожи. Они демонстрируют гетерогенность реакции на позитивный или негативный энергетический баланс. Двух–трехкратные различия в уровнях реакции на протоколы типично наблюдались для массы тела, телосложения, и других параметров фенотипа, связанных с ожирением. Эксперимент также выявил, что генетическая идентичность переходит в схожие паттерны адаптации. Это исследование дает высоко обоснованные доказательства взаимодействия средовых и генетических влияний, что представляет критическую значимость в понимании предрасположенности к ожирению и реакции на лечение.

Некоторые исследователи изучали риск ожирения в зависимости от генетической предрасположенности по материнской линии. Обобщенные данные свидетельствуют об отсутствии веских доказательств. Оба родителя оказывают более или менее одинаковый вклад в генетический риск. Исследования не показали различий в том, что у родителей с ожирением имеются большая вероятность наличия ожирения у детей одного из полов. Передача риска от родителя потомству не является полоспецифичной.

Множество исследований констатируют наличие корреляционных связей между супругами по ИМТ или тучному фенотипу. В целом корреляции низкие, около 0,2 и меньше, хотя встречаются и исключения. Ассортативное сочетание может, между тем, быть сильнее в верхней части распределения ИМТ, что и было обнаружено в ряде последних исследований. Это привело к предположению, что гены, ответственные за ожирение, присутствуют с большей частотой среди тучных или страдающих ожирением родителей, и что эти гены переходят к их потомкам, повышая генетический риск ожирения в этом сегменте популяции. Два исследования приводят подтверждающие данные. Детское ожирение и избыточный вес выше в обоих случаях в семьях, где оба родителя страдают ожирением. Хотя, так как родители с ожирением могут иметь сниженную фертильность, истинный вклад этого феномена в развитие генетического риска в больших популяциях остается неясным. Отметим, что влияния противоположного характера могут быть задействованы на противоположном конце распределения индекса массы тела, хотя данные, подтверждающие это предположение, не столь однозначны. При этом наблюдался бы эффект повышения частоты генов худощавости в другом сегменте популяции.

Конституциональная стройность

Современные условия жизни в развитом обществе, связанные с экономическим ростом, снижением инфекционной заболеваемости, практически нелимитированным потреблением продуктов питания, широкой доступностью вкусной, насыщенной жирами пищи, большим размером порций, наряду с технологическими достижениями, ведущими к более сидячему образу жизни, способствуют ожирению. Вопреки повышению распространенности ожирения, некоторые люди остаются худыми.

Худоба и естественная селекция. На всем протяжении человеческой эволюции воздействие процесса отбора было направлено на обеспечение организма адекватными энергетическими запасами и умеренную полноту. Эти черты повышали шансы на выживание в периоды голода или воздействия стихий. И наоборот, характеристики, связанные с недостаточными энергетическими запасами или ускоренным уровнем метаболизма, противостоящие таким образом набору веса и жировым отложениям не соответствовали отбираемым качествам и через естественную селекцию становились относительно редкими.

Что такое худощавость? На сегодняшний день неясно, представляет ли худощавость отдельный фенотип или просто нижний конец распределения индекса массы тела (ИМТ). Оптимальное определение худощавости должно учитывать такие факторы как: 1) стабильность во времени, т. е. индивидуум должен всегда быть на нижних процентилях в соответствии с возрастом, полом и национальностью; 2) возраст, т. к. некоторые формы ожирения проявляются только в среднем возрасте; 3) паритет у женщин, т. к. беременность может рассматриваться как жизненное событие, провоцирующее ожирение у некоторых женщин; 4) регулярные диеты или попытки снизить вес с целью поддержания низкого ИМТ (т. к. конституционально худые индивидуумы должны быть защищены от необходимости диет); 5) поведение или состояния, которые копируют фенотип худощавости, например медицинские проблемы (такие как онкология или СПИД, метаболические нарушения, заболевания пищеварительной системы), которые ведут к мимикрии худощавости, а также психические расстройства или их субклинические формы, ассоциированные со снижением аппетита или веса (т. е. большой депрессивный эпизод, нервная анорексия или булимия); 6) использование веществ, предотвращающих набор веса (например, никотина).

Данные, подтверждающие худощавость как уникальную черту. Исследования на животных подтверждают существование уникальной худощавости или фенотипа худобы, который находится под генетическим контролем. Такие животные могут быть селективно выведены. Например, чистая линия «I», полученная разведением от родственных особей мышей, необыкновенно резистентна к развитию диетического ожирения. Идентифицированы рецессивные гены экстремальной худощавости, включая halothane ген у

поросят и double-muscling ген у крупного рогатого скота. Крысы линии Sprague-Dawley известны резистентностью к развитию ожирения, даже при содержании на диете, богатой жирами. Мыши, продуцирующие RII-beta субъединицу протеинкиназы, были фенотипически здоровы, однако у них было значительно снижено количество белой жировой ткани, несмотря на нормальное потребление пищи. Эти животные защищены от ожирения, индуцированного диетой и являются потенциальными моделями для людей в нашем обществе, которые остаются худыми, несмотря на способствующее ожирению окружение.

Результаты наблюдений за людьми. Стабильность худощавости. В различных популяциях и в различное время стабильность проявлений на протяжении жизни сходна как для ожирения, так и для худощавости. Это является веским основанием для суждения о том, что худощавость, наблюдаемая в конкретный момент времени, является обоснованным индикатором «истинной склонности к худощавости», тогда как ожирение, наблюдаемое у индивида в определенный момент времени, является индикатором «истинной склонности к ожирению».

В близнецовых и семейных исследованиях конституциональной худобы в различных культурах подтвержден высокий риск таковой для родственников пораженного индивида. Близнецовые исследования также обращались к изучению наследуемости худощавости. В одном из исследований 591 монозиготной и 432 дизиготных близнецовых пар женщин была произведена оценка генетических и средовых влияний на наследуемость конституциональной худобы. Исследование выявило существенный вклад генетического эффекта в худощавость в 67 % (95 % ДИ, 3–79 %), незначительное влияние факторов окружающей среды (которые проявлялись для обоих членов пары и повышали сходство между близнецами) — 4 % (95 % ДИ, 0–36 %). Оставшаяся доля вариации объяснялась индивидуально-специфичными факторами окружающей среды (которые действовали по направлению повышения различий между близнецами и которые были значимы только для одного члена близнецовой пары) — 29 % (95 % ДИ, 21–39 %) [цит. по С. Bouchard, 2002]. Совместно эти семейные и близнецовые исследования свидетельствуют, что худощавость действительно семейственна, и что наблюдающаяся агрегация в семьях отмечается преимущественно вследствие дополнительного эффекта генов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Dietary fat and appetite control: Weak effects on satiation (within meals) and satiety (following meals)* / J. E. Blundell [et al.] // *Dietary fats: Determinants of preference, selection and consumption* / D. Mellor (Ed.). London : Elsevier, 1992. P. 79–103.
2. *Blundell, J. E. Hunger and satiety cascade — their importance for food acceptance in the late 20th century* / J. E. Blundell, A. J. Hill, P. J. Rogers // *Food acceptability* / D. M. H. Thompson (Ed.). London : Elsevier, 1988. P. 233–250.

3. *Blundell, J. E.* Hunger, hedonics and the control of satiation and satiety / J. E. Blundell, P. J. Rogers // *Appetite* / M. Friedman, M. Care (Eds.). New York : Marcel Dekker, 1991. P. 127–148.
4. *Blundell, J. E.* Is there a role for serotonin (5-hydroxytryptamine) in feeding? / J. E. Blundell // *International Journal of Obesity*. 1977. Vol. 1. P. 15–42.
5. *Bouchard, C.* Genetic influences on body weight / C. Bouchard // *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* / C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds.). 2nd ed. New York, London : The Guilford Press, 2002. P. 16–21.
6. *Cook, K. S.* Adipsin, a circulating serum protease homolog secreted by adipose tissue and sciatic nerve / K. S. Cook, B. M. Spiegelman // *Science*. 1987. Vol. 237. P. 402–404.
7. *Diezz, J. J.* The role of the novel adipocyte-derived hormone adiponectin in human disease / J. J. Diezz, P. Iglesias // *Eur. J. Endocrinol.* 2003. P. 293–300.
8. *Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa* / W. E. Kaye [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 1984. Vol. 141. P. 1598–1601.
9. *Dourish, C. T.* Blocade of CCK-induced hypophagia and prevention of morphine tolerance by the CCK antagonist L-364,718 / C. T. Dourish [et al.] // *CCK antagonists* / R. Y. Wang, R. Schoenfeld (Eds.). New York : Alan R. Liss, 1988. P. 307–325.
10. *Drewnowski, A.* Taste, taste preferences and body weight / A. Drewnowski // *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* / C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds.). 2nd ed. New York, London : The Guilford Press, 2002. P. 50–54.
11. *Dysregulation of 5-HT function in bulimia nervosa.* In the psychobiology of human eating disorders / T. Brewerton [et al.] // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1989. Vol. 575. P. 500–502.
12. *Fairburn, C. G.* *Eating disorders and obesity : a comprehensive handbook* / C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds.). 2nd ed. New York, London: The Guilford Press, 2002. 633 p.
13. *Freidman, M. I.* Integrated metabolic control of food intake / M. I. Freidman, M. G. Tordoff, I. Ramirez // *Brain Research Bulletin*. 1986. Vol. 17. P. 855–831.
14. *Gale, S. M.* Energy homeostasis, obesity and eating disorders : recent advances in endocrinology / S. M. Gale, V. D. Castracane, C. S. Mantzoros // *J. Nutr.* 2004. Vol. 134. P. 295–298.
15. *Geary, N.* Food intake and behavioral caloric compensation after protein repletion in the rat / N. Geary // *Physiology and Behavior*. 1979. Vol. 23. P. 1089–1098.
16. *Geary, N.* Pancreatic glucagons signals postprandial satiety / N. Geary // *NeuroScience and Behavioral Reviews*. 1990. Vol. 14. P. 323–338.
17. *Gut hormone PYY(3-36) physiologically inhibits food intake* / R. L. Batterham [et al.] // *Nature (Lond.)*. 2002. Vol. 418. P. 650–654.
18. *Hill, A. J.* Macro-nutrients and satiety: the effects of a high protein or a high carbohydrate meal on subjective motivation to eat and food preferences / A. J. Hill, J. E. Blundell // *Nutrition and Behavior*. 1986. Vol. 3. P. 133–144.
19. *Hill, A. J.* Sensitivity of the appetite control system in obese subjects to nutritional and serotonergic challenges / A. J. Hill, J. E. Blundell // *International Journal of Obesity*. 1990. Vol. 14. P. 219–233.
20. *Knoll, J.* Satielin: a highly potent anorexigenic substance in human serum / J. Knoll // *Physiology and behaviour*. 1979. Vol. 23. P. 497–502.
21. *Leibowitz, S. F.* Hypotalamic paraventricular nucleus : interaction between α_2 -noradrenergic system and circulating hormones and nutrients in relation to energy balance / S. F. Leibowitz // *Neutoscience and Biobehavioral Reviews*. 1988. Vol. 12. P. 101–109.
22. *McLaughlin, C. L.* Trypsin inhibitor effects on food intake and weight gain in Zucker rats / C. L. McLaughlin, S. R. Peikin, C. A. Baile // *Physiology and Behaviour*. 1983. Vol. 31. P. 487–491.

23. *Morley, J. E.* The neurobiological basis of eating disorders: some formulations / J. E. Morley, J. E. Blundell // *Biological Psychiatry*. 1988. Vol. 23. P. 53–78.
24. *Oomura, Y.* Chemical and neuronal control of feeding motivation / Y. Oomura // *Physiology and Behavior*. 1988. Vol. 44. P. 555–560.
25. *Oral* administration of proteinase inhibitor II from potatoes reduces energy intake in man / A. J. Hill [et al.] // *Physiology and Behavior*. 1990. Vol. 48. P. 241–246.
26. *Peptides* as central regulators of feeding / J. E. Morley [et al.] // *Brain Research Bulletin*. 1985. Vol. 14. P. 511–519.
27. *Pirke, K. M.* Effect of diet composition on affective state in anorexia nervosa and bulimia / K. M. Pirke, U. Schweiger, R. G. Laessle // *Clinical Neuropharmacology*. 1986. Vol. 9. P. 513–515.
28. *Satiety* responses in eating disorders / W. P. Owen [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. 1985. Vol. 19. P. 279–284.
29. *Sawchenko, P. E.* The organization of noradrenergic pathways from brainstem to the paraventricular and supraoptic nuclei in the rat / P. E. Sawchenko, L. W. Swanson // *Brain research Reviews*. 1982. Vol. 4. P. 275–325.
30. *Smith, G. P.* Humoral mechanisms in the control of body weight / G. P. Smith // *Perspectives in behavioral medicine, eating regulation and dyscontrol* / H. Weiner, A. Baum (Eds.). Hillsdale, NY : Erlbaum, 1988. P. 59–65.
31. *Smith, G. P.* The direct control of meal size in the Zucker rat / G. P. Smith, J. D. Davis, D. Greenberg // *Molecular and genetic aspects of obesity* / Pennington Biochemical Medical Center Nutrition Series / G. A. Bray, D. H. Ryan (Eds.). Baton Rouge : Louisiana State University Press, 1996. Vol. 5. P. 161–174.
32. *Stimulation* of feeding by Galanin : anatomical localization and behavioral specificity of this peptide's effects in the brain / S. E. Kyrkouli [et al.] // *Peptides*. 1990. Vol. 11. P. 995–1001.
33. *The cholecystokinin* receptor antagonist L364,718 increases food intake in the rat by attenuation of the action of endogenous cholecystokinin / G. Hewson [et al.] // *British Journal of Pharmacology*. 1988. Vol. 93. P. 79–84.
34. *Uncoupling* sweet taste and calories : comparison of the effects of glucose and three high intensity sweeteners on hunger and food intake / P. J. Rogers [et al.] // *Physiology and Behaviour*. 1988. Vol. 43. P. 547–552.
35. *Zigman, J. M.* Minireview: from anorexia to obesity — the yin and yang of body weight control / J. M. Zigman, J. K. Elmquist // *Endocrinology*. 2003. Vol. 144. P. 3749–3756.

ГЛАВА 2

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВЛИЯНИЯ И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

2.1. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И СТИЛЯ ПИТАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Человеческая жизнь, как и жизнь млекопитающих, начинается с исключительно молочного рациона. На протяжении первых лет жизни происходит переход с преимущественно молочного питания на пищу, в большей мере свойственную взрослым. Для того, чтобы развиваться и быть здоровым ребенок должен научиться включать в рацион продукты, которые ему предлагают взрослые. На протяжении этого периода развития становятся отчетливыми индивидуальные различия в способностях детей контролировать потребление еды. По мере того как генетические предрасположения видоизменяются в процессе научения и приобретения ребенком раннего опыта потребления пищи, отчетливо вырисовываются пищевые предпочтения и подобные взрослым механизмы контроля потребления пищи. Родители занимают центральное место в формировании у ребенка раннего опыта обхождения с едой, процесса питания посредством механизмов научения.

Родители оказывают влияние на формирование пищевого поведения детей различными путями. С момента рождения предпочтение родителей, отдаваемое грудному вскармливанию или искусственному кормлению, начинает предопределять последующий диапазон приемлемости пищи. По мере перехода к употреблению твердой пищи родители структурируют пищевое поведение ребенка посредством предложения одного ассортимента пищи и ограничения других продуктов, определяя время и объем принимаемой пищи, ситуацию окружения, в которой осуществляется принятие ребенком пищи. Для ребенка процесс принятия пищи является социальным явлением, осуществляясь совместно с другими людьми, которые, в свою очередь, могут служить моделью для подражания.

Генетическая предрасположенность в отношении питания у новорожденного ребенка включает наряду с рефлексивным характером ответа на сладкий, кислый и горький вкус также и тенденцию отвергать новую, неизвестную пищу. Этот феномен приобрел название «неофобии», отражающий страх нового. Такого рода неофобия может препятствовать расширению рациона ребенка за счет включения новых типов пищи. В то же время неофобия может быть трансформирована благодаря успешному опыту употребления новой пищи, по крайней мере, когда вслед за едой ребенок испытывает позитивные чувства, например, приятное ощущение сытости. (В случае, если вслед за едой следуют негативные последствия, например, тошнота или рвота, по механизмам научения может закрепиться аверсивная реакция). Постингестивные сигналы также ответственны за формирование предпочтений ребенка в

отношении энергетически плотной пищи вопреки энергетически бедной. Поскольку жиры имеют высокую энергетическую плотность, дети научаются предпочитать пищу с высоким содержанием жиров. Такого рода научение вкусовому и качественному составу пищи, при котором вкусовые характеристики еды ассоциируются с постингестивными ощущениями, вероятно, способствует уменьшению неophobia и формированию у детей пищевых предпочтений в отношении энергетически плотной пищи с высоким содержанием жиров и сахара.

Таким образом, генетические предрасположенности, взаимодействуя с ранними средовыми влияниями, формируют стиль пищевых предпочтений ребенка. В результате ребенок осваивает, что является уместным, а что несовместимым в пищевом поведении для культуральной среды, где ребенок проживает, равно как и что, когда и в каком объеме употреблять. Одновременно он приобретает навыки дифференцировки вкуса, который должен или не должен сопутствовать пище.

Принимая во внимание драматическую роль научения в процессе формирования пищевых предпочтений у детей, представляют интерес результаты исследований, посвященных попыткам родителей ограничивать пищевой рацион детей посредством ограничения потребления «нездоровой» пищи для перекусов. По мере того, как дети получали свободный доступ к продуктам, в отношении которых их ограничивали, они потребляли их в большем объеме. Эта закономерность оказалась намного более значимой в отношении девочек, чем мальчиков. В то же время те матери, которые больше были склонны к ограничениям своих детей, также имели больший уровень диетических ограничений в отношении самих себя. Есть основания полагать, что такие тенденции влияния матерей в отношении диетических ограничений своих детей с целью выработать навыки контроля потребления пищи в конечном итоге могут приводить к поломке механизмов контроля процесса приема пищи, перееданию «запрещенной» пищи и негативной самооценке.

Наряду с формированием стиля питания и пищевых предпочтений, дети также научаются стандартам внешней привлекательности и красоты, бытующими в культуре. Интегративным результатом этого научения является формирование образа собственного тела, определяющего, в частности, активность человека по коррекции собственной внешности.

2.2. Образ собственного тела и его динамика в онтогенезе

Тело человека следует рассматривать как своеобразный «социальный объект». Внешность субъекта дает определенную информацию о нем в контексте половых, возрастных, социоэкономических и даже профессиональных характеристик. Оставаясь носителем этих характеристик, человеку свойственно оценивать других и себя с позиции сформированной системы представлений. На эту оценку существенное влияние оказывают культуральные

стереотипы, процессы взросления человека, особенности его эмоционального реагирования, характерологические особенности, половые различия и пр. Субъективное переживание собственной внешности зачастую имеет большую психологическую значимость в аспекте влияния на человеческое поведение, чем объективная или социальная «реальность» внешности. При этом, если оценка внешней привлекательности других опирается во многом на привлекательность лица, то самооценка осуществляется прежде всего с акцентом на теле. Прямое отношение к этой динамике имеет специфический многогранный конструкт-образ собственного тела. Образ собственного тела (ОСТ) отражает систему «внутреннего» представления человека о собственной внешности, связанную с самовосприятием и предпочтениями, включает мысли, убеждения, верования и поведенческие реакции. Сквозь призму образа собственного тела происходит понимание многообразия форм человеческого поведения, в том числе носящих дезадаптивный характер (например, нарушения пищевого поведения, ожирение, обращение людей за помощью к пластическим хирургам и пр.). Образ собственного тела может драматически влиять на настроение, мысли и поведение людей в повседневной жизни, предопределять характер их межличностных отношений и качество жизни.

В конструкте ОСТ принято выделять как минимум два значимых компонента: искаженное восприятие формы/размеров тела (перцептивный компонент) и субъективная неудовлетворенность собственной внешностью (оценочный компонент), которые, по-видимому, достаточно независимы друг от друга. Восприятие (в т. ч. искаженное) размерности тела в структуре ОСТ находится под влиянием множества ситуационных факторов: аффективного статуса, когнитивного содержания задачи, насмешек со стороны окружающих, потребления пищи в процессе оценки формы/размеров тела, особенностей надетой одежды и пр.). В то же время именно субъективное недовольство собственной внешностью, по-видимому, является лучшим предиктором качества психологического функционирования индивида (самооценка, депрессия). При этом оценочный компонент ОСТ интегративно отражает:

- глобальную субъективную неудовлетворенность (включает удовлетворенность/неудовлетворенность весом, формой тела, удовлетворенность/неудовлетворенность специфическими частями тела);
- аффективный дистресс в отношении внешности (тревога, дисфория, дискомфорт);
- когнитивный аспект ОСТ (иронические мысли и убеждения в отношении внешности, схема ОСТ);
- поведение избегания, отражающее неудовлетворенность внешностью (избегание ситуаций и объектов, при столкновении с которыми обостряется беспокойство по поводу ОСТ — избегание смотреть на себя в зеркале, взвешиваться, посещать тренажерные залы, бассейн и пр.).

Следует отметить, что образ собственного тела не идентичен внешней привлекательности, поскольку мы не видим себя, так как видят нас окружающие. Внешне привлекательные субъекты не обязательно удовлетворены своей внешностью, а менее милovidные испытывают недовольство по поводу того, как выглядят. Независимо от реальных физических данных, субъективный характер восприятия, представления и чувственные реакции в отношении внешности могут предопределять представления о том, как окружающие воспринимают их. В этом случае позитивный ОСТ предопределяет социальную уверенность человека и комфорт. В противном случае, при негативном ОСТ, следует предполагать социальную отгороженность и тревожность.

ОСТ развивается в результате процесса интернализации социальных оценок, которые субъект получает от сверстников, членов семьи и значимых других. Эти оценки, в свою очередь, могут быть прямыми (когда, например, ребенка дразнят) или опосредованными (когда, например, ребенку «достаются» комплименты, если хвалят его сиблинга, либо он воспитывается в семье, центрированной на внешности, либо регулярно выражающей обеспокоенность по поводу внешности). Такого рода социальная обратная связь носит двусторонний характер. На фоне несомненного модулирующего влияния оценок окружающих на субъективный характер восприятия собственной внешности, индивидуальный характер убеждений человека и особенности его поведения могут влиять на характер обратной связи, получаемой со стороны окружающих. Феномен атрибутивной проекции, посредством которого индивид делает предположение о том, что окружающие воспринимают его так же как он воспринимает себя, может оказывать драматическое влияние на когнитивные и поведенческие составляющие ОСТ. Например, женщина среднего веса, уверенная в том, что страдает ожирением, может автоматически привычным для себя способом полагать, что окружающие воспринимают ее такой же и считают, что ей следует снизить вес. Этот когнитивный процесс может затем привести к закономерным изменениям поведения — уменьшению зрительного контакта, выбору непривлекательной одежды, меньшей улыбочивости. Следствием этого может быть закономерный отклик со стороны окружающих — они могут меньше стремиться ко вступлению в контакт, меньше говорить ей комплиментов, что она, в свою очередь, интерпретирует как доказательство собственной непривлекательности. Таким образом, обратный ответ, который она получает со стороны окружающих, хотя бы частично опосредован ее собственными убеждениями и соответствующим поведением.

Оценка эпидемиологических характеристик неудовлетворенности ОСТ в мире свидетельствует в пользу ее прогрессивного роста за последние 30–35 лет. Причем доля женщин увеличивается среди людей, имеющих негативные

представления о собственной внешности (табл. 2.2.1, цит. по Т. F. Cash, Т. Pruzinsky, 2002).

Таблица 2.2.1

Результаты трех исследований ОСТ в США: процент респондентов, неудовлетворенных специфическими характеристиками внешности

Объект не-удовлетворенности	Исследование 1972 г.		Исследование 1985 г.		Исследование 1996 г.	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Средняя часть туловища	36%	50%	50%	57%	63%	71%
Нижняя часть туловища	12%	49%	21%	50%	29%	61%
Верхняя часть туловища	18%	27%	28%	32%	38%	34%
Вес	35%	48%	41%	55%	52%	66%
Мускулистость	25%	30%	32%	45%	45%	57%
Рост	13%	13%	20%	17%	16%	16%
Лицо	8%	11%	20%	20%	-	-
Внешний вид	15%	23%	34%	38%	43%	56%

Указанные в табл. 2.2.1 результаты получены в процессе опросов, проведенных журналом *Psychology Today*, что, несомненно, определяет ограничения экстраполяции данных (содержательная направленность журнала, заинтересованность выборки читателей, подходы к оценке неудовлетворенности ОСТ и пр.).

Компоненты образа собственного тела. Образ тела многогранен и включает как минимум перцептивные (отражающие адекватность восприятия), аффективные (эмоциональные), когнитивные (познавательные), оценочные и поведенческие компоненты.

Негативный образ собственного тела на сегодняшний день недостаточно рассматривать с позиции только неудовлетворенности, поскольку должны учитываться эмоциональные и поведенческие последствия такой неудовлетворенности.

Оценочный образ собственного тела (evaluative body image, attitudinal body image) определяет то, насколько человек удовлетворен собственным телом. В возрастном аспекте об этом компоненте образа собственного тела можно говорить, когда ребенок:

- 1) способен оценивать собственное тело;
- 2) имеет идеал для сравнения собственного тела (по-видимому, нужно не только осознавать наличие такого идеала, но и интернализировать его (т. е. ассимилировать) прежде чем неудовлетворенность телом разовьется);
- 3) ребенок должен быть способен производить сопоставление реального и идеального образа тела.

Оценочный компонент образа собственного тела отчетливо проявляется к подростковому возрасту, но важно установить время его появления. Школьники начальных классов способны к осуществлению социального сравнения (т. е. сопоставлению себя с другими и оценочным суждениям в отношении характеристик внешности окружающих), а дети старших возрастов вовлечены в этот процесс намного интенсивнее. Социальное сравнение может быть значимым медиатором развития телесной самооценки (см. аффективный образ собственного тела). Аналогично самооценка становится более дифференцированной с возрастом и с большей вероятностью склонна страдать по мере того, как социальное сравнение становится более существенным психологическим феноменом.

Имеются данные, свидетельствующие в пользу того, что у 5-летних детей имеются культурально опосредованные предубеждения в отношении полных людей. Уже в трехлетнем возрасте дети владеют предрассудками по поводу ожирения, но в меньшей степени склонны придаваться им. Они с меньшей вероятностью приписывают негативные характеристики детям с ожирением по сравнению с 5-летними. В свою очередь дети в возрасте 5 лет имеют более широкий спектр характеристик приемлемости телесного образа по сравнению со взрослыми. В целом дети со средними размерами тела и мускулистые дети воспринимаются сверстниками чаще как счастливые, добрые, разумные, изящные, сильные и популярные. Наоборот, полные дети оцениваются как неряшливые, ленивые, глупые и, вероятно, склонные к мошенничеству. Дети с избыточной массой тела (превышающей идеальную на 30 %) оцениваются другими детьми как менее привлекательные по сравнению с детьми-инвалидами. Худые дети чаще воспринимаются как пугливые, беспокойные, слабые и одинокие.

Есть основания утверждать, что уже к 7–8 годам у детей удается выявить беспокойство в отношении образа тела и предпочтение проблемных стилей питания с целью коррекции телесного образа. Факторы, связанные с проблемным питанием и неудовлетворенностью собственным телом у детей имеют сходство с таковыми для подростков и взрослых. В этой связи изучались: пол, возраст, индекс массы тела, концепция самооценки, влияние родителей и сверстников. В целом о неудовлетворенности собственным телом по данным литературы сообщает около 40 % учениц 4–5 классов [L. Smolak, M. P. Levine, F. Schermer, 1998].

Аффективный образ собственного тела определяется как компонент самооценки, отражающий особенности чувственного реагирования в отношении тела или внешности.

В подростковом возрасте повышается как уровень субъективного внимания к себе, так и беспокойство в отношении оценок окружающих. Образ тела оказывает сильное влияние на подростковую самооценку. Подростки обоих полов уделяют большее внимание своей внешности (по сравнению со

взрослыми) и имеют больший уровень неудовлетворенности телом. Исследование американских подростков, например, показало, что и юноши, и девушки проявляют беспокойство о внешности, популярности в отношениях с противоположным полом, но девушкам больше свойственно беспокойство о фигуре и весе, тогда как юноши были в большей мере озадачены деньгами и внешностью (Т. А. Wadden, G. Brown, F. D. Foster, J. R. Linowitz, 1991).

Поведенческий образ тела (body image investment) включает когнитивные и поведенческие индикаторы значимости собственной внешности в системе субъективного самовосприятия. Он определяет индивидуально-психологическую важность внешности и то, насколько мысли и поведение центрируются на внешности.

На основании Социальной Когнитивной Теории (Bandura, 1997) развитие уверенности ребенка в отношении собственного тела и образ тела могут быть опосредованы:

- моделями образа тела (мама, сверстники);
- вербальными посланиями в отношении тела (от матерей, сверстников, учителей);
- физиологическими факторами, связанными с образом тела (возраст, масса тела, состояние здоровья);
- наличием компетентности в вопросах, связанных с уверенностью в собственном теле (социальная компетентность, компетентность в питании).

Социальная когнитивная теория подтвердила свою справедливость в объяснении развития поведенческой уверенности по широкому диапазону поведенческих проявлений, связанных со здоровьем, таких как использование диет и физических упражнений. Модели образа тела и вербальные послания со стороны матери, вероятно, являются наиболее значимыми предикторными факторами в отношении формирующегося образа тела в детском возрасте. В частности, вербальные послания матери в отношении ожидания увеличения массы тела ребенка является наиболее значимым предиктором в отношении образа тела у детей. В исследованиях показано, что если у девочек дошкольниц преобладает желание «быть больше», то ему на смену в последующем приходит желание «быть стройнее».

Следует отметить, что поведенческие проявления, связанные с образом собственного тела, с большей вероятностью интенсивнее у девочек, чем у мальчиков, что прослеживается и у взрослых. Это подтверждается, в частности, большей вовлеченностью девочек в ограничительные паттерны пищевого поведения (целенаправленное ограничение объема и/или калорийности пищевого рациона).

Динамика образа собственного тела в процессе индивидуального развития. Достаточно благополучный уровень оценки собственного тела, формирующийся на протяжении времени обучения в начальной школе (5–9 лет), претерпевает, по-видимому, отрицательную динамику в средних клас-

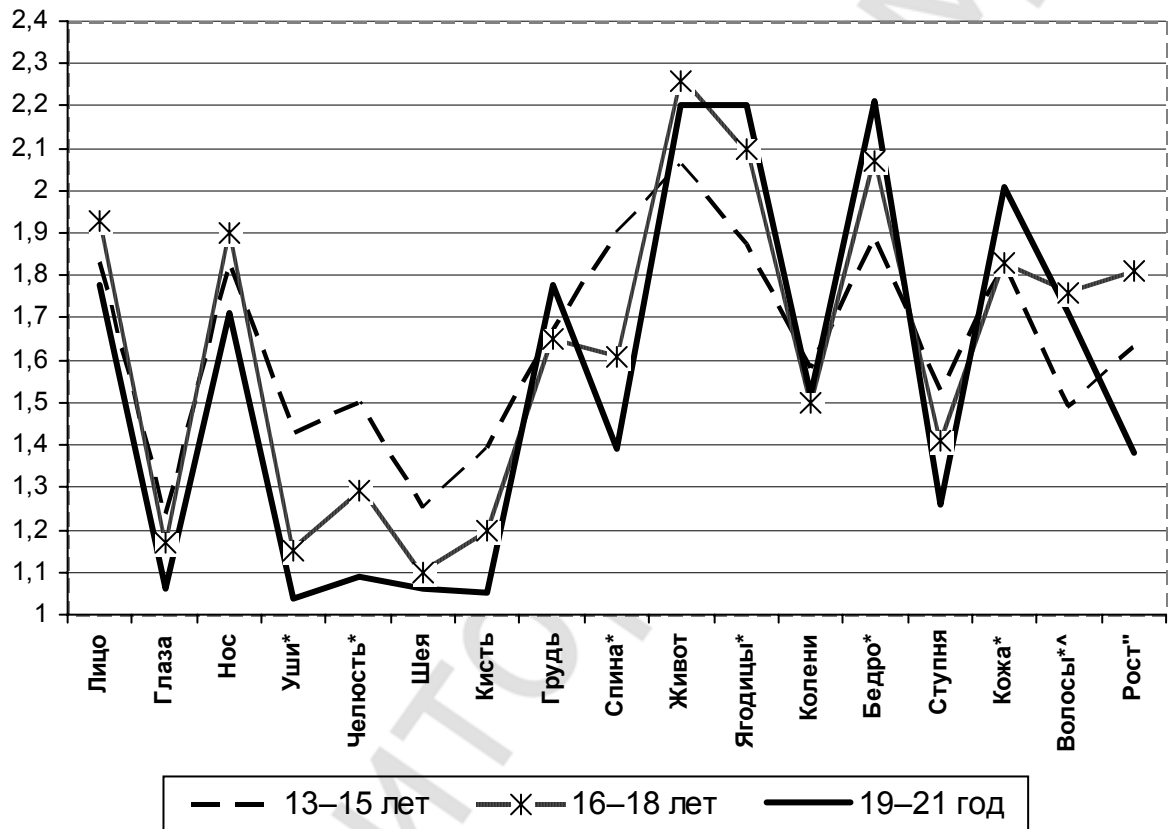
сах школы. В этот период и у девочек, и у мальчиков отмечается снижение удовлетворенности телом, хотя это снижение у мальчиков происходит менее драматично и впоследствии быстрее восстанавливается. На сегодняшний день окончательно неизвестно в каком возрасте образ собственного тела становится достаточно стабильным. В лонгитудинальном исследовании американских подростков показано, что общий уровень неудовлетворенности телом повышается между 13 и 15 годами, оставаясь неизменным между 15 и 18 годами [G. D. Rosenblum, M. Lewis, 1999]. При этом к 13 годам мало половых различий в уровне неудовлетворенности телом за исключением того, что девочки в большей степени неудовлетворены строением тела, а мальчики — ростом. К 15 годам девочки больше (чем мальчики) неудовлетворены формой своего тела, ногами, бедрами, лицом. Увеличивается удовлетворенность мальчиков своим весом. Эти изменения соответствуют физиологическим изменениям в теле, которые приносит пубертат.

Мы проанализировали степень неудовлетворенности отдельными частями собственного тела у белорусских девушек подросткового и юношеского возраста от 13 до 21 года. В исследование было включено 761 девушка-респондентка. Обследуемым для заполнения была предложена Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом. Инструмент представляет собой шкалу Лайкерта, крайние значения которой соответствуют «Полностью удовлетворена» до «Полностью неудовлетворена». В баллах от 0 до 6 респондентам было предложено оценить степень удовлетворенности отдельными частями тела. Изученный возрастной интервал обследованных был разделен на 3 градации: 13–15 лет, 16–18 лет и 19–21 год. Наглядно профиль удовлетворенности/неудовлетворенности частями собственного тела представлен на рис. 2.2.1. Достоверность различий между возрастными группами порядковых переменных оценивалась на основании непараметрического U-критерия Манна–Уитни.

На рисунке видно, что профили претерпевают определенную инверсию по мере увеличения возраста обследованных. В клиническом плане особую значимость имеет эта изменчивость в отношении тех частей тела, с которыми зачастую связывается озабоченность избыточной массой: грудь, живот, ягодицы, бедра. Любопытно, что среди респондентов степень удовлетворенности/неудовлетворенности грудью не имела значимых возрастных различий. В то же время пристальное внимание в анализируемой выборке уделялось животу, ягодицам и бедрам. Наряду с этой значимостью таких атрибутов внешности как кожа и волосы статистически значимо возрастает к 19–21 году.

В подростковом возрасте внешний аспект физической привлекательности склонен интернализироваться, т. е. представление о внешнем виде начинает оказывать влияние на настроение. Такого рода динамика заявляет о себе в раннем подростковом возрасте, когда мысли и чувства «телескопичны» и сохраняется в позднем подростковом возрасте. В то же время не обязательно,

что оценочный, аффективный и поведенческий компоненты развиваются параллельно. По-видимому, оценочный компонент образа собственного тела в своем развитии предшествует поведенческому. Это предположение подтверждается исследованиями, согласно которым количество школьниц начальных классов, использующих диеты, существенно меньше, чем сообщавших о неудовлетворенности собственным телом. Более того, был обнаружен существенно меньший уровень корреляционных связей между неудовлетворенно-



стью телом и маркерами диетического поведения у школьниц начальных классов по сравнению со взрослыми [L. Smolak, M. Levine, 2001].

Рис. 2.2.1. Повозрастные профили удовлетворенности/неудовлетворенности отдельными частями собственного тела у белорусских девушек 13–21 года:
* — 13–15 vs 19–21; ^ — 13–15 vs 16–18; “ — 16–18 vs 19–21; P < 0,05

Нам представляется в клиническом плане весьма любопытным тот факт, что личностная самооценка, будучи тесно связанной с образом собственного тела (например, с оценочным, аффективным, поведенческим его компонентами), находит свою «реализацию» в отклоняющемся пищевом поведении. Это согласуется с когнитивной моделью понимания нарушений пищевого поведения, согласно которой озабоченность формой и массой тела опосредует взаимосвязь между самооценкой и диетическими ограничениями. В проведенном нами эпидемиологическом исследовании особенностей пищевого

поведения и факторов с ним связанных в белорусской популяции 419 девушек-подростков в возрасте 13–18 лет мы показали, что рожденный в системе социальных сравнений, образ собственного тела значимо влияет на адаптивный/дезадаптивный характер пищевого поведения ($F = 42,83$, $p < 0,001$), причем сопутствующее влияние возраста существенно ($F = 2,51$, $p = 0,03$). В исследовании для анализа самооценки применялся опросник самооценки Дембо–Рубинштейн в модификации А.М.Прихожан (позволяет оценить уровни притязаний «УП» и самооценки «УС» в отношении характера, уверенности в себе, внешности, авторитета у сверстников, умения многое делать своими руками, ума и способностей), для оценки компонентов (прежде всего оценочного) образа собственного тела — валидизированный нами Опросник образа собственного тела (ООСТ). В качестве меры сверхценного отношения к массе и форме собственного тела мы использовали 75 % процентиль оценок шкалы субъективной значимости массы и формы собственного тела («Оцените в баллах насколько значимо для вас иметь идеальный вес (форму тела)», шкала Лайкерта, где «0» — «абсолютно безразлично», а «6» — «крайне важно»). Показано, что искаженный образ собственного тела, развивающийся в процессе индивидуального развития, оказывает значимое дискриминирующее влияние на характеристики самооценки и ее несоответствие уровню притязаний (табл. 2.2.2).

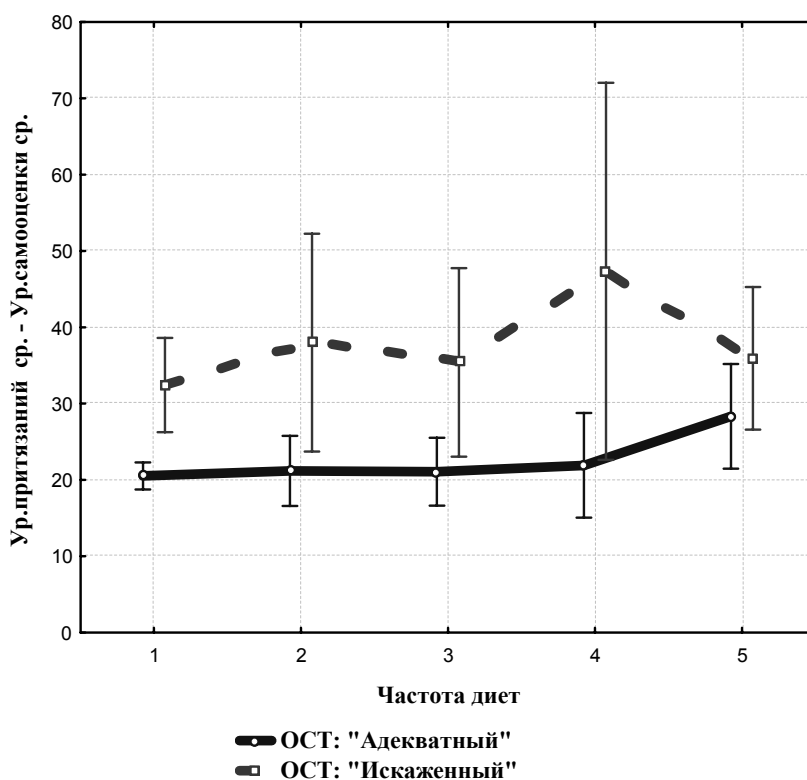
Таблица 2.2.2

Различия в уровнях самооценки и соответствии ее уровню притязаний у девушек-подростков 13–18 лет с адекватным и искаженным образом собственного тела

		М ± δ «Адекватный образ собственного тела»	М ± δ «Искаженный образ собственного тела»	р
Самооценка	Ум, способности	69,81 ± 16,84	59,53 ± 22,50	= 0,002
	Характер	66,49 ± 19,98	57,84 ± 22,87	= 0,024
	Авторитет у сверстников	66,73 ± 19,20	50,63 ± 27,07	<0,0001
	Внешность	71,00 ± 17,76	53,16 ± 22,98	<0,00001
	Уверенность в себе	66,38 ± 22,22	47,19 ± 25,60	<0,00001
Ур. притязаний – Ур. самооценки	Ум, способности	22,10 ± 15,58	30,06 ± 20,81	= 0,0083
	Характер	19,17 ± 17,30	26,87 ± 16,55	= 0,018
	Авторитет у сверстников	18,86 ± 16,46	32,91 ± 21,28	<0,0001
	Умение многое делать своими руками	22,33 ± 18,57	32,65 ± 22,32	= 0,0041
	Внешность	19,28 ± 15,85	36,16 ± 21,99	<0,00001
	Уверенность в себе	25,34 ± 19,65	47,72 ± 24,65	<0,00001
Самооценка средняя		66,96 ± 15,66	53,27 ± 17,41	<0,00001
УП-УС средняя		21,10 ± 12,21	34,64 ± 14,75	<0,00001

Таким образом, искаженная система представлений о собственной внешности (ОСТ) склонна уменьшать самооценку и увеличивать «невротиче-

ский разрыв» с уровнем притязаний. Примечательно, что среди характеристик самооценки, подверженными влиянию искаженного ОСТ оказываются такие, которые напрямую не связаны с внешностью (ум и способности, характер, авторитет у сверстников, уверенность в себе). Забегая вперед, отметим, что попытка «скорректировать» неудовлетворенность собственной внешностью с помощью диетических ограничений не оказывает значимого влияния на проблемную самооценку. Результаты многофакторного дисперсионного анализа влияния характеристик ОСТ (адекватный/искаженный) и частоты диетических ограничений на разницу средних уровней притязаний и самооценки показан на рис. 2.2.2. Оценка приверженности респондентов диетам оценивалась на основании следующей градации: «1» — «никогда», «2» — «1 раз в год», «3» — «несколько раз в год», «4» — «1 раз в месяц», «5» — «практически постоянно». Искажение образа собственного тела достоверно предопределяет ($F = 18,22, p < 0,0001$) несоответствие уровней притязаний и самооценки. Наглядно показано, что по мере увеличения степени приверженности диетам увеличивается невротический разрыв между уровнями притязаний и самооценки индивида, создавая основу для переживания личностной неэффективности. Этот феномен отчетливо прослеживается у пациентов, страдающих нарушениями пищевого по-

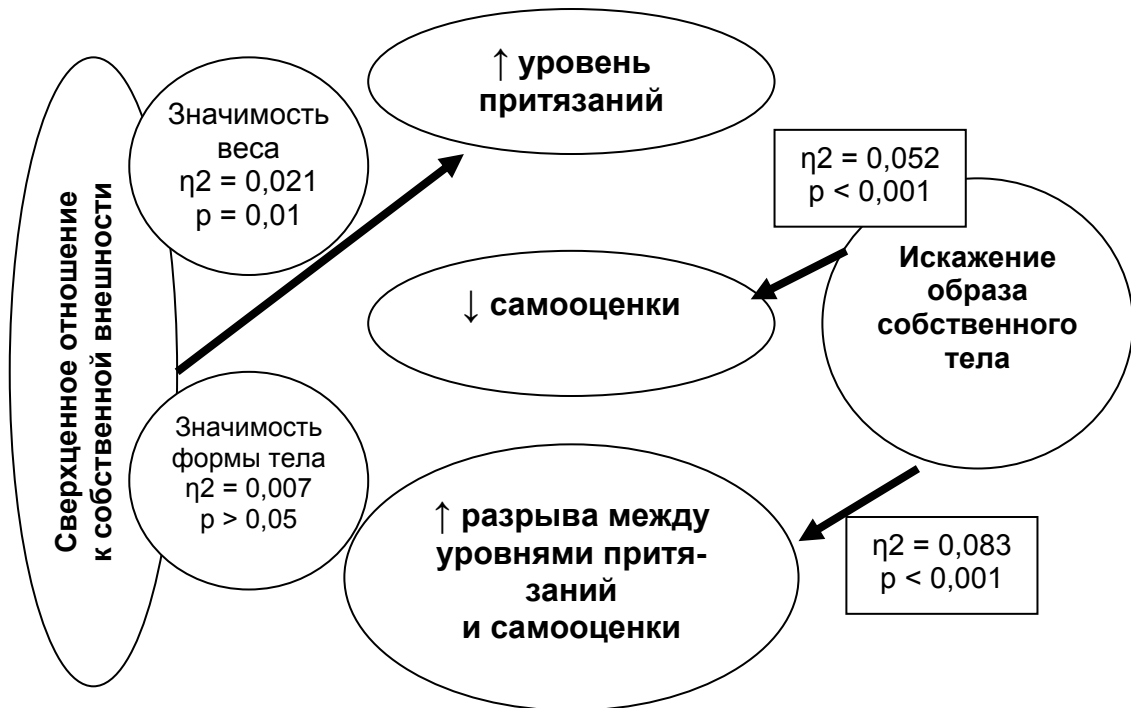


ведения, когда их дезадаптивный стиль питания планомерно уменьшает ощущение самоэффективности.

Рис. 2.2.2. Влияние образа собственного тела и частоты диет на различия в средних уровнях притязаний и самооценки у девушек 13–18 лет

По-видимому, озабоченность по поводу веса и формы тела актуализирует различные характеристики самооценки. Часть из них непосредственно связана с атрибутами внешности (самооценка внешности, оценочный компонент ОСТ). Другие компоненты «реагируют» косвенно. Среди них такие грани самооценки, которыми индивид определяет собственные ум и способности, черты характера, наличие авторитета у сверстников, самоэффективность (умение многое делать своими руками), уверенность в себе. Последние во многом связаны с субъективным переживанием подростком его «социальной компетентности», уместности его поведения, способностей, умений в мире взрослых. Анализируя характеристики самооценки, мы подвергли анализу две группы факторов, ответственных за формирование озабоченности ОСТ. С одной стороны, это ситуационные факторы, связанные с преходящим увеличением субъективной значимости таких атрибутов внешности как вес и форма тела. К таким факторам целесообразно отнести и собственно пубертатный период со свойственной ему легкостью формирования сверхценных образований (в т. ч. в отношении собственной внешности). В этот период подростки, как известно, особенно чувствительны к порицающим, оценивающим высказываниям в отношении собственной внешности. Любопытно, что сами ситуационные факторы и их влияние лабильно во времени. По мере взросления сверхценный характер значимости веса и формы тела в анализируемой нами выборке здоровых девушек-подростков уменьшался. С другой стороны, стабильностью во времени (т. е. независимостью от влияния возраста) характеризовались влияния (на параметры самооценки) озабоченности собственной внешностью, основывающейся на искаженном образе собственного тела. Изученная в нашем исследовании озабоченность по поводу внешности, основывающаяся на искаженном образе собственного тела, оказывает противонаправленное (по сравнению со сверхценными образованиями) влияние на характеристики самооценки. При этом отмечается снижение самооценки на фоне углубляющегося разрыва с уровнем притязаний (рис. 2.2.3). Это создает условия для формирования позиции «выученной беспомощности», когда на фоне завышенных притязаний и дефицитарной самооценки человек не получает от окружения подтверждений в отношении собственной успешности. Одним из способов «восстановления» нарушенного баланса самооценки является поиск способов деятельности, видов занятий, которые могли бы создать иллюзию благополучия. Такого рода «гиперкомпенсацией» становятся формы девиантного поведения. Экстраполируя полученные данные на модели поведения у девушек подросткового возраста, формой девиантного поведения, тяготеющей к этому возрастному периоду, являются нарушения пищевого поведения. При этих состояниях дезадаптивное обращение с едой (жесткие диетические ограничения, изнуряющие физические на-

грузки, самовызывание рвоты и пр.) еще больше сужает психологический «замкнутый круг» завышенного уровня притязаний и пониженной самооценки. Изначально же в сознании таких пациенток достижение «идеальной



Стабильные во времени воздействия: воспитание, внутрисемейное окружение, биологические факторы и пр.

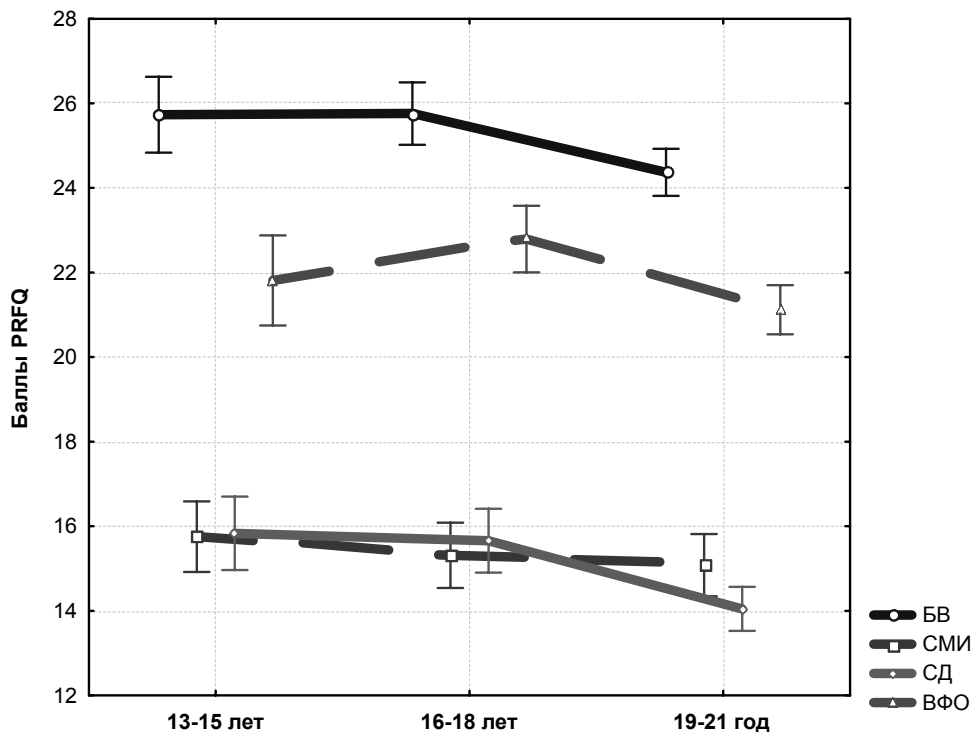
Лабильные воздействия, увеличивающие склонность к сверхценным образованиям (напр., пубертатный период)

внешности» призвано восполнить пробелы самооценки, однако цели оказываются несопоставимыми со средствами.

Рис. 2.2.3. Взаимосвязь параметров самооценки и озабоченности собственной внешностью. Оценка величины эффекта анализируемых переменных определялась величиной η^2 в квадрате

Мы изучили характер влияния психосоциальных факторов формирования образа собственного тела на выборке из 761 белорусской девушки в возрасте от 13 до 21 года. Выборка была ранжирована на следующие возрастные группы: 13–15 лет, 16–18 лет и 19–21 год. Для реализации этой цели мы использовали Опросник психосоциальных факторов (Psychosocial Risk Factor Questionnaire, PRFQ). Опросник PRFQ был создан для оценки субъективного восприятия привлекательности собственной внешности, озабоченности собственной внешностью и социального давления в отношении похудения. Он состоит из 18 вопросов, на которые предлагается дать ответ по шкале, ранжированной от 1 до 7, где «1» — полностью не согласен, «7» — полностью согласен. Вопросы сгруппированы в 4 кластера: «беспокойство о внешности»

(БВ), «влияние средств массовой информации в отношении похудения» (СМИ), «социальное давление в отношении похудения» (СД), «восприятие

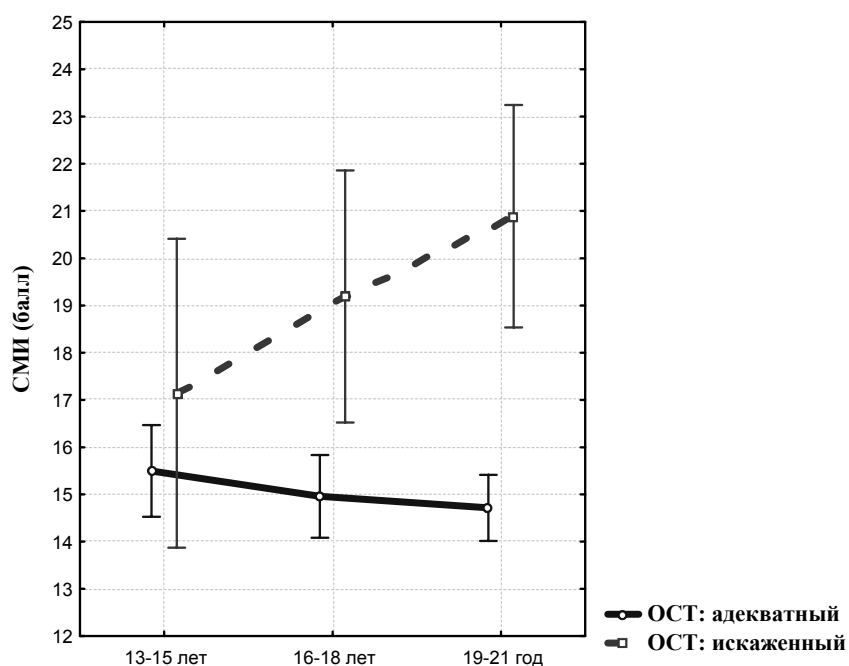


физического облика» (ВФО). Наглядно полученные данные представлены на рис. 2.2.4.

Рис. 2.2.4. Динамика влияния психосоциальных факторов, значимых в плане особенностей пищевого поведения (опросник PRFQ), у девушек 13–21 года

Статистический анализ повозрастных различий каждого из факторов показал статистически достоверное ослабление социального давления в отношении похудения после 18-летнего возраста ($p = 0,001$). Это происходило на фоне уменьшения степени беспокойства по поводу собственной внешности ($p < 0,003$) и снижении остроты субъективного восприятия собственной внешности ($p < 0,001$). Любопытно, что в целом по всей выборке в выделенных возрастных когортах степень влияния СМИ в отношении похудения практически не различалась. В то же время есть основания предполагать наличие иных вмешивающихся факторов, определяющих подверженность индивидуума такого рода обработке. Принимая во внимание, что образ собственного тела формируется достаточно рано, мы в качестве кофактора включили в анализ переменную, отражающую адекватный или искаженный образ собственного тела. Многофакторный дисперсионный анализ ANOVA (2*3) подтвердил наше предположение, что независимо от возраста, искаженный образ собственного тела делает человека подверженным влиянию СМИ в отношении похудения ($F = 21,896, p < 0,001$) (рис. 2.2.5).

Влияние средств массовой информации на образ собственного тела весьма многогранно. Различные телевизионные передачи по-разному делают акцент на характеристиках ОСТ. Так, показано, что «мыльные оперы» в большей мере склонны делать акцент на ригидном идеале стройности по сравнению с драмами. Девочки, в свою очередь, чаще смотрят такие «мыльные оперы» по сравнению с мальчиками. В целом, диапазон приемлемости образа тела, предлагаемый с телеэкрана является существенно более узким для женщин по сравнению с мужчинами, а полные женщины являются исключительным объектом для насмешек и шуток. В то же время, подавляющее большинство журналов для девочек и женщин делает акцент на внешности. Есть данные, свидетельствующие о том, что девочки начинают регуляр-



но читать такие издания к концу начальной школы. По грубым оценкам около 25 % школьниц этого возраста читают журналы мод по меньшей мере 2 раза в неделю.

Рис. 2.2.5. Динамика влияния СМИ в отношении похудания в зависимости от характера образа собственного тела

По своему психологическому механизму, фокусировка СМИ на отдельных частях тела и в целом внешнем виде реализуется посредством взаимосвязи между подростковым восприятием внешности и чувствами. Половые различия в уровне удовлетворенности/неудовлетворенности образом тела касаются различных частей тела и изменяются на протяжении подросткового периода. Так, девочкам-подросткам, как правило, свойственен больший уровень неудовлетворенности ягодицами, бедрами, талией (причем, девушки хотели бы, чтобы все эти части тела имели меньший размер), а также грудью (хотели бы иметь большего размера). В то же время подростки-юноши чаще

ожидают, что их руки, грудная клетка и плечевой пояс должны быть более массивными. Мальчики в большей мере, чем девочки заинтересованы в увеличении мышечной массы. Существует предположение, что у детей старше 11 лет распространенность неудовлетворенности собственным телом у мальчиков будет идентична таковой у девочек, если принимать во внимание неудовлетворенность мальчиками по поводу избыточности массы тела и малы-ми размерами мышц. Обеспокоенность подростков по поводу мышечной массы также может иметь значимые, в том числе медицинские, последствия, обусловленные, в частности, дезадаптивными методами увеличения мышечной массы, такими как использование анаболических стероидов и пищевых добавок. Есть указания на то, что злоупотребление стероидами с целью увеличения мышечной массы у подростков мальчиков по своей распространенности подобно распространенности нервной анорексии у девочек подросткового возраста [L. Smolak, 2004].

Как средства массовой информации, так и родительские замечания в отношении внешности реализуют свое отчетливое влияние ко времени окончания начальной школы. В целом родители проявляют удовлетворенность тем, как выглядят их маленькие дети, но по мере их взросления уровень удовлетворенности уменьшается. По-видимому, родители не отдают предпочтений мальчикам или девочкам в отношении комментариев по поводу тела. До подросткового возраста девочки с большей вероятностью (по сравнению с мальчиками) склонны обсуждать вопросы снижения веса со своими матерями, хотя отсутствуют доказательства в отношении половых различий в отношении прямого поощрения родителями своих детей в связи с действиями по снижению веса. Для подростков младших классов материнское поведение по снижению веса является в большей мере образцом для подражания для девушек, чем для юношей. Есть основания полагать, что переживание опыта сексуальной агрессии (насилия) становится фактором, опосредующим негативный образ собственного тела с весьма раннего возраста. Такая закономерность наблюдается уже, по меньшей мере, у девочек начальной школы.

В отношении образа тела детей старших возрастных групп, подростков и взрослых показано значение моделей образа тела и вербального критицизма со стороны матерей как факторов, связанных с нарушением образа тела у подростков и молодых людей (особенно девушек). Словесные насмешки и подтрунивания со стороны сверстников также обнаружили корреляции с нарушением образа тела. Насмешки по поводу внешнего вида являются наиболее частым типом насмешек у детей, причем мальчики чаще склонны к такому поведению. Соответственно в подростковом возрасте мальчики чаще сообщали о большей частоте негативных комментариев в отношении их тела со стороны сверстников по сравнению с девочками. В свою очередь девочки чаще склонны обсуждать свой вес и методы его снижения по сравнению с мальчиками.

Такие физиологические и антропометрические характеристики, как возраст, масса тела, недостаточное питание также влияют на образ тела. Индекс массы тела ($ИМТ = \text{масса тела(кг)}/\text{рост(м)}^2$) является важным индикатором проблем питания у детей и уровня неудовлетворенности телом. У дошкольников размеры тела детей не выявили связи с их оценочными суждениями по поводу телосложения. В возрасте 5–9 лет отмечено наличие слабой, но статистически значимой корреляционной связи между ИМТ и неудовлетворенностью телом, причем величина коэффициента корреляции увеличивается с возрастом ($r = 0,13-0,27$) [К. Davison, С. Markey, L. Birch, 2003]. В старшем подростковом возрасте для подростков, склонных к восприятию «нормативов» стройности, распространенных среди сверстников, влияние ИМТ на беспокойство по поводу веса и питания опосредуется негативной самооценкой.

Индекс массы тела представляет собой интересный пример фактора риска в отношении нарушений образа собственного тела. Весомость влияния ИМТ может изменяться на протяжении периода взросления и далее на протяжении жизни. Показано, что индекс массы тела коррелирует с неудовлетворенностью ОСТ как у подростков, так и у взрослых мужчин и женщин. Неудовлетворенность собственным телом может иметь криволинейную зависимость от ИМТ для мужчин и линейную для женщин. При этом беспокойство о собственной полноте может иметь более тесный характер связи с избытком массы тела у мужчин по сравнению с женщинами. Обеспокоенность по поводу собственного веса как компонент образа собственного тела представляет собой смесь оценочных и поведенческих аспектов образа тела. В дошкольном возрасте обеспокоенность весом, по-видимому, не связана с объективными параметрами веса. Озабоченность по поводу массы тела становится предиктором развития нарушений пищевого поведения как минимум в подростковом возрасте. Лонгитудинальное исследование показало, что у подростков влияние актуального размера тела на образ тела реализуется посредством подтрунивания по поводу веса. При этом уровень избыточности веса существенно влияет на интенсивность насмешек и подтрунивания, а также уровень неудовлетворенности весом и внешним видом на протяжении последующих 3 лет [J. K. Thompson et al., 1995]. Таким образом, будучи активизированной, система социального давления в связи с избыточной массой тела имеет долгосрочный эффект.

Образ собственного тела представляет собой феномен, тесно ассоциированный с половыми различиями. Есть основания утверждать, что природа, факторы риска, последствия и, возможно, динамика развития неудовлетворенности телом различаются между полами. К 6–8 годам достаточно отчетливо проявляются половые различия, когда девочки в большей степени (по сравнению с мальчиками) неудовлетворены своим телом, больше верят в то, что стройность предпочтительна и в большей мере желают «быть стройными», даже если их вес является нормальным. Такого рода половые различия,

проявляющиеся в начальных классах школы, сопряжены с половыми различиями в развитии депрессивных расстройств в раннем подростковом возрасте и нарушениями пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия). Девочки выявляют больший уровень неудовлетворенности в связи с возможными жировыми отложениями теле и с большей вероятностью оценивают себя полными, когда реально имеют нормальный или даже недостаточный вес. В свою очередь мальчики и мужчины чаще адекватно оценивают себя полными на фоне объективного избытка веса. Большие уровни неудовлетворенности отмечены у девушек-подростков и юношей, которые или объективно имеют избыток веса, либо оценивают себя таковыми. По-видимому, социальное давление на девочек по достижению идеальной внешности начинается раньше (по сравнению с мальчиками) и может способствовать более полному инкорпорированию образа тела у них в образ «Я». Подростки обоих полов считают идеал девушки более стройным, чем идеал юноши. В то же время необходимо отметить, что идеал женского тела, описываемый девушками-подростками даже более стройный, чем предпочитаемый юношами [S. H. Thompson, S. J. Corwin, R. G. Sargent, 1997]. Это позволяет ожидать взаимо- и самоиндукцию в отношении достижения идеала стройности у девушек-подростков.

Несмотря на то, что половые различия в уровне неудовлетворенности телом уменьшаются от подросткового возраста к зрелому (приближаясь к культуральным нормам), тем не менее, за последние 30 лет в западном обществе отмечается увеличение дистанции между полами в уровне удовлетворенности/неудовлетворенности собственным телом. Содержательный анализ женских журналов за этот же временной промежуток констатирует устойчивое снижение массы идеального образа женского тела.

Образ собственного тела в зрелом и пожилом возрасте. Неудовлетворенность собственным телом не является специфичной только лишь для молодых людей. Произведенные метааналитические исследования свидетельствуют, что неудовлетворенность образом собственного тела за последние три десятилетия существенно возросла, в том числе и у людей старших возрастов.

В зрелом возрасте многие люди сохраняют свою приверженность идее о том, что форма и вес тела являются теми компонентами внешности, которые во многом могут быть контролируемы индивидом (в отличие, например, от роста, цвета глаз, размера обуви и т. д.). Есть основания ожидать, что с возрастом образ тела становится более негативным, поскольку с годами он больше отличается от стройного (мускулистого) юношеского тела. В среднем на протяжении жизни (до 50-летнего возраста) здоровая прибавка в весе человека составляет до 4,6 кг за 10-летие. Одновременно изменяется форма тела, снижается эластичность кожи, седеют или становятся более редкими волосы.

Такого рода возрастные изменения, по-видимому, становятся в большей степени проблематичными для женщин, поскольку социальный статус женщины в обществе во многом опирается на ее внешность, в то время как положение мужчин опирается на более широкий диапазон качеств, таких как интеллект, материальный достаток, власть. Большая обеспокоенность женщин (по сравнению с мужчинами) по поводу влияния старения на внешность позволяет говорить о своеобразном «двойном стандарте старения», согласно которому пожилые женщины оцениваются более категорично по сравнению с мужчинами.

За пределами подросткового периода, в зрелом возрасте, сохраняется относительно более высокий уровень неудовлетворенности образом собственного тела у женщин по сравнению с мужчинами. В то же время, по-видимому, возраст практически не влияет на уровень неудовлетворенности собственным телом у женщин. Это подтверждено исследованиями как ограниченных выборок так и популяционного масштаба: различные возрастные группы женщин не различались по желанию быть стройнее, выраженности беспокойства по поводу приема пищи и веса, самооценки собственного тела, степени удовлетворенности внешностью или удовлетворенности отдельными частями собственного тела. В поисках объяснений такого рода стабильности в степени неудовлетворенности собственным телом на протяжении жизни стоит отметить следующие. Возможно, взрослые женщины с большей вероятностью прибегают к сравнению собственного тела с таковым у сверстников соответствующего возраста, а не со стройным и молодым идеалом, преподносимым СМИ. Также вероятно, что у них есть более реалистичные ожидания в связи с тем, что для них более уместно. Эти предположения нашли свое подтверждение в исследованиях, где было показано, что с возрастом и по мере увеличения веса женщины они склонны выбирать в тесте в качестве «идеальной фигуры» фигуру большего объема [С. Stevens, M. Tiggemann, 1998].

Констатация самого факта стабильности в уровне неудовлетворенности собственным телом (оценочный компонент ОСТ) не снимает вопроса о том, какова же динамика остальных компонентов образа собственного тела на протяжении жизни. В частности, с трудом можно предположить, что субъективное переживание и значение собственного веса и внешности не изменяется с возрастом в контексте переживаний различных жизненных событий, динамики жизненных целей. В связи с этим необходимо отметить, что многие исследования констатируют, что с возрастом снижается степень относительной значимости физического облика, особенно размеров тела и веса. Указанное согласуется с рекомендациями исследователей о необходимости разделения: а) когнитивной значимости внешности и б) оценки внешности (т. е. самой по себе неудовлетворенности) [Т. F. Cash, 2002]. В частности, уменьшение интереса к собственной внешности и относительно большую степень принятия обусловленных возрастом изменений во внешности у пожилых лю-

дей Thompson et al. (1998) предложил называть «вторичным контролем». Интересно, что у женщин меньшая выраженность вторичного контроля связана с намерениями или реальными действиями по инструментальной коррекции собственной внешности, например, посредством хирургического вмешательства или при использовании покраски волос. Показано также, что пожилым женщинам в большей мере свойственен «когнитивный контроль» (способность к пересмотру и уменьшению ожиданий) в отношении собственного тела по сравнению с женщинами более молодого возраста [J. Webster, M. Tiggemann, 2003].

К возрасту «65+» отмечается увеличение уровня удовлетворенности собственным телом как у мужчин, так и у женщин. При оценке образа собственного тела у пожилых, следует учитывать как минимум два его компонента: функциональные особенности тела и внешность. При этом сдвиг в сторону функционального аспекта телесного образа может быть предпочтительным. Так, по данным L. M. Janelli (1993), пожилые женщины (средний возраст 76 лет) были наиболее неудовлетворены следующими частями тела: глаза, руки, пальцы и ноги в дополнение к собственному весу.

Несомненно, снижение функциональных возможностей и увеличение степени озабоченности собственным здоровьем с возрастом оказывают влияние на характер восприятия собственного тела. Тем временем вес тела для женщин и в преклонном возрасте остается источником неудовлетворенности, однако проявления этой неудовлетворенности в известной степени сглаживаются рационализацией того, что набор веса является закономерным следствием процесса старения, а также устойчивостью к внешнему давлению в отношении похудания и адаптивностью в отношении стандартов привлекательности благодаря сопоставлению себя со сверстниками. В этом отношении уместным будет отметить типичный комментарий по результатам сравнения собственной внешности: «Я не так плоха для своего возраста» [L. C. Hurd, 2000].

В то же время пожилой возраст оживляет еще один, на наш взгляд, интересный пласт поведения, связанный с улучшением, «прихорашиванием» собственной внешности. Исследования в этом направлении только начинаются, но можно предполагать, что значимость прически, стиля одежды, косметики и бижутерии с возрастом для женщин увеличивается [R. G. Crose, 2002] наряду с активностью по «сокрытию» недостатков, принесенных старением.

Примечательны наблюдения, касающиеся частоты диетических ограничений в популяции пожилых. В целом, частота использования диет, по данным зарубежной литературы, остается высокой и у пожилых женщин. Так, в исследовании Allaz et al. (1998) 42 % женщин в возрасте 30–74 года использовали диеты на протяжении последних 5 лет. Среди женщин старше 65 лет к диетам прибегало 31 %, хотя 62 % из последних имели нормальный вес. Интересно, что среди пожилых женщин (60–78 лет), использовавших диеты,

большинство стало их использовать в возрасте 40–50 лет и только незначительное количество женщин оставались «верными» такой практике с подросткового возраста и 2-го десятка лет жизни. По-видимому, происходит уменьшение частоты диетических ограничений, распространенности нарушенных пищевых предпочтений по мере увеличения возраста от 20 до 85 лет [D. M. Lewis, F. M. Cachelin, 2001].

Механизмы, опосредующие динамику образа собственного тела. В свете вышеизложенного субъективная оценка образа собственного тела и соответствующие эмоциональные реакции определяются (хотя бы частично) за счет различий между самооценкой и интернализированным идеалом. Так, *теория социального сравнения* предполагает, что женщины будут иметь пониженную самооценку, если сравнивают себя с образами СМИ и оценивают себя как не соответствующие им. Исследования последних лет подтвердили эту гипотезу, обнаружив, что женщины чувствуют себя более тревожными, склонны испытывать большее чувство вины и депрессии после наблюдения за стройными моделями.

Связанные с полом личностные черты показали свою заинтересованность в отношении обеспокоенности образом собственного тела и проблемами питания у подростков и взрослых. Еще в 70-х годах XX века было отмечено, что у женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, имеют место отчетливо выраженные стереотипы фемининных черт и установок по сравнению с женщинами, страдающими другими психическими расстройствами. Это послужило основанием для предположения о том, что фемининность может способствовать тому, чтобы у некоторых женщин отмечалась выраженная неудовлетворенность собственным телом и наблюдались проблемы питания. При этом они становятся особенно чувствительными к культуральному давлению в отношении стройности и, как следствие, к более высокому риску развития нарушений пищевого поведения. Проводимые впоследствии исследования позволили констатировать наличие связи между личностными чертами, определяющими стереотипы полоролевого поведения и неудовлетворенностью собственным телом. В то же время механизмы этой связи могут быть различными.

В целом, женщины, независимо от половой роли, предпочитают идеал стройности и существенно переоценивают предпочтение мужчинами стройного женского тела. Согласно *теории гендерной схемы* [S. L. Bem, 1981], типизированные в половом отношении индивиды (люди, имеющие отчетливые фемининные/маскулинные черты), вероятно, используют пол как систему кодирования и организации информации (по сравнению с нетипизированными в половом отношении индивидами (андрогинный и недифференцированный типы). Это позволяет предполагать, что культуральные идеалы в отношении внешнего вида тела имеют в большей степени влияние на индивидов

фемининного типа. С учетом этого и согласно теории гендерной схемы женщины фемининного типа (в сравнении с женщинами, имеющими более выраженные андрогинные характеристики, т. е. относительно высокий уровень маскулинности, маскулинными женщинами и женщинами, имеющими относительно низкий уровень маскулинности — недифференцированный тип):

- более чувствительны к культуральным идеалам стройности;
- менее удовлетворены своим телом;
- с большей вероятностью оценивают свое тело как слишком большое.

В свою очередь маскулинность может влиять на уровень удовлетворенности телом как минимум двумя путями. Теория *прямого влияния* маскулинности исходит из того, что неудовлетворенность телом — следствие выраженности маскулинности, а фемининность не играет в этом никакой роли. Согласно этой гипотезе, люди с относительно низким уровнем маскулинности (независимо от выраженности фемининных черт) имеют высокий уровень неудовлетворенности телом. Альтернативная гипотеза предполагает, что уровень неудовлетворенности телом определяется выраженностью отклонений к фемининной половой роли, а маскулинность лишь модулирует эти отношения. При этом недостаточный уровень маскулинности (при выраженных фемининных чертах или у индивидов с недифференцированным вариантом половых ролей) определяет доминирующее влияние культурального давления по достижению нереалистичной стройности женского тела. При этом у женщин недифференцированного и фемининного типа половой роли, по-видимому, имеет место высокий уровень неудовлетворенности собственным телом. Возможно, выраженная маскулинность является «защитной» характеристикой в отношении неудовлетворенности телом. В то же время может быть и иная интерпретация последней гипотезы: для лиц с недифференцированным и фемининным типом половой роли характерен меньший уровень самооценки, чем у маскулинных и андрогинных. При этом показано, что маскулинность тесно связана с самооценкой индивидуума в социуме. Показано, что малая выраженность фемининности у девочек-подростков в предменструальном периоде их развития связана с неудовлетворенностью телом. После становления менструальной функции, высокий уровень маскулинности связан с удовлетворенностью образом собственного тела.

Модулирующее влияние маскулинности на уровень неудовлетворенности образом тела может быть опосредовано самооценкой. Существует значительный объем исследований, посвященных изучению связи между половыми ролями и самооценкой. Хотя эта связь системна, исследования в целом свидетельствуют, что фемининность зачастую связана с пониженной самооценкой и необходимостью поиска одобрения со стороны окружающих. Поскольку пониженная самооценка сопряжена с неудовлетворенностью собственным телом, то связь между половыми ролями и неудовлетворенностью образом собственного тела может быть опосредована различиями в само-

оценке. Поэтому целесообразно оценить уровень самооценки перед тем, как интерпретировать различия в неудовлетворенности образом тела. Более того, по мнению ряда исследователей, различия в уровне удовлетворенности телом определяются исключительно не стереотипами половых ролей, а личностными характеристиками, в частности, глобальной самооценкой. В подростковом возрасте у девушек существенное снижение самооценки, сочетаясь с повышением уровня неудовлетворенности образом тела и нарушениями паттерна питания, отражает поворотный пункт развития процесса идентификации с половой ролью. В подростковом возрасте девушки движутся от андрогинной идентификации по направлению к более ригидным половым типам [Т. Alfieri, D. N. Ruble, E. T. Higgins, 1996].

Ранний подростковый возраст, совпадая с началом пубертата, представляет собой время интенсификации половой роли с акцентом на поляризации «маскулинность–фемининность». Половые роли наиболее типизированы в раннем пубертате. Этому времени соответствует максимальная неудовлетворенность образом тела. В то же время в позднем детстве, а затем и в позднем пубертате мальчики и девочки в большей мере подобны (в отношении меньшего негативного влияния образа тела).

Согласно *концепции социокультуральных влияний*, в генезе нарушений пищевого поведения культуральные санкции в погоне за идеалом стройности в своем крайнем выражении могут самостоятельно проявляться в неадекватном питании (disordered eating). Есть основания констатировать своеобразный парадокс: в то время как социальные изменения существенно расширяют возможности самореализации для женщин (их социальные роли и возможности), социальные ожидания в отношении типа женского тела становятся более ригидными и нереалистичными. Отклонениям от этого ожидания сопутствует рост негативных социальных реакций и самооценок, большое число молодых женщин продолжает «исправлять» свое тело по направлению к нездоровому, нереалистичному и зачастую недостижимому стандарту.

Последователи феминистского подхода предложили интегрировать процессы, вовлеченные в эмоциональное и поведенческое реагирование женщин в соответствии с желанием соответствия культурально опосредованному стандарту красоты, в *теорию самовоплощения* (self-objectification) [N. M. McKinley, 2002]. Согласно этому подходу, система социальных представлений о женском теле в современном западном обществе основывается на послыле, что женское тело представляет собой объект для наблюдения и оценки. Одним из следствий такого рода сексуального контекста оценок (например, за счет оценок мужчинами и давления СМИ) является то, что девочки и женщины по мере своей социализации склонны поглощать (интернализировать) оценочные характеристики их собственной телесности. Они начинают вести себя как объект, на который обращено внимание окружающих и в соответствии с внешностью. Такого рода самовоплощение при этом характе-

ризуется привычным и постоянным наблюдением за собственной внешностью, что, в свою очередь, приводит к эмоциональным и поведенческим последствиям, включающим стыд и тревогу по поводу внешнего вида, нарушениям пищевого поведения. Женщины в наибольшей степени становятся «объектом» такого рода оценок на протяжении репродуктивного периода жизни. По мере того, как степень сексуальной притягательности женщины ослабевает, становится возможным ослабление интернализированного давления и сопутствующих привычных самооценок тела.

Таким образом, в зрелом возрасте можно свидетельствовать о трех концептуальных особенностях образа собственного тела:

- 1) возрастные изменения в теле неизбежно удаляют женщину и мужчину от молодого и стройного идеала телесного образа;
- 2) неудовлетворенность собственным телом относительно стабильна на протяжении жизни;
- 3) субъективная значимость внешности, по-видимому, уменьшается с возрастом.

Основываясь на теории самовоплощения, Tiggemann and Lynch (2001), интегрировали эти три компонента образа тела пожилых. Таким образом, есть основания говорить о двух противоположных процессах, объясняющих стабильный уровень неудовлетворенности телом на протяжении жизни. С одной стороны, происходит удаление образа тела от идеала, с другой, снижается его значимость. Следовательно, стабильный уровень неудовлетворенности собственным телом не может быть принят в качестве индикатора стабильности всей многокомпонентной структуры образа тела на протяжении жизни.

Прикладные аспекты изучения образа собственного тела при нарушениях пищевого поведения.

ОСТ и нервная анорексия (НА). Нарушения ОСТ являются наиболее общими клиническими характеристиками, свойственными нервной анорексии. Теоретические изыскания, подтвержденные эмпирическими данными, свидетельствуют, что выраженная озабоченность собственной внешностью предшествует началу расстройства. Делались попытки рассматривать НА с позиции нарушений базовых сенсорных функций, приводящих к нарушениям оценки размеров тела. Последнее положение исходило из интуитивных попыток объяснения наблюдаемого у истощенных пациентов НА болезненного страха набора веса, т. к. они «чувствовали себя избыточно жирными». Значимость ОСТ как конструкта для адекватной диагностики НА привело к включению его в современные критерии диагностики.

Нарушения ОСТ считаются на сегодняшний день важнейшим фактором риска в развитии НА. Даже после восстановления массы тела большинство пациентов продолжают высказывать выраженную обеспокоенность в отношении веса и/или формы тела. ОСТ является важным предиктором обострения симптоматики. Выздоровевшие пациенты сообщали, что именно ОСТ

являлся «камнем преткновения» в отношении сохранения своего состояния стабильным в процессе выздоровления.

При нервной анорексии изучению подвергались принципиально две гипотезы в отношении ОСТ:

- искажение восприятия размеров тела, при котором пациенты неадекватно оценивают реальный размер собственного тела в целом или его частей;
- нарушения со стороны когнитивно-оценочных компонентов ОСТ, определяющих неудовлетворенность или пренебрежение им.

При изучении *искаженного характера восприятия размеров тела* при НА было показано, что большую клиническую значимость может иметь искаженный характер оценок тела в целом, чем искаженный характер восприятия отдельных его частей (лицо, грудь бедра и т. п.). В то же время отсутствует единообразие взглядов в отношении патогномичности искаженного характера восприятия ОСТ для НА. По-видимому, следует оценивать этот феномен как часто встречающийся, но не универсальный для расстройства. Показано, в частности, что при НА искаженное восприятие размеров тела может быть предиктором выраженности психопатологической симптоматики, в том числе утраты экстернального контроля, снижения силы эго, высокого уровня депрессии, интроверсии, тревожности, ангедонии, своеобразия мышления, расстройства питания, преждевременного прекращения лечения, медленной его динамики, плохого клинического прогноза. При НА искажение восприятия размеров собственного тела является нестабильным и может быть опосредовано плохим настроением, просмотром стройных изображений женского тела в прессе, ощущением переедания. Объектом будущих исследований может быть попытка изучения психологических и нейробиологических механизмов искаженного восприятия тела.

На сегодняшний день среди возможных механизмов этого явления могут быть предложенные М. А. М. Sweets et al. (1999) следующие:

- переоценка размеров тела — исключительно зрительное искажение; при этом оценки пациента опираются на извлекаемый из зрительной памяти образ тела с большей полнотой;
- реконструкция зрительного представления с опорой на своеобразные мысли и ощущения. Неспособность пациента с НА к точной оценке собственного тела может быть связана с нарушением функциональной организации работы мозга по сохранению зрительных представлений в отношении тела или нарушением межполушарных взаимоотношений со снижением способности правого полушария корректировать образ тела, хранящийся в левом полушарии;
- переоценка размеров тела может быть простым артефактом в отношении объективно малого размера тела; в соответствии с этим положением, женщины с миниатюрным телом более склонны к переоценке независимо от выраженности нарушений пищевого поведения. Возможно, это связано с тем,

что объект меньшего размера может с большим трудом быть оценен корректно из-за ограниченного размера распределения ошибок оценки.

Указанные подходы определяют понимание искаженного восприятия размеров тела через процессы обработки информации, отражающие в большей мере когнитивные суждения, чем расстройства восприятия. В этом отношении пациенты с НА имеют нестабильное представление о собственном теле, модифицируемое культуральными идеалами красоты, когнитивными и аффективными воздействиями.

Неудовлетворенность ОСТ: когнитивно-оценочные характеристики. Культуральное давление и неудовлетворенность ОСТ приводит к развитию НПП в относительно небольшой доле случаев. Это заставляет обсуждать вопрос о том, что когнитивная подверженность НА реализуется посредством определенных личностных черт и характеристик темперамента, таких как склонность к обсессивности, перфекционизм, ригидность, избегание повреждений (опасливость), а также через своеобразие нервных процессов, влияющих на когнитивный стиль и обработку информации.

Перспективные исследования показали, что неудовлетворенность телом и диетические практики тесно связаны с проявлением как отдельных симптомов так и с развитием клинически развернутых нарушений пищевого поведения. Неудовлетворенность ОСТ трансформируется в дисфункциональные убеждения в отношении веса и формы тела, например, «Стройность — проявление самоконтроля и самодисциплины», «Моя ценность определяется тем, насколько я стройна». Как только такое убеждение зарождается, процессы базовой рационализации и ошибки суждений в обработке информации, такие как избирательность внимания, когнитивная ригидность поддерживают их. В результате этого совершенно определенные идиосинкратические убеждения оказываются прочно связанными с позитивными и негативными подкреплениями успехов и неудач в отношении поведения по контролю веса. По мере снижения веса указанные процессы в дальнейшем подкрепляются предпочтениями, эмоциональными и психологическими «симптомами истощения», что укрепляет идиосинкратические убеждения и поведение по контролю массы тела.

В соответствии с исследованиями молодых женщин с или без актуальных нарушений пищевого поведения реальная масса тела является мощнейшим предиктором неудовлетворенности ОСТ. Смысл неудовлетворенности ОСТ при НА является сложным, поскольку в случае «успеха» по достижению кахексии при НА пациенты зачастую удовлетворены ОСТ, либо даже испытывают гордость в связи с истощением. Неудовлетворенность ОСТ может быть движущей силой снижения веса, но как только диагностические критерии НА оказываются достигнутыми, в среднем у пациентов уровень неудовлетворенности ОСТ становится подобным на таковой, который наблюдается в среднем у девушек-учащихся колледжей. Таким образом, неудовлетворен-

ность ОСТ должна интерпретироваться с учетом реальной массы тела, поскольку один и тот же уровень неудовлетворенности может иметь разный смысл у пациентов с разной массой тела. Неудовлетворенность ОСТ может иметь позитивный смысл, если она отражает желание пациента набрать вес, но если она связана с желанием еще больше уменьшить вес, то это может привести к усугублению эмоциональных нарушений.

В клинических исследованиях нарушений пищевого поведения измерения оценочного компонента неудовлетворенности ОСТ имеет существенно большее влияние (практически вдвое более значимо), чем перцептивный компонент, связанный с искаженным восприятием размеров тела. Эта особенность может быть отнесена и к НБ.

ОСТ и нервная булимия (НБ). Нарушения ОСТ при НБ является чрезвычайно важным фактором риска в развитии и поддержании НБ. При НБ следует разграничивать нарушения ОСТ и чрезмерный акцент на весе и форме тела в определении самооценки индивида, что является симптомом НБ.

Нарушение ОСТ возникает, как и при НА, прежде всего под воздействием социального давления в отношении похудения и отклонений физических параметров тела от культурального идеала стройности. Давление в отношении стройности и его интернализация способны приводить к неудовлетворенности ОСТ поскольку этот идеал является практически недостижимым для большинства людей. В качестве доказательств этих взаимоотношений могут быть предложены следующие эмпирические находки:

- воспринятое давление в отношении похудения позитивно коррелирует с интернализацией идеала стройности, неудовлетворенностью телом, искажением ОСТ;
- ряд проспективных исследований подтвердили, что восприятие давления в отношении похудения предвосхищает повышение неудовлетворенности телом;
- рандомизированные экспериментальные исследования свидетельствуют, что воздействие предоставляемых СМИ идеалов стройности приводит к повышению уровня неудовлетворенности;
- экспериментальные данные подтверждают, что вмешательства, уменьшающие интернализацию и поддержку идеала стройности, значимо уменьшают неудовлетворенность ОСТ.

Наличие жировых отложений сопутствует неудовлетворенности ОСТ, т. к. увеличивает разрыв с ультрастройным идеалом. Доказательство этого было получено в результате следующих находок:

- масса тела позитивно коррелирует с неудовлетворенностью телом;
- повышение массы тела проспективно предопределяет повышение неудовлетворенности телом;

– контролируемые рандомизированные исследования показали, что успешное снижение веса приводит к повышению уровня удовлетворенности телом.

Нарушение ОСТ, в свою очередь, повышает риск булимической патологии посредством нескольких механизмов (опосредованных *диетическими ограничениями*, либо *регуляцией аффекта*). Так, неудовлетворенность ОСТ и искажение восприятия тела приводят к прогрессированию диетического поведения, т. к. исходит из убеждений, что это является эффективным способом контроля веса. Диеты, в свою очередь, увеличивают риск начала и поддержания булимической патологии, т. к. индивиды могут переждать в связи с прямым противодействием энергетической депривации. Диеты также могут провоцировать кутежи, т. к. нарушение жестких диетических правил может приводить к переяданию (так называемый эффект воздержания-срыва). Более того, диеты способствуют смещению контроля пищевого поведения с физиологических механизмов на когнитивно-зависимые. Это смещение делает индивидов подверженными переяданию в случае, когда эти когнитивные процессы нарушаются, например, интенсивными эмоциями.

С другой стороны, механизмы могут быть опосредованы негативным аффектом. Так, искажения, связанные с неудовлетворенностью ОСТ сопровождаются негативным аффектом, т. к. в западной культуре внешность является важнейшим оценочным параметром в отношении женщин. Выраженный негативный аффект, в свою очередь, повышает риск переядания у тех индивидов, кто переедает с целью обеспечения комфорта и отстраненности от негативных переживаний. Индивиды могут прибегать также к компенсаторному поведению (например, рвот) с целью уменьшения тревоги в отношении набора веса, связанного с переяданием, либо из-за их представлений, что очистка обеспечивает эмоциональный катарсис.

Таким образом, адекватная оценка компонентов образа собственного тела является критическим моментом в отношении организации системы оценки психопатологии (в том числе при нарушениях пищевого поведения), разработке и оценке эффективности процедур по их коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фролова, Ю. Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю. Г. Фролова, О. А. Скугаревский // Социология. 2004. № 2. С. 61–68.
2. Alfieri, T. Gender stereotypes during adolescence : Developmental changes and the transition to junior high school / T. Alfieri, D. N. Ruble, E. T. Higgins // Developmental Psychology. 1996. Vol. 32. P. 1129–1137.
3. Bem, S. L. Gender schema theory : a cognitive account of sex typing / S. L. Bem // Psychological Review. 1981. Vol. 88. P. 354–364.
4. Body size perception in anorexia nervosa : a signal detection approach / M. A. M. Sweets [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. 1999. Vol. 46. P. 465–477.

5. *Body weight preoccupation in middle-age and ageing women : a general population survey* / A.-F. Allaz [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1998. Vol. 23. P. 287–294.
6. *Cash, T. F. Body image : a handbook of theory, research, and clinical practice* / T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.). New York, London : The Guilford Press, 2002. 530 p.
7. *Cash, T. F. Cognitive-behavioral perspectives on body image* / T. F. Cash // *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* / T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.). New York : The Guilford Press, 2002. P. 38–46.
8. *Cröse, R. G. A women's aging body: Friend or foe?* / R. G. Cröse // *Psychotherapy and counseling with older women : cross-cultural family and end-of-life issues* / F. K. Trotman, C. M. Brody (Eds.). New York: Springer, 2002. P. 17–40.
9. *Davison, K. A longitudinal examination of pattern in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years* / K. Davison, C. Markey, L. Birch // *International Journal of Eating Disorders*. 2003. Vol. 33. P. 320–332.
10. *Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents : Covariance structure modeling and longitudinal investigations* / J. K. Thompson [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1995. Vol. 18, № 3. P. 221–236.
11. *Hurd, L. C. Older women's body image and embodied experience : an exploration* / L. C. Hurd // *Journal of Women & Aging*. 2000. Vol. 12. P. 77–97.
12. *Janelli, L. M. Are there body image differences between older men and women?* / L. M. Janelli // *Western Journal of Nursing Research*. 1993. Vol. 15. P. 327–339.
13. *Lewis, D. M. Body image, body dissatisfaction and eating attitudes in midlife and elderly women* / D. M. Lewis, F. M. Cachelin // *Eating Disorders*. 2001. Vol. 9. P. 29–39.
14. *McKinley, N. M. Feminist perspectives and objectified body consciousness* / N. M. McKinley // *Body image : a handbook of theory, research, and clinical practice* / T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.). New York : The Guilford Press, 2002. P. 55–62.
15. *Primary and secondary control over age-related changes in physical appearance* / S. C. Thompson [et al.] // *Journal of Personality*. 1998. Vol. 66. P. 583–605.
16. *Rosenblum, G. D. The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence* / G. D. Rosenblum, M. Lewis // *Child Development*. 1999. Vol. 70. P. 50–64.
17. *Saliency of weight-related worries in adolescent males and females* / T. A. Wadden [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1991. Vol. 10. P. 407–414.
18. *Smolak, L. Body image in children and adolescents : where do we go from here?* / L. Smolak // *Body Image*. 2004. Vol. 1. P. 15–28.
19. *Smolak, L. Body image in children* / L. Smolak, M. Levine // *Body image, eating disorders, and obesity in youth : Assessment, prevention, and treatment* / J. K. Thompson, L. Smolak (Eds.). Washington, DC : American Psychological Association, 2001. P. 41–66.
20. *Smolak, L. Lessons from lessons : An evaluation of an elementary school prevention program* / L. Smolak, M. P. Levine, F. Schermer // *The prevention of eating disorders* / W. Vandereycken, G. Noordenbos (Eds.). London : Athlone Press, 1998. P. 137–172.
21. *Stevens, C. Women's body figure preferences across the life span* / C. Stevens, M. Tiggemann // *Journal of Genetic Psychology*. 1998. Vol. 159. P. 94–102.
22. *Thompson, S. H. Body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children* / S. H. Thompson, S. J. Corwin, R. G. Sargent // *International Journal of Eating Disorders*. 1997. Vol. 21. P. 279–284.
23. *Tiggemann, M. Body image across the life span in adult women : The role of self-objectification* / M. Tiggemann, J. E. Lynch // *Developmental Psychology*. 2001. Vol. 37. P. 243–253.

24. *Webster, J.* The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span : the role of cognitive control / J. Webster, M. Tiggemann // *Journal of Genetic Psychology*. 2003. Vol. 164. P. 241–251.

Репозиторий БГМУ

ГЛАВА 3

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОТ ИСТОРИИ ПРОБЛЕМЫ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ РУБРИКАМ

3.1. Исторический аспект: нервная анорексия и нервная булимия

Нервная анорексия: история взглядов на расстройство и его лечение. Первые описания НА, несомненно, были далеки от ее настоящего понимания. Еще в трудах Авиценны (1155 г.) встречаются указания на отказ от еды у лиц юношеского возраста. Ранняя религиозная литература также содержит описания наблюдений, которые, вероятно, можно отнести к нервной анорексии. В них изложены переживания верующих людей, отказывающих себе в удовлетворении базовых потребностей. В то же время эти материалы не содержали никаких указаний на лечение расстройства.

В 1689 году английский фтизиатр Ричард Мортон опубликовал выдающийся труд под названием «Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi», который расценивается как первое медицинское описание нервной анорексии — состояния, которое он называл «нервным истощением организма» вызываемым «грустью, тревожной щепетильностью». В этой книге, которая была переведена на английский в 1694 году как «Фтизиология или трактат об истощении организма», Р. Мортон подробно описал множество болезненных процессов, вызывающих истощение тканей организма. Им была описана нервная анорексия у двух пациентов: молодой женщины («дочь мистера Дьюка»), которая заболела в 18 лет и юноши («сына многоуважаемого мистера Стила, моего очень хорошего друга»), заболевшего в 16 летнем возрасте. Оба пациента продолжали болеть уже два года до момента обращения за помощью к Р. Мортону. В обоих клинических случаях Р. Мортон использовал то, что сейчас назвали бы «фармакотерапией». Чтобы помочь девушке, он использовал «ароматические мешочки» и «желудочные пластыри» наружно, а для внутреннего применения рекомендовал «горечи, железистые и сиропы, сделанные из цефалической и антиистерической воды, достаточно пропитанные духом соли Armoniack, настойкой касторки и другими веществами подобного свойства». К сожалению, вскоре после начала лечения пациентка умерла. Сын мистера Стила лечился с использованием «противоцинготных, горечей, и железистых лекарств», однако лечение также было «без какого-либо успеха». Р. Мортон затем посоветовал сменить обстановку, возможно, даже увезти юношу из дома, в котором была постоянная суматоха из-за повторяющихся арестов и преследований отца пациента (за его нонконформистские религиозные убеждения). Юноше советовалось «оставить учебу, переехать в сельскую местность, заниматься верховой ездой и использовать молочную диету на протяжении длительного времени». К сожалению, неизвестно было ли это лечение эффективным [Morton, 1694].

Похожие случаи были описаны в 1767 году Робертом Вутом, профессором теории медицины Эдинбургского университета и в 1768 г. Де Валангином из королевского врачебного колледжа Лондона. Де Валангин описывает опыт успешного лечения при помощи советов врачей: *«...юная леди, которой советовали похудеть... жила только на чае с небольшим количеством хлеба и масла, пока, наконец, не была убеждена своим врачом есть более питательную пищу, ежедневно повышая ее количество, первоначально без чрезмерного расширения ее сжатого желудка, а также пить немного благородного вина, и в результате она поправилась и пребывала в отличном здравии»* (цит. по Veumont et al., 1987, с. 107).

Прошло почти сто лет до появления следующего значимого труда по описанию клиники и лечения нервной анорексии. Он принадлежал перу доктора Луиса-Виктора Марсе из парижского госпиталя Бисетр. Л.-В. Марсе был выдающимся психиатром, учителем Шарко. На протяжении 8 лет, до своей преждевременной смерти в 36 летнем возрасте, он опубликовал 8 книг и 17 манускриптов по различным вопросам психиатрии. Один из его трудов, который он представил на заседании Медико-психологического общества в Париже, назывался *«Note sur une Forme de Delire Hypochondriaque Consecutive aux Dyspepsies et Caracterisee principalement par le Refus d'Aliments»*. Два месяца спустя статья была опубликована во Франции, а вскоре в английском переводе в Лондоне (1860 г). В этой статье Л.-В. Марсе четко описал синдром, который менее чем через 15 лет был назван «нервной анорексией». Он прояснил, что данное заболевание является психическим, а не соматическим по своей сущности, а его психопатология является весьма тяжелой. Рекомендованный автором лечебный режим, включал следующие моменты: *«...Этот ипохондрический делирий не может быть успешно прерван, пока субъект остается в центре своей семьи в привычном жизненном укладе: упорное сопротивление, оказываемое ими (членами семьи), желудочное страдание (пациента), которое они сопровождают нескончаемыми стенаниями, продуцируют весьма яркие эмоции, допуская возможность свободных врачебных манипуляций, и получают требуемое ими моральное преимущество. Поэтому обязательно необходимо изменить образ жизни и окружение, доверить пациента заботе чужих людей. Если продолжается отказ от приема пищи, несмотря на эти усилия, становится необходимым применять запугивание и даже силу. Если с помощью последнего метода не удастся добиться успешного результата, я без колебаний предложил бы использовать эзофагальный зонд. Однако необходимо продвигаться постепенно и умеренно. Каждый день и в каждый прием пищи, будь она жидкая или твердая, количество ее должно повышаться постепенно, желательны даже взвешивать пищу, чтобы продвигаться с большей уверенностью.*

Дополнительные способы лечения не должны исключаться, и горечи и другие лекарства в комбинации с достаточным питанием могут способст-

вовать успеху. Что касается широко рекомендуемых упражнений и гимнастики, они имеют недостаток в связи с большой потерей силы, чему неспособно противостоять ежедневно потребляемое питание; поэтому эти занятия лучше оставить до момента, когда выздоровление будет стойким, и использовать их следует с большой осторожностью.

Когда, с учетом указанных предосторожностей, количество пищи будет расти в соответствующей пропорции, станут заметны значительные изменения, происходящие с пациентами, вернется сила и социальное положение, поразительным образом изменится их интеллектуальное состояние. Благоразумным, однако, будет длительное время соблюдать строгую бдительность и энергично бороться с ретроградными тенденциями, если такие появятся. При этих состояниях легко возникают обострения; и поэтому эта форма ипохондрии является показателем нервной predisпозиции, которая не может быть описана без чувства беспокойства в отношении интеллектуальной будущности субъекта [Marce, 1860].

Два выдающихся психиатра независимо друг от друга и практически одновременно описали нервную анорексию в 1873 году. Именно с этого момента данное заболевание получило современное название. Одним из них был Чарльз Ласег, профессор клинической медицины медицинского факультета в Париже и врач больницы Ла Пети. Другим был сэр Вильям Галл, врач лондонской больницы, один из лучших клиницистов Британии того времени. Труд Ч. Ласега «De l'Anorexie Hysterique's» («Истерическая анорексия») был опубликован в Париже и в Лондоне в 1873. Вскоре В. Галл представил свое описание случая под названием «Нервная анорексия (истерическая апепсия, истерическая анорексия)» клиническому сообществу Лондона, которое опубликовало его в 1874 году.

Историческая значимость вклада Ч. Ласега в изучение нервной анорексии связана с его попытками глубокого анализа психопатологии заболевания. На этом историческом этапе нервную анорексию склонны были рассматривать как «форму истерии в области желудка». Ч. Ласег предпринял усилие систематизировать динамику течения болезни, описав три ее этапа. Первый этап («гастритический») характеризовался, по его мнению, попытками пациентов избежать приема пищи, ссылаясь на болевые ощущения во время еды в отсутствие диспептических расстройств. На втором этапе («борьбы») исчезновение желудочно-кишечных дискомфорта придает пациентам убежденность в их правоте в отношении целенаправленного искажения стереотипа питания. При этом расстройство уже становится объектом внимания окружения больного, «обрастает» вторичной выгодой. Третий этап («кахексия») характеризуется соматическими симптомами (слабость, предельное истощение, потеря эластичности кожи, втянутый живот, запоры, аменорея) и определяет физическую немощность больного.

Ч. Ласег не рекомендовал каких-либо терапевтических мероприятий и лекарств. Фактически, он не обсуждал терапию как таковую. Единственное что он сделал в этом направлении, был ряд предостережений. Он писал: *«...Горе тому врачу, который, недооценивая опасности, лечит иллюзию без объекта или который надеется, что продолжительное упорство можно победить с помощью лекарств, дружеским советом или еще более проблемными методами, запугиванием. У истероидных субъектов первый медицинский провал в последствии непоправим. Постоянно наблюдая за суждениями окружающих, которые их касаются, особенно теми, которые одобрены членами семьи, они никогда не прощают... В этот начальный период единственно благоразумным будет наблюдение, сохранение молчания и понимание того, что когда целенаправленное изнурение себя голодом длится на протяжении нескольких недель, это становится болезненным состоянием и имеет предпосылки для долгосрочного развития.... Наиболее активные желудочные средства, слабительные, мягкие или сильнодействующие, не приводят ни к положительному, ни к отрицательному эффекту; то же относится к зловонным камедям, валериане, гидротерапии, контрастным душам, а также тонизирующим, препаратам железа, производным кожи и др. Отдельно слабительные можно использовать для контроля над запорами, ни одно из остальных средств не способно облегчить анорексию».*

Ч. Ласег рекомендовал врачу занимать позицию спокойного, настороженного ожидания вплоть до того момента, когда в состоянии пациентки появятся признаки ухудшения (аменорея, истощение, сухость кожных покровов, сердечные шумы, слабость и анемия). Все эти признаки, как это следует из описания Ч. Ласега, вызывают серьезную тревогу у родственников и друзей таких пациенток, заставляя их понять отчаянность ситуации. Когда же пациентка сама начинает тревожиться из-за *«грустного внешнего вида тех, кто возле нее... ее самоудовлетворенное безразличие получает удар. И тогда наступает момент, когда врач, если будет внимателен в лечении с предвидением будущего, возобновит свой авторитет».*

В свою очередь, статья В. Галла 1874 года была достаточно краткой и включала описание трех голодающих девушек-подростков. Он рекомендовал, чтобы *«...пища давалась через различные интервалы, обратные степени истощения. Предпочтения пациентки не должны приниматься во внимание... Опыт показывает существенную опасность попустительству голодания... Через теплые отношения, настойчивое снабжение пищей и стимуляторами, силы могут постепенно восстанавливаться и выздоровление завершаться...»* Он отмечал, что «недостаток аппетита» при нервной анорексии является следствием «болезненного психического состояния». *«Это лечение рассчитано на лиц с поврежденной психикой. Пациенты должны питаться через регулярные интервалы и находится в окружении тех, кто обладает психологическим влиянием на пациента; друзья и родственники являют-*

ся *наихудшими спутниками*». Диета, рекомендованная В.Галлом, состояла в употреблении молока, сливок, супа, яиц, рыбы и цыплят каждые два часа.

В 1888 году на протяжении 63 дней в журнале «Ланцет» появилось 11 статей, посвященных нервной анорексии. Первое сообщение принадлежало Вильяму Галлу и было его последней публикацией в жизни. Оно описывало болезнь и выздоровление 14-летней девочки. В.Галл утверждал, что причиной большинства случаев нервной анорексии является «извращение эго». Его пациентка получала лечение в виде «небольшого количества пищи каждые несколько часов», которую давала медицинская сестра больницы.

Вскоре после этого «Ланцет» опубликовал еще ряд статей, в которых указывалось, что пациенты *«должны быть полностью изъяты из обычного домашнего окружения, от обычных дел, т. к. это вредно для пациентов и поддерживает нарушение эго»*. В качестве лечебных мероприятий рекомендовался отдых, массаж и обильное питание, при этом категорически утверждалось, что без изоляции пациента лечение склонно потерпеть неудачу. Несмотря на различия в клинической трактовке психопатологии нервной анорексии, насильственное кормление, состоящее из молока, говяжьих бульонов, пудингов и брэнди, рекомендовалось рядом врачей того времени. Допускалось введение питательных веществ *per rectum*. Никто не рекомендовал длительного использования медикаментов, а психотерапия как способ лечения вообще не рассматривалась.

Описаний нервной анорексии становилось все большее в последние годы XIX столетия, особенно в немецкой и французской литературе. Ж.-М. Шарко (1889) следовал совету Ч. Ласега о необходимости изоляции пациентов от семьи, а также рекомендовал организовывать визиты к ним лишь в том случае, если отмечался прогресс в состоянии. Жиль де ля Туретт (1895) подчеркивал психологическую сущность нервной анорексии и выделял ее подтипы в зависимости от того было ли принятие пищи добровольным или вследствие гастритических спазмов. К сожалению, история описания нервной анорексии русскоязычными клиницистами не представлена так широко. Имеются указания на работы А. А. Киселя (1894), Ю. Н. Белицкого (1906), рассматривавших заболевание в структуре невротических (в т. ч. истерических) расстройств.

В первой половине XX века Пьер Жане (1903) относил нервную анорексию к сугубо психологическим расстройствам и выделял два ее типа: *обсессивный* и *истерический*. Пациенты с *обсессивным* типом, в частности, отказывались от еды из-за страха полноты и опасения достижения психосексуальной зрелости. П. Жане описывал отвращение, которое такие пациенты испытывали к своему телу и при этом отказывались от еды вопреки интенсивному голоду. Истерическая форма нервной анорексии считалась результатом полного отсутствия аппетита и встречалась реже. В обоих случаях П. Жане

обращал внимание на снижение критической способности пациенток к своему поведению, усугубляющееся с нарастанием истощения.

В 1913 году Д. Дежерин и Е. Гаклер разделили нервную анорексию и нарушения пищевого поведения при депрессии и психотических расстройствах. С 1914 году в истории изучения нервной анорексии произошел незапланированный отход от психогенной интерпретации: в своей статье Морис Симондс описал гипофизарную недостаточность как причину серьезной потери веса у некоторых пациентов. Эта идея получила широкое распространение и вплоть до 1930 года нервную анорексию относили к гипофизарной патологии. Работа Симондса оказала существенное воздействие и послужила толчком к развитию эндокринологических подходов к пониманию и лечению нервной анорексии. В последующие годы пациентам пытались назначать гипофизарный экстракт или имплантат, с недостаточным вниманием к психологическим причинам истощения. Так продолжалось до момента опубликования результатов наблюдений за 117 пациентами, в отношении которых вновь была проведена психологическая интерпретация нервной анорексии (Беркман, 1930). Беркман четко указал на то, что физиологические нарушения при этом расстройстве являются вторичными к психологическим и обратимы благодаря психотерапии.

В 1936 года Джон Райл, профессор медицины в Кэмбридже и врач-консультант больницы Гай опубликовал в журнале «Ланцет» прекрасное детальное описание клинической картины нервной анорексии. Приведенный ниже фрагмент из его статьи свидетельствует о его высокой клинической проницательности, с которой он понял расстройство. *«...В первую очередь, после установления диагноза, необходимо объяснить пациенту и родителям по отдельности сущность заболевания в наиболее простых и прямых высказываниях. Нужно дать четкие заверения, что выздоровление наступит тогда, когда будет изменена пагубная привычка голодания и вернется аппетит, давая желудку достаточное количество пищи не только для поддержания основных телесных нужд, но и для эффективного функционирования организма, проявлением чего является аппетит. Должен быть сделан четкий акцент на отсутствии «органического заболевания». Как родителям, так и дочери надо позволить увидеть, что врач полностью владеет ситуацией. В некоторых случаях я говорю, что пациентке будет становиться лучше с момента консультации. Если домашнее окружение или психологическая реакция матери неудовлетворительны, или начатая дома программа лечения не проходит успешно, лечение лучше проводить в доме сестринского ухода. Доктор и медицинская сестра должны получить ранний и полный контроль над пациентом и с начала лечения обеспечить гарантии того, что приготовленная пища съедается. В некоторых случаях необходимо находиться рядом с пациентом до окончания приема пищи. Настойчивость, доброта и такт необходимы в определенном соотношении, медсестра не*

должна идти на уступки. Смешанная диета с самого начала предпочтительна, необходимо избегать водянистой, не существенной пищи. Однако, молоко и глюкоза могут применяться сверх обычного, если не мешают правильному распорядку питания. Необходимо помнить, что некоторые пациенты способны не только отказываться от еды, но и прятать ее, и даже вызывать у себя рвоту в уборной, когда медсестра отвернется. Лечение начинается в постели и продолжается так же до достижения отчетливого физического и психологического улучшения с увеличением веса на стоун [6,34 кг] и более, если была отмечена потеря веса более того... Как простуда, так и непрерывная двигательная и умственная активность в этих случаях препятствуют набору веса. Посетители и особенно близкие родственники, визит которых с большой вероятностью может вызвать слезы или другие эмоциональные реакции, первоначально надо запретить или строго «дозировать».

Дж. Райл предостерегал от использования тиреоидных гормонов или гормонов яичников; а также указывал на то, что у пациенток «недостаток аппетита... (проявляется) ...вследствие болезненного психического состояния». Далее он писал: Психоаналитические методы неблагоприятны и могут причинить вред. Прямого осведомления о мотивах и проблемах лучше избегать, во всяком случае, на начальных стадиях и у юных пациенток. Разъяснение, подбадривание, разубеждение и настойчивое лечение голодания обычно является адекватным и обеспечивает равномерное, практически параллельное улучшение психического и физического состояния. Не удивительно, что периодически проявляется капризность, своенравие или наоборот «командная» позиция, сохраняющиеся после физического выздоровления, но это вряд ли можно рассматривать как продолжение заболевания. С возвращением регулярных менструаций, которых может не наблюдаться недели, месяцы и даже год или два после восстановления веса, выздоровление можно считать полным. Рецидивы необязательны. Частичное выздоровление с неполным восстановлением веса, что позволяет вернуться к активной жизни, является более частым».

Дальнейшие описания нервной анорексии легли в основу формирования психоаналитической интерпретации симптомов расстройства. Так, в 1940 году Д. Валлер, М. Кауфман, Ф. Дутч описали симптомы нервной анорексии как результат символических или подсознательных фантазий, происходящих из страха орального зачатия. Эти фантазии, вероятно, по мнению авторов, связаны со значимым чувством вины, защитой против которого является потеря веса при нервной анорексии.

На современном этапе развития психотерапевтических методов лечения нервной анорексии в мире принято считать наиболее значимыми концепции Х. Бруч, А. Крисп и Д. Рассел. Многие в прогрессе лечения этого состояния за последние 20 лет было результатом обобщения или усовершенствованием наблюдений этих авторов. В частности, Х. Бруч предположил, что целена-

правленное голодание при нервной анорексии олицетворяет борьбу пациентки за автономию, правоспособность, контроль и самоуважение. Согласно такому взгляду, неспособность матери распознать и поддержать стремление ребенка к независимости, вызывает внутреннее смятение, проявляющееся в трех перекрывающихся областях перцептивных/концептуальных нарушений, патогномоничных для нервной анорексии. К ним относятся: 1) нарушение образа собственного тела, характеризующееся тенденцией к переоценке размера тела; 2) interoцептивные нарушения, проявляющиеся в неспособности верно распознавать и отвечать на внутренние ощущения, такие как голод, сытость, аффективные состояния, сексуальные ощущения и др.; 3) все проникающее чувство неэффективности, проявляющееся в чувстве утраты контроля. М. С. Палаццоли (1974) независимо предложила сходную теорию генеза нервной анорексии. Она полагала, что пациентка с нервной анорексией воспринимает свое тело как «материнский объект, от которого эго желает отделиться любой ценой».

Х. Бруч (1973) предложил психотерапевтический подход, основанный на «раскрытии фактов», который включает постепенный, обдуманый пересмотр искаженных представлений и ошибок в мышлении, связанных ошибками несовершенного опыта развития. Такая терапия нацелена на помощь пациентке в раскрытии «истинной себя» через одобрение и подкрепление верных мыслей и чувств. Х. Бруч советовал психотерапевту уделять внимание несоответствию в высказываниях пациентки о прошлом и в том как она воспринимает или ошибочно истолковывает текущие события, на которые реагирует неадекватно. В процессе терапии, ошибочные предположения и отношения распознаются, отграничиваются и прорабатываются для того, чтобы от них можно было избавиться. Необходимо продвигаться медленно, и использовать конкретные небольшие реальные события в качестве повода для иллюстрации ложных предположений или нелогичных выводов. Вся работа требует проведения переоценки актуальных аспектов жизни пациента. Акцент на убеждениях и предположениях пациента, сделанный Х. Бруч явился основой для современной когнитивной терапии этого расстройства.

А. Крисп (1967, 1980) в своем описании модели развития нервной анорексии исходил из того, что ключевая психопатология расстройства произрастает из биологического и психологического опыта, сопровождающего процесс достижения массы тела, соответствующей взрослому человеку. Согласно этой теории, нервная анорексия представляет собой попытку субъекта справиться со страхами и конфликтами, ассоциированными с психобиологическим созреванием. Использование диет и в последующем голодание становится механизмом, посредством которого пациент возвращается к препубертатной фигуре, гормональному статусу и переживаниям [А. Крисп, 1980]. А. Крисп постоянно подчеркивал значимость допубертатного веса в аспекте развития расстройства. Исходя из этой теории, цель психотерапии состоит в

том, чтобы позволить пациентам в процессе восстановления их массы тела конфронтировать с динамическими процессами, которые приводят к «страху» взрослого тела, как части процесса овладения альтернативными копинг-стратегиями.

Д. Рассел (1970) конструктивно относился к различным теоретическим представлениям о механизмах формирования нервной анорексии и делал акцент на болезненном страхе полноты как основном психопатологическом феномене данного расстройства. Он подчеркивал абсолютную необходимость восстановления статуса питания пациентов для того, чтобы повернуть вспять сущности синдрома анорексии.

В целом, эволюция взглядов на причины формирования и клинические проявления нервной анорексии предопределяли на этом пути особенности лечебных стратегий. Выделению расстройства в изолированную диагностическую категорию способствовало отграничение его от сугубо соматических страданий, органических неврозов, расстройств личности и органических психических расстройств. Современное понимание биопсихосоциальной сущности нервной анорексии как расстройства поведения с закономерно высоким удельным весом аффективной, когнитивной, мотивационной составляющих определяет необходимость комплексного подхода к лечению. Известный психопатологический полиморфизм нервной анорексии определяется в том числе: 1) высокой коморбидностью; 2) универсальностью биологических проявлений соматического истощения; 3) разнообразием спектра поведенческих стереотипов и специфичностью клинической динамики расстройства. Эти факторы позволяют некоторым представителям российской школы рассматривать проявления нервной анорексии в качестве одной из масок расстройств эндогенного спектра, в том числе, шизофрении [М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов, 1986; Е. Е. Балакирева, И. А. Козлова, Л. П. Якупова, О. Л. Савостьянова, 2004; В. В. Марилов, А. Е. Брюхин, М. С. Артемьева, М. Б. Сологуб, 2004 и др.].

Нервная булимия: исторические аспекты. Изолированная история изучения нервной булимии как феноменологически очерченной единицы насчитывает пока менее трех десятков лет. Этот термин был введен в практику в 1979 году. По-видимому, нервная булимия является заболеванием в определенной степени присущим современности (по сравнению с нервной анорексией). Трудность систематизации исторических сведений в отношении нервной булимии определяется, в частности, спецификой ее клинических проявлений. В этом отношении необходимо принимать в расчет наряду с синдромальными проявлениями расстройства его близость с нервной анорексией. Нервная булимия изначально и была описана как вариант нервной анорексии [G. F. M. Russel, 1979]. Р. Каспер (1983) предприняла первые попытки методологически обоснованного выделения в структуре клинических прояв-

лений больных нервной анорексией феноменологии, близкой к современному пониманию нервной булимии.

Переедание и индуцированная рвота в древней исторической литературе. Важно избежать заключения, что переедание (булимия) или рвота в древних описаниях соответствуют тому расстройству, которое мы сейчас называем нервной булимией. В античности к индуцированной рвоте и практикам очищения желудка прибегали в древнем Египте, Греции, Риме и арабских странах. Древние Египтяне занимались очистительными процедурами каждый месяц по три дня подряд, используя рвотные средства и клизмы для сохранения здоровья. Они полагали, что заболевания, к которым склонны человеческие существа, происходят из-за пищи. В то время ответственность за пропаганду рвоты лежала на древних врачах. Слабительные средства также были популярны, и их использование возросло в Европе в Средние века. До XVII столетия как рвотные, так и слабительные вещества были широко используемыми способами лечения. История, касающаяся самовызывания рвоты и использования клизм, может не иметь отношения к современным нарушениям пищевого поведения, за исключением того, что одной из причин распространенного самолечения преимущественно слабительными средствами в настоящее время является их предписание однажды врачом [M. Nasser, 1993].

Хорошо известны исторические факты о vomitorиях в древнем Риме, которые посещали люди, чтобы там проглотить рвотное средство. Сенека высказал замечание, что «люди ели, чтобы вызвать рвоту и вызывали рвоту, чтобы есть». Эта история могла бы считаться просто любопытной, если бы не информация о том, что римские императоры Клавдий и Вителлий страдали булимией [P. Crichton, 1996]. Приводится интересное описание приверженности обоих этих людей неумеренным и экстравагантным пиршествам. Вителлий был склонен к чрезмерному обжорству и был тучным; оба мужчины сильно пили; оба прибегали к привычным рвотам. Трудно соотносить излишества этих двух императоров в отношении еды с современным пониманием нервной булимии так как нет сведений об их стремлении к худобе.

В историческом плане значимо древнее описание в Вавилонском талмуде состояния, называемого *boolmot*. Оно переводится как «ненасытный голод», или *bulimy* у греков [A. S. Kaplan, P. E. Garfinkel, 1984]. Есть мнение, что состояние, описанное в Талмуде, может быть прообразом понятия нервной булимии в современных классификациях психических и поведенческих расстройств. В то же время целесообразно проявлять аккуратность в использовании термина «булимия», поскольку как симптом этот феномен может встречаться при различных формах поведенческой и даже органической патологии. Термин «булимия» в своем прямом значении обозначает чрезмерный голод и использовался в медицине на протяжении многих столетий. Современный синдром лучше обозначать как «нервная булимия», так как этот термин имеет более широкий клинический подтекст. Термин «булимия» про-

изошел от греческого слова *limos* («голод») с приставкой *bou* («бык», «буйвол»). Булимия имеет как минимум два значения: «голод такой же, как у быка» или «способность съесть целого быка» [B. Parry-Jones, W. L. Parry-Jones, 1991]. Добавление слова «нервная» имеет цель указать на клинические и этиологические взаимоотношения с нервной анорексией [G. F. M. Russell, 1979].

Булимическое поведение в жизнеописаниях святых. Приведенные ниже наблюдения в диагностическом плане могут быть отнесены к подтипу нервной анорексии с эпизодами переедания и/или очистительного поведения (DSM-IV). Изложение их имеет цель подчеркнуть важность эпизодов переедания и самовызывания рвоты в структуре нервной булимии.

Существует предположение, что у некоторых святых нервная анорексия развилась как следствие их аскетической жизни и духовного служения с целью достичь святости. Имеющиеся исторические данные содержат в первую очередь описания переедания в жизни святых. Вероятно, святая Мария Магдалена де Паззи и святая Вероника (урожденная Урсула Гиулиани) проявляли булимическое поведение во время постов. Святая Мария Магдалена де Паззи жила с 1566 по 1607 гг. Ее ранняя смерть была результатом самоистязания, включая физическое, и нездоровую диету. Ее святость была распознана благодаря свойственной ей духовной стойкости перед лицом болезни. Длительное время она питалась только хлебом и водой. Несмотря на это, присматривающие за ней сестры того же монастыря, наблюдали как минимум один случай перерыва в ее строгой диете, когда она мучилась от желания наесться и с жадностью поглощала пищу. Это было отнесено к проискам дьявола, искушавшего ее и «открывшего дверь в кладовую, где хранились всяческие лакомства». Святая Вероника жила с 1660 по 1727 гг. и ее жизнь тщательно описана в автобиографии, а также в описаниях других сестер [R. M. Bell, 1985]: «...Во время, когда она соблюдала строгий пост на протяжении пяти лет, ...сестры иногда находили сестру Веронику на кухне, в столовой, в пункте раздачи лекарств, где она съедала все что там было, а также иногда заставляли ее принимающей пищу перед временем причастия...». Такое повторяющееся поведение (сопровождающееся в последствии рвотой) современниками было расценено как «проявление обмана Люцифера». В клиническом же плане эти симптомы тяготеют к феноменологии переедания/очистительного поведения в структуре нервной анорексии.

Убедительный случай расстройства описан у святой Катарины, которая жила в XIV веке. У нее развилась нервная анорексия в процессе стремления к аскетизму на пути к мистическому опыту и духовному совершенствованию. Наиболее значимым проявлением ее аскетизма был продолжительный отказ от еды и питья. Нет записей о том, что она когда-либо искушалась перееданием. Катарина расценивала свою неспособность есть как наказание за собственные грехи и одновременно метод их искупления. Функция искупления грехов осуществлялась с помощью рвоты. В своем духовнике она писала, что

чувствовала себя вынужденной *«использовать тонкую соломку или подобные вещи для засовывания глубоко в горло, чтобы вызвать рвоту»*. Катарина достигла истощения и умерла от голодания в возрасте 33 лет [Bell, 1985].

В литературе примерно до 1940-х годов XX века такие комментарии как «дразнили из-за полноты», «стремление быть стройной», «обеспокоенность лишним весом» отмечались нечасто. Поведение по типу переедания (булимия) и/или самовызываемой рвоты рассматривалось как случайное. Д. Валлер, М. Кауфман, Ф. Дутч (1940) указывали на свои наблюдения за больными нервной анорексией, у которых отмечалась «компульсивная еда», которая сменялась чувством вины и отказом от пищи. Накопление наблюдений компульсивного потребления пищи позволило исследователям сделать вывод о том, что нервная анорексия должна рассматриваться не просто как утрата аппетита, а скорее как нарушение стиля питания, варьирующее от истинной анорексии до булимии, часто ассоциированной с тошнотой и рвотой [J. C. Nemiah, 1950].

В медицинской литературе до 1930-х годов XX века редко описывались случаи булимических эпизодов, самовызываемой рвоты и злоупотребления слабительными. Наблюдения «пищевых кутежей» середины прошлого столетия, при которых вслед за неукротимым обжорством могли следовать самовызываемая рвота и голодание, лишь в редких случаях содержали указания на страх полноты. Поэтому трудно оценить их соответствие современному представлению о нервной булимии.

В 1970-е годы появились публикации с описанием клинических случаев, похожих на то, что в последствии получило название нервной булимии. Трактовка наблюдаемых феноменов переедания/очистки, наряду со страхом полноты, прежде всего в структуре нервной анорексии, обусловило использования термина «булиманорексия». Имеются указания, что при таком состоянии субъекты регулярно использовали посты, привычно вызывали у себя рвоту, злоупотребляли амфетаминами и слабительными препаратами [M. Boskin-Lodahl, 1976].

Исследование Д. Рассела (1979) позволили выделить три группы нарушений у больных с нарушениями пищевого поведения: 1) непреодолимая тяга к перееданию; 2) избегание полнящего действия пищи посредством рвоты и/или приема слабительных препаратов; 3) болезненный страх полноты. Эти проявления рассматривались как взаимовлияющие, причем страх полноты подпитывал патологическое поведение. На их основе были построены диагностические критерии нового синдрома, отличающиеся по ряду аспектов от нервной анорексии, но и связанные с нею патологическим страхом полноты. На общность с нервной анорексией указывает тот факт, что проявлениям нервной булимии часто предшествуют проявления нервной анорексии, хотя и легкой степени выраженности. Тесная связь с нервной анорексией отразилась в названии нового расстройства — «нервная булимия».

Когда была опубликована DSM-III (APA, 1980), она включала новое расстройство под названием «булимия». Это стало важным событием, однако в этой версии классификации недостаточный акцент был сделан на специфическом для данного расстройства психологическом нарушении — всепроникающем страхе полноты. Кроме того, диагноз исключал пациентов, у которых булимические эпизоды имели связь с нервной анорексией. Таким образом, утрачивалась возможность указать на связь между этими двумя расстройствами. Эти критические замечания были приняты во внимание в DSM-III-R и ICD-10, после того, как было достигнуто международное согласие по диагностическому статусу нервной булимии.

3.2. Распространенность нарушений пищевого поведения и их доклиническая феноменология

Эпидемиология. Среди феноменов поведения, при которых делается акцент на массу тела, принято обсуждать клинически выраженные нарушения пищевого поведения (нервная анорексия и булимия), формы его отклонения от нормы (самовызывание рвоты и эпизоды компульсивного переедания), а также нарушения, связанные с диетами и ожирением. Эти проявления становятся чрезвычайно актуальными в подростковом возрасте, особенно среди девушек-подростков. Социальная значимость их обусловлена не только широкой распространенностью, но и потенциально негативным влиянием на процессы биологического развития, психосоциального функционирования и состояние здоровья.

Диеты и различные отклонения в пищевом поведении определяют не только неполноценность пищевого рациона, но и влияют на психику подростков, несут с собой отдаленные негативные последствия для их здоровья. Со стороны психики такие ограничения сопряжены с ощущением переутомления, усталости, тревоги, депрессии, заторможенности, что может служить предвестником развития нарушений пищевого поведения в последующем. Так, относительный риск развития нарушений пищевого поведения в 8 раз выше у тех, кто придерживался диет, по сравнению с теми, кто их не использовал при наблюдении более года. Кроме того, отклоняющееся от нормативного (девиантное) пищевое поведение связано с повышенным риском развития таких проявлений, как курение, употребление алкоголя и лекарств, депрессия и склонность к суициду.

Существует предположение о том, что нарушения пищевого поведения стали отмечаться чаще в последние десятилетия. И если эта точка зрения относительно верна для нервной булимии, то в случае нервной анорексии в большей мере стоит говорить о большей выявляемости, чем об абсолютном росте. Данные о распространенности расстройств пищевого поведения разнятся как с учетом анализируемых выборок (по возрасту, полу, культуральным различиям, роду занятий), так и используемым методам оценки. Рас-

стройства пищевого поведения существенно чаще встречается у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6:1–10:1), что во многом опосредуется большей частотой раннего использования диет и сопутствующими психиатрическими проблемами (последние повышают риск развития НПП в 7 раз). Наиболее высокие показатели заболеваемости нервной анорексией характерны для возрастной группы 13–20 лет, гораздо реже начало НА приходится на препубертатный период и зрелый возраст. Для нервной анорексии соотношение полов составляет девочки: мальчики = 10–20:1. Отмечается общая тенденция увеличения доли страдающих нервной анорексией по мере увеличения возраста от 15 до 24 лет. Так, по результатам обзоров исследований частоты случаев НА, показано, что ежегодная заболеваемость нервной анорексией составляет от 14,1 случая на 100 000 девушек и женщин в возрасте 10–24 года до 43 случаев на 100 000 девушек и женщин в возрасте 16–24 года. Нервная анорексия является третьим, наиболее часто встречающимся расстройством среди американцев, 95 % случаев которого наблюдается у женщин.

Подлинную распространенность расстройства определить трудно также в связи с тем, что пациенты склонны зачастую скрывать свои симптомы. Средние цифры распространенности НА составляют 280 случаев на 100 000 женщин молодого возраста (т. е. 0,28 %). В отношении НБ средняя распространенность с учетом жестких диагностических критериев составляет порядка 1000 на 100 000 (т. е. 1 %). На протяжении жизни риск развития у женщины синдрома нервной анорексии составляет около 3 %.

Таблица 3.2.1

Эпидемиологические данные по нарушениям пищевого поведения

	Нервная анорексия	Нервная булимия
Географическое распределение	Преимущественно западное общество	Преимущественно западное общество
Этническая принадлежность	В основном представители белой расы	В основном представители белой расы
Пол	Подавляющее большинство — женщины (около 90%)	Подавляющее большинство — женщины (доля не определена)
Возраст	Подростки (иногда молодые люди)	Молодые люди (иногда подростки)
Социальный класс	Возможно большая доля относительно высоких социальных классов	Ровное распределение
Распространенность	0–7 % (среди девушек-подростков)	1–2 % (среди 16–35-летних женщин)
Заболеваемость (на 100 000 в год)	19 среди женского населения, 2 среди мужского населения	29 среди женщин, 1 среди мужчин
Динамическая тенденция	Возможное увеличение	Вероятное увеличение

В эпидемиологических исследованиях важной характеристикой, отражающей болезненность на различных уровнях системы оказания медицинской помощи, является распространенность случаев заболевания за год (one-year period prevalence rate). Эта величина вычисляется посредством сложения вместе показателя болезненности и частоты новых случаев за год. В таблице представлена годовая распространенность нарушений пищевого поведения на 100 000 молодых женщин на 3 уровнях системы помощи. Уровень «0» отражает количество молодых женщин в популяции независимо от того, получают ли они соответствующее лечение или нет. Уровень «1» относится к тем пациентам, которым врач общей практики выставил диагноз нарушения пищевого поведения. Уровень «2» включает пациентов с нарушениями пищевого поведения, получающих стационарное или амбулаторное лечение. В табл. 3.2.2 представлены данные [С. G. Fairburn, К. D. Brownell, 2002], полученные в результате двухэтапного исследования распространенности НПП, изучении регистра новых случаев и результатов голландского исследования пациентов у врачей общей практики.

Таблица 3.2.2

«Социальные фильтры» нарушений пищевого поведения

Уровень помощи	Нервная анорексия	Нервная булимия
«0» — популяция	370	1500
«1» — врач общей практики	160	170
«2» — специализированная психиатрическая помощь	127	87

Количество человек, преодолевших нулевой уровень, зависит от выраженности «болезненного поведения» и способности врача общей практики распознать расстройство. Что касается болезненного поведения, то хорошо известно, что многие пациенты стараются отвергать или скрывать имеющееся у них нарушение пищевого поведения. Результаты ряда исследований свидетельствуют, что врачи общей практики испытывают серьезные затруднения в выявлении этих расстройств, особенно булимической симптоматики. Таким образом, видно, что врач общей практики становится одним из своеобразных «фильтров», опосредующих возможность получения помощи таким пациентам.

Из таблицы видно, что более 40 % случаев нервной анорексии в популяции выявляется врачами общей практики и большинство этих пациентов (79 %) передаются для дальнейшего наблюдения в психиатрическую службу. Напротив, лишь небольшая доля (11 %) случаев нервной булимии выявляется в популяции, а из них только половина получает специализированную помощь.

О доклинической феноменологии нарушений пищевого поведения в современном понимании этих расстройств принято говорить при отсутствии полного набора диагностических критериев для постановки диагноза нерв-

ной анорексии или булимии. Эти феномены и составляют основную подводную часть айсберга нарушений пищевого поведения в популяции и составляют прямой «источник поставки» случаев развернутых болезненных проявлений при последующих наблюдениях. Их знание важно для структурирования профилактических мероприятий. Примечательно, что распространенность субклинических форм превышает таковую для «полного синдрома» в 2–5 раз, составляя от 4 до 16 % в общей популяции (по данным Американской Психиатрической Ассоциации, 1994; полный синдром — 3 % среди женского населения США). В исследованиях приводятся данные, указывающие на то, что 10 % девушек в возрасте 13 лет сообщали о самовызывании рвоты с целью снизить массу тела, а в возрасте старших классов 25–35 % девушек отмечали эпизоды переедания–очистительного поведения в качестве способа контроля массы тела. В выборке канадских девушек-подростков 12–18 лет ($n = 1739$) об эпизодах переедания, сопровождающихся чувством утраты контроля сообщали 15 %, об эпизодах самовызывания рвоты — 8,2 %, использовании таблеток для похудения — 2,4 %.

Компульсивное переедание (Расстройство по типу переедания, обжорство, binge eating disorder, BED) характеризуется повторяющимися эпизодами переедания в отсутствии экстремальных методов контроля массы тела. В среднем у 20–30 % пациентов с ожирением, обращающихся за лечением в стационары, выявляются клинически значимые проблемы в контексте указанной диагностической рубрики. У стационарных больных, получавших лечение по поводу ожирения, сопровождающегося эпизодами компульсивного переедания (по сравнению с лицами, страдающими ожирением без переедания) свойственна большая частота психиатрической болезненности и худшее социальное функционирование. В целом имеются указания на 2–3%-ную распространенность в популяции BED и 5–8 % среди индивидов с ожирением. В отличие от нервной анорексии и булимии, расстройство по типу переедания лишь в 1,5 раза реже встречается среди мужчин, чем среди женщин и возраст большинства пациентов составляет от 30 до 50 лет [С. G. Fairburn, К. D. Brownell, 2002].

Для оценки распространенности феноменов отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения в 2002–2003 годах нами было обследовано 359 студенток 2–5 курсов Белорусского государственного медицинского университета (средний возраст $20,36 \pm 0,099$ лет). На первом этапе исследования мы сопоставили категоризированные оценки ИМТ с самооценкой веса респондентов. Градация ИМТ: недостаток массы тела: $ИМТ < 19$; норма: $19 \leq ИМТ < 25$; избыток массы тела или ожирение: $ИМТ \geq 25$ (рис. 3.2.1).

Обращает внимание выраженное расхождение между субъективной оценкой собственного веса и объективизированными ростовесовыми показателями в соответствии с принятыми критериями. При этом имеет место как переоценка своей «полноты» ($p < 0,0001$), так и недооценка ($p < 0,0001$) ре-

ально пониженной массы тела, что, по видимому, может определять отклоняющиеся стереотипы пищевого поведения (например, опосредовать поведение, направленное на снижение веса). Практически все респонденты (99,03 %), оценившие свой вес как избыточный, и более чем одна треть (38,33 %) из считающих свой вес «нормальным» изъявляют желание похудеть. В целом по всей выборке положительный ответ на вопрос: «Желаете ли Вы похудеть?» дали более половины обследованных (54,26 %).

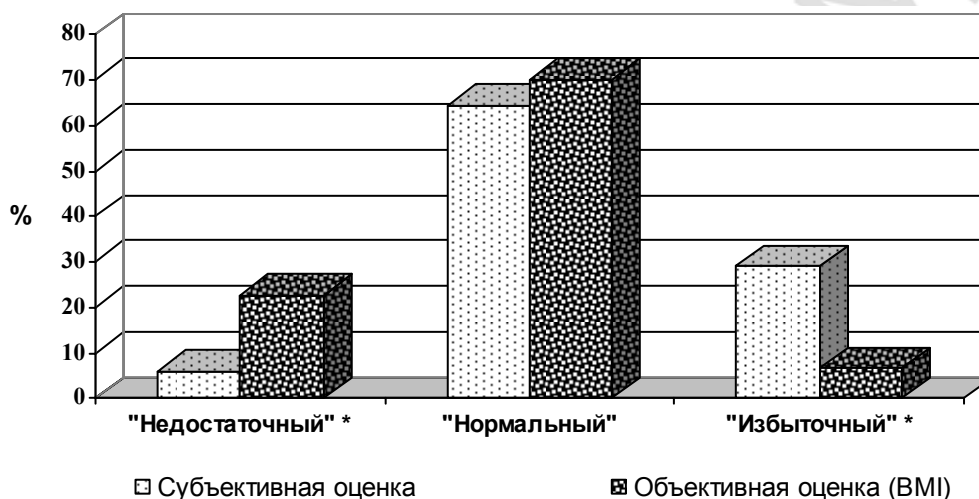


Рис. 3.2.1. Сопоставление субъективной оценки и индекса массы тела у студенток БГМУ (* $p < 0,0001$)

Для согласованной оценки полученных результатов с особенностями пищевого поведения нами в работе был использован Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26). Суммарная оценка по опроснику выше 20 баллов свидетельствует о вероятности наличия девиаций в пищевом поведении вплоть до развития клинически выраженных расстройств (в частности, нервная анорексия). У обследованной когорты критерия «20 баллов» достигли 4,64 % респондентов.

Произведенный анализ свидетельствует в пользу того, что субъективный характер оценки собственного веса имеет более тесную связь с особенностями пищевого поведения, чем объективная оценка ростовесовых показателей. При этом целесообразно учитывать, что обследованный контингент состоял из студентов-медиков, обладающих, в частности, гигиеническими знаниями, что делает оценку еще более контрастной. Интересно, что в одном из исследований 197 школьниц 11 классов Японии по опроснику ОПП-26 более 20 баллов набрали 35 % респондентов. В этой выборке также было отмечено, что ощущение избыточной массы тела, а не ее реальное наличие предопределяло отклонения в пищевом поведении. На наш взгляд, важным результатом этого исследования было то, что высокие баллы по ОПП-26 были тесно связаны с оценочными суждениями матерей девушек-подростков в отношении

их массы тела. Констатация матерью того, что у дочери-подростка имеются избыточные жировые отложения, поддерживала дочь в стратегиях снижения массы тела и частых разговорах о диетических ограничениях, что определяло 14 % вариации суммарного балла ОПП.

Следует отметить, что значимость субъективной оценки веса собственного тела (по сравнению с объективной) отражает особенности познавательных (когнитивных) стратегий, связанных с нарушением образа собственного тела. При использовании в качестве дискриминирующей оценки порогового балла по шкале ОПП-26 (суммарный балл по ОПП-26 < 20 — подгруппа 1, а ≥ 20 — подгруппа 2) различия в степени неудовлетворенности собственным весом выявляются достаточно отчетливо и статистически достоверны (статистика Колмогорова–Смирнова, $p < 0,001$) (рис. 3.2.2).



Далее мы оценили распространенность феноменологических проявлений (эмоциональные, когнитивные и поведенческие особенности), связанных со стереотипами пищевого поведения на основании скринингового опросника пищевых предпочтений ОПП-26. В оценку включены проявления, когда респонденты дали положительный ответ на пункты опросника с учетом значимой частоты «всегда», «обычно» или «часто» (табл. 3.2.3).

Из табл. 3.2.3 видно, что в когорте обследованных студенток отчетливо представлены ограничительные тенденции в пищевом поведении. При этом они имеют отношение как к аффективным и когнитивным, так и к поведенческим стереотипам.

Таблица 3.2.3

Распространенность суждений, опосредующих стереотипы пищевого поведения

Феноменология	Частота, %
Я проявляю самоконтроль в отношении еды	42,06
Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений	34,27
Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе	31,48
Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем	28,96
Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле	25,06
Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше	21,73
Меня преследуют мысли о похудании	21,17
Я разрезаю свою еду на мелкие кусочки	20,61
Я избегаю еду, содержащую сахар	14,76
Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других	14,48
Я особенно избегаю пищу с большим содержанием углеводов	13,09
Другие люди думают о том, что я слишком худая	12,82
Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды	12,81
Я употребляю диетические продукты	11,98
Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней	8,64
Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст	7,80
У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу	6,97
Я испытываю ощущение, что еда контролирует мою жизнь	5,84
Я использую диеты	3,35
Я испытываю чрезмерную вину после еды	3,07
Я избегаю приема пищи, когда голодна	2,51
Я испытываю побуждение к рвоте после еды	1,11

В качестве противоположного полюса ограничительным тенденциям пищевого поведения уместно говорить о феномене переедания (см. раздел классификации нарушений пищевого поведения). Для изучения распространенности его проявлений дизайн нашего исследования включал реверсированные пункты исследовательских диагностических критериев для компульсивного переедания (binge eating disorder, BED, DSM-IV)². Частота удовлетворения указанным критериям в обследованной выборке по мере сужения диагностических границ приведена на рис. 3.2.3.

Как видно из рис. 3.2.3, отдельные проявления феномена переедания (например, употребление необычно большого количества пищи, чувство «утраты контроля», сопутствующие поведенческие симптомы), группируясь в соответствии с критериями DSM-IV, претерпевают существенное уменьшение частоты. Особенно отчетливо это проявляется при введении критерия D («Частота»). Полученные результаты свидетельствуют в пользу представленности отчетливых булимических тенденций (BED) в спектре пищевого поведения социально адаптированной студенческой популяции. Представляют интерес данные о выраженности феномена собственно переедания (объек-

² Нами был для сравнения использован критерий частоты эпизодов обжорства «1 раз в неделю» в соответствии с Оксфордскими рекомендациями для диагностики нервной булимии.

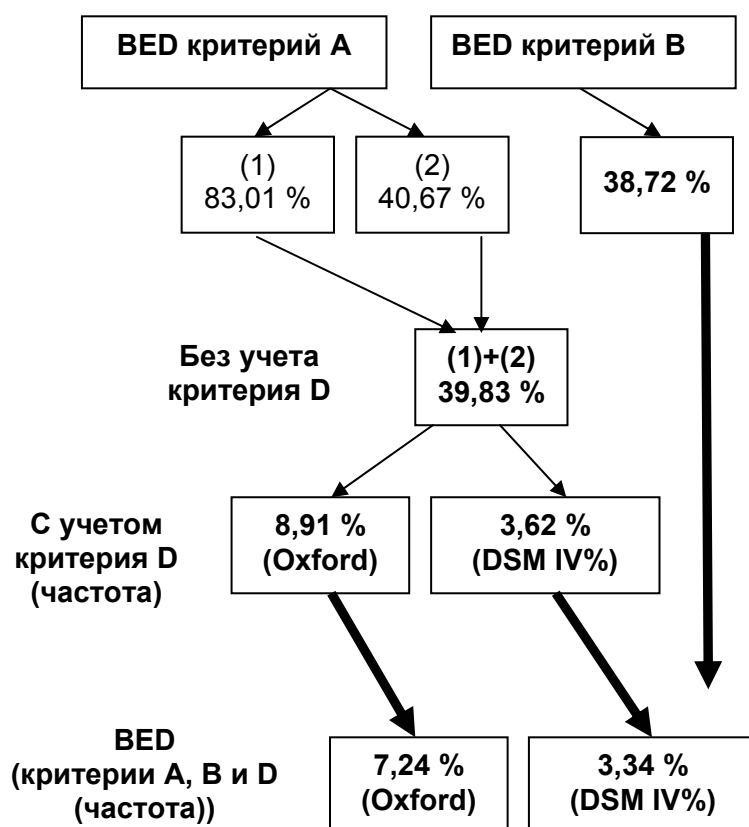
тивное и субъективное). Переедание считалось имеющимся при одновременном наличии у респондентов:

1) очерченных эпизодов употребления большого количества еды (критерий А(1)), которые наблюдаются как минимум 2 раза в неделю (критерий D (частота));

2) сопутствующих поведенческих симптомов (как минимум 3 из 5) (критерий В);

3) отсутствует чувство «утраты контроля» над количеством и характером еды.

Рис. 3.2.3. Частота удовлетворения критериям компульсивного переедания (DSM-IV)



у студенток БГМУ

Указанным критериям удовлетворяло 4,18 % респондентов. Таким образом, противоположный ограничительным тенденциям полюс континуума пищевого поведения у обследованной когорты был представлен *булимическими проявлениями* (3,34 %) и *собственно перееданием* (4,18 %). Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, согласно которым процент людей в популяции, стремящихся к снижению веса составляет от 30 до 70 %. Принимая во внимание, что значимая часть этой когорты определено имеет нормальный вес, целесообразно обращать внимание на

психологические характеристики и поведенческие проявления, направленные на снижение веса тела, особенно в том случае, когда эти явления приобретают отчетливо болезненный характер. По результатам нашего исследования серьезную озабоченность вызывает распространенность в среде девушек установки на похудание и достижение идеальной формы тела, сопряженная, по видимому, с искажениями в когнитивной оценке массы тела как составной части образа собственного тела.

3.3. Генетические аспекты клинической эпидемиологии нарушений пищевого поведения

Семейные исследования показали, что родственники пробанда с НПП на протяжении жизни имеют практически 10-кратное увеличение риска развития таких расстройств по сравнению с родственниками здоровых людей. В семьях больных НА и НБ имеет место накопление болезненных форм всего спектра НПП с большим относительным риском для НА. Родственники больных НА могут иметь больше симптоматики булимического спектра и наоборот. Таким образом, семейные исследования подтвердили, что существенная доля предрасположенности к НПП обусловлена влиянием генетических факторов. Однако они не в состоянии определить удельный вес генетических и средовых влияний в наследовании предрасположенности к заболеваниям.

Для решения возникшей задачи были привлечены близнецовые исследования, которые позволяют оценить взаимосвязь передачи фенотипического признака с генетическими факторами или средовыми воздействиями, а также описать характер направленности и степень ее интенсивности. Эти исследования показали, что роль генетических факторов при НА составляет от 33 % до 84 %, при НБ — от 28 % до 83 %. В отношении многих фенотипических проявлений, свойственных НПП, отмечен наследственный компонент предрасположенности (компульсивное переедание, самовызывание рвоты, стремление к худобе, диетические ограничения или растормаживание аппетита). Доля наследственных факторов в проявлениях компульсивного переедания и очистительного поведения (самовызывание рвоты) составляет 46 % и 70 % соответственно. Остальной груз факторов, ответственных за формирование предрасположенности к НПП, связан с индивидуально-специфическими средовыми факторами и (в крайне малой степени) общими для близнецовой пары средовыми воздействиями.

Накопленные данные о том, что НПП, хотя бы отчасти, имеют генетическую основу, позволили при использовании молекулярных технологий изучать генетические факторы подверженности. Молекулярно-генетические исследования позволяют за счет своеобразного «сканирования» генома на первом этапе выявить его участки, связанные с наличием изучаемого фенотипа (например, НПП). Затем, гены-кандидаты, находящиеся в выявленных участках хромосом, подвергаются анализу на предмет наличия взаимосвязи с изу-

чаемым признаком (исследование ассоциации). Исследования генов-кандидатов на формирование предрасположенности к развитию НПП были посвящены изучению генов, кодирующих белки, вовлеченные в регуляцию пищевого поведения и энергетический баланс организма, а также гены, связанные с нейромедиаторным контролем поведения. Несмотря на то, что результаты не всех молекулярно-генетических исследований однозначны, изучались гены, связанные с серотонинэргической передачей, поскольку система серотонина оказывает модулирующее влияние на аппетит (эффект насыщения), опосредует ряд личностно-психологических особенностей пациентов с НПП таких как обсессивность, импульсивность, склонность к избеганию ущерба, зависимость от поощрения, проявления пограничного расстройства личности. Данные о генетически опосредованных поломках в системе катехоламинов при НПП получены при изучении гена переносчика норадреналина, а также фермента катехол-О-метил трансферазы при ограничительном подтипе НА. Показано наличие возможной взаимосвязи между геном, кодирующим бета-рецепторы к эстрогену (14 хромосома) и нервной булимией. Возможно, ген рецептора меланокортина (MC4R) заинтересован в формировании компульсивного переедания. Требуются дополнительные исследования генов-кандидатов, контролирующих другие нейромедиаторные системы (дофамина, глутамата, опиоидов), а также влияющих на контроль аппетита и энергетический обмен организма (нейропептид Y, лептин, половые гормоны и пр.).

Учитывая фенотипическую гетерогенность нарушений пищевого поведения, для уменьшения вероятности ложноположительных результатов исследователи заботятся о выделении клинически однородных подтипов НПП. В этом отношении относительно изолированное положение занимает ограничительный подтип НА (в своем «арсенале» способов контроля внешности пациентки используют лишь ограничения в количественном и/или качественном составе пищи), при котором локус подверженности связан с 1 хромосомой. Devlin et al. (2002) показали, что такие поведенческие коварианты как стремление к худобе и обсессивность (свойственные для НПП) обнаруживают специфический генетический «отклик» в 1, 2 и 13 хромосомах. В достаточно разнородной выборке семей больных НБ показана заинтересованность 10 хромосомы и предположительно 14 как связанных с риском развития НБ.

3.4. Классификационные подходы к диагностике нарушений пищевого поведения

Под нарушениями пищевого поведения принято понимать расстройство, для которого характерно:

- отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела;
- эти нарушения или наблюдаемые кардинальные симптомы нарушенного пищевого поведения приводят к клинически значимому повреждению

соматического здоровья или психосоциального функционирования (кардинальные симптомы нарушенного пищевого поведения включают нарушение питания и сопутствующую переоценку формы или массы тела);

– поведенческие нарушения не должны быть следствием любых соматических или иных психических расстройств.

Классификация нарушений пищевого поведения включает следующие расстройства:

– нервная анорексия;
– нервная булимия;
– атипичные нарушения пищевого поведения (или нарушения пищевого поведения, нигде более не классифицируемые).

Несколько особняком стоит четвертая форма нарушений пищевого поведения — Расстройство по типу переедания (обжорство, Binge eating disorder, BED). Классификационная рубрика последнего отчетливо не определена и тяготеет к Перееданию, ассоциированному с другими психологическими причинами.

Нарушения пищевого поведения представляют собой континуум, компоненты которого имеют относительно четкие границы, обозначенные классификационными подходами. В то же время, взаимные «переходы» диагностических категорий (позволившие, например, использовать такие термины как «булим-анорексия» и проч.) делают, зачастую затруднительной формализованную оценку состояния пациентов.

Принципиальными диагностическими критериями основных клинических рубрик НПП являются:

Нервная анорексия:

– сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (т. е. самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);
– активное поддержание чрезмерно низкой массы тела (например, $ИМТ \leq 17,5 \text{ кг/м}^2$);
– аменорея в половозрелом возрасте при условии, что не используются оральные контрацептивы.

Нервная булимия:

– сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (т. е. самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);
– повторяющиеся эпизоды переедания;
– экстремальные методы контроля массы тела — например, жесткие диетические ограничения, самовызывание рвоты, частое использование слабительных и мочегонных препаратов;
– диагностические критерии для нервной анорексии не выполняются.

Атипичные нарушения пищевого поведения:

– клинически значимые нарушения пищевого поведения, которые не удовлетворяют диагностическим критериям нервной анорексии или булимии.

Нарушения пищевого поведения различных диагностических рубрик в клинической картине имеют подобные клинические проявления. Отдельные клинические формы НПП в процессе развития расстройства претерпевают взаимный переход (см. главу 5), но в структуре континуума этой же группы расстройств. Нарушения пищевого поведения, характеризующиеся (болезненная озабоченность весом и формой тела, хаотичность пищевого поведения и пр.) отличает эту группу расстройств от иных психологических проблем, связанных с аномальным пищевым поведением, таких как чрезмерная избирательность в питании и различные типы пищевой фобии. Нарушения пищевого поведения целесообразно различать и от ожирения, при котором первичные психологические механизмы не играют столь весомой роли, либо являются частью более сложной клинической картины. Некоторые качественные отличительные признаки нервной анорексии и булимии приведены в табл. 3.4.1.

Таблица 3.4.1

Некоторые дифференциальные признаки нервной анорексии и булимии

Нервная анорексия	Нервная булимия
Низкая масса тела	Нормальная масса тела
Начинается раньше	Начинается позже
Пациенты редко ищут помощи	Пациенты могут обращаться за помощью
Начало расстройства в начале-середине подросткового возраста	Начало к концу подросткового возраста
Может начинаться до периода полового созревания (менархе)	Редко начинается до периода полового созревания (менархе)
Может встречаться у мальчиков	Обычно отмечается у девочек
Острое или хроническое течение	Волнообразное течение
Нет предшествующих расстройств	Нервная анорексия предшествует началу расстройства
Коморбидны: тревожные, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия	Коморбидны: депрессия, самоповреждения, злоупотребление психотропными веществами
Плохой прогноз при отсутствии раннего вмешательства	Положительный ответ на специфическое лечение в 60 % случаев.

Современные системы классификационных подходов (МКБ-10, DSM-IV) достаточно определенно разграничивают нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ). В то же время клиническая практика не исчерпывается лишь очерченными состояниями, удовлетворяющими критериям указанных расстройств. В тех случаях, когда клинические проявления нарушенного паттерна питания не достигают требуемого для диагностического суждения количества симптомов согласно классификации, принято говорить о Нарушениях пищевого поведения нигде более не классифицированных (DSM-IV) или Атипичных НА или НБ (МКБ 10). В качестве четвертой диагностической категории (в структуре атипичных нарушений пищевого поведения) рассматривают расстройство приема пищи, связанное с перееданием (компульсивное

переедание, обжорство, Binge eating disorders — BED, DSM-IV). В МКБ 10 последнее расстройство изолированно не выделено, но в то же время рубрика «Переедание, сочетающееся с другими причинами» может рассматриваться как один из элементов современной эмпирической трактовки концепции BED. На сегодняшний день место указанного расстройства в диагностической системе (равно как и его синдромальная самостоятельность, а не подтип нервной булимии) требует дальнейшего изучения.

В то же время одной из глобальных проблем диагностических подходов к оценке нарушений пищевого поведения является категоричная жесткость классификационных критериев. Следствием этого является недостаточное внимание (наряду с несвоевременностью профилактических мероприятий) к потенциально нуждающимся в медицинской помощи на том этапе, когда расстройство не достигло своего полного «расцвета». Это касается клинически значимого, но в то же время «неполного синдрома» нервной анорексии и булимии (Атипичная НА и Атипичная НБ в МКБ-10). Согласно классификациям, состояния такого рода должны быть констатированы «...в тех случаях, когда отсутствует один или более из ключевых признаков» НА или НБ (аменорея или значительное снижение массы тела для НА, либо не удовлетворяются критерии частоты или продолжительности эпизодов переедания для НБ). В свою очередь возникают следующие вопросы:

1. Каковы различия между клинически очерченными нарушениями пищевого поведения (НА и НБ) — eating disorders, и нарушенными паттернами питания — disordered eating?

2. Насколько определены и категоричны «ключевые признаки» НА и НБ?

Неизбежность ограниченности классификационных подходов обусловлена дихотомичностью классификационных суждений, которые требуют принятия однозначного решения о том, есть или нет расстройство. Классификация, отражая накопленные к настоящему моменту знания о человеческом функционировании, оперирует оценками «нормальности» или «ненормальности» того или иного поведения. В этом отношении и степень «болезненности» поведения определяется, в частности, и уровнем «культуральной терпимости» к этим проявлениям. Например, использование рвоты в качестве метода контроля массы тела в социуме оценивается в большей мере как неадекватное по сравнению с обращением за хирургической помощью по поводу липосакции. Поскольку культуральные нормы лабильны, а знания о человеческом поведении все время расширяются, то система классификационных оценок в психиатрии нуждается в гибкости.

В то же время современная концепция доказательной медицины требует, чтобы качественная сторона классификационных подходов определялась:

- надежностью (т. е. неизменностью во времени);

- внутренней согласованностью (т. е. индивидуумы с одним и тем же диагнозом имеют сходную клиническую картину);
- специфичностью (диагностические элементы определяют, что относится к определенному диагнозу, а что нет);
- внешней валидностью (диагноз обеспечивает ключевую информацию об этиологии, прогнозе и лечении);
- полезностью, выгодностью (научная эвристичность).

В идеале диагностические схемы должны опираться на понимание этиопатогенеза расстройства и создавать базу для терапевтического вмешательства. Современные классификационные системы (МКБ 10, DSM-IV) отдают предпочтение описательному, а не этиологическому подходу. При этом возникающие проблемы в выделении специфических подтипов нарушений пищевого поведения и свойственной для них симптоматики связаны с тем, что в определении феноменов пищевого поведения необходимо использовать более чем один критерий, более того, в континуальном контексте. В свою очередь операционные критерии требуют преобразования симптоматики в дихотомические переменные (например, при характеристике частоты или выраженности феноменов). С учетом этого классификационный подход должен стремиться удерживать «золотую середину» между тем, чтобы не быть избыточно жестким (и исключать случаи, не набирающие достаточное количество из суммарного перечня симптомов), но отражать кардинальные проявления расстройства. При этом классификация не должна крайне свободно трактовать феномены, а учитывать *клиническую значимость* симптоматики. Это объясняет озабоченность исследователей и клиницистов, занимающихся проблемой нарушений пищевого поведения, по поводу того, что современный классификационный подход может исключать из исследовательских проектов и лечебных программ значительное число потенциальных пациентов, клинические проявления у которых выражены в достаточной степени, чтобы удовлетворять диагнозу нарушений пищевого поведения. Таким образом, целесообразно оценивать стоимость и степень выгоды от широкой и узкой трактовки феноменов в разрезе классификационных схем.

Другой существенный неразрешенный вопрос касается разграничений самих нарушений пищевого поведения. Например, массивное «перекрытие» симптомов и высокая частота коморбидных проявлений НА и НБ поднимают вопрос о специфичности и самостоятельности этих расстройств, а расстройство по типу переедания достаточно трудно бывает отличить от НБ.

Еще один фактор следует учитывать, обсуждая классификационные подходы. Диагностические критерии, которые ложатся в основу классификации, исходят из оценки клинической картины пациентов, обращающихся за помощью по поводу нарушений пищевого поведения. Высокоструктурированные исследования (результаты которых ложатся в основу классификационных схем) исходят из жестких критериев включения (например, полное удов-

летворение диагностическим критериям, пол — только женский, возраст — только ранний взрослый, отсутствие коморбидных расстройств). Выработанные на основании этих исследований критерии не могут быть репрезентативным отражением всего богатого спектра особенностей пищевого поведения. Хотя в мире на сегодняшний день накоплен достаточно большой объем информации, касающейся распространенности различных симптомов нарушений пищевого поведения на основании популяционных исследований, попытки охватить весь спектр нарушений пищевого поведения и создать эмпирически обоснованную классификацию этих расстройств только начинаются.

Классификация нервной анорексии

Ключевым признаком НА является непреклонное стремление к похуданию с полным недоучетом связанных с этим потенциальных или актуальных негативных последствий для здоровья. Критерии для диагностики НА включают:

- 1) соматические симптомы: низкий вес, аменорея;
- 2) аффективные симптомы: страх полноты;
- 3) когнитивные симптомы: расстройство образа собственного тела.

На сегодняшний день согласно классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) *критерии диагностики* нервной анорексии включают:

1. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже (соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста.

2. Потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков.

3. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи и большой считает допустимым для себя лишь низкий вес.

4. Общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус–гипофиз–половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции. Могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

5. При начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у

мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Следует отметить, что в DSM-IV (в отличие от МКБ-10) поведенческие симптомы (определяющие экстремальные методы контроля веса) несущественны для диагноза НА, но значимы при диагностике НБ и расстройства по типу переедания (binge eating disorder, BED). Далее будут рассмотрены отдельные критерии диагностики НА.

Неспособность поддержания веса на уровне или выше минимального, соответствующего возрасту и росту... В соответствии с этим критерием требуется наличие существенного снижения веса у пациента, страдающего нервной анорексией. Согласно рекомендациям DSM-IV в качестве критерия «существенного снижения» рекомендуется принимать массу тела менее 85 % от ожидаемой. Более жестким следует считать критерий МКБ-10 в отношении недостаточности массы тела, требуемой для постановки диагноза НА. Он соответствует величине индекса массы тела (вес в кг, деленный на рост в метрах, возведенный в квадрат) равной или менее 17,5 кг/м².

У большинства индивидов накануне заболевания масса тела соответствует нормальным пределам и прогрессивно снижается с началом расстройства вследствие комбинаций жестких диетических ограничений, изнуряющих физических нагрузок, а также «очистительных методов» (самовызывание рвоты, клизмы, прием мочегонных и/или слабительных средств), биодобавок, нацеленных на снижение массы тела. У некоторых индивидов НА начинается в раннем подростковом возрасте, когда они не столько теряют массу тела, сколько не набирают. При этом на фоне увеличивающегося роста происходит существенное снижение массы тела.

Другим важным аспектом этого критерия является желание пациента иметь низкий вес наряду с осознанными попытками избежать его набора. Обычно индивиды с НА избегают приемов пищи, а если едят, то избегают пищу, которую оценивают как «полнящую». Зачастую пациенты занимаются изнуряющими физическими упражнениями по двум причинам — в попытке «сжечь» калории и улучшить свое самочувствие. Важность констатации низкого веса у пациентов несомненна. В то же время узкий взгляд на этот симптом без оценки поведенческого смысла в целевом снижении веса, вероятно, исключит из диагностических рамок тех девушек и молодых женщин, чьи попытки снижения веса оказались «недостаточно успешными», чтобы достигнуть диагностических границ. Более того, нормализация веса — кардинальный критерий успешности лечения. Однако при этом у многих, перенесших НА и нормализовавших вес, сохраняется широкий спектр девиантных (отклоняющихся) паттернов питания (например, жесткие диетические ограничения) и ассоциированная психопатологическая симптоматика.

Чрезмерное опасение набора веса или ожирения, несмотря на недостаточную массу тела. Несмотря на реальный дефицит массы тела, пациенты с НА проявляют глубокое беспокойство по поводу того, что у них будет существенный избыток массы тела, если они перестанут придерживаться жесткого контроля своих пищевых предпочтений или большой физической активности. Для большинства индивидов с НА страх ожирения не основывается на реальных фактах. Большинство никогда ранее не имело избыточного веса и с малой вероятностью имели среди членов своей семьи проблемы с ожирением. В то же время для большинства «толстый» реально не обозначает «имеющий избыточный вес», а означает быть более полным, чем они могут позволить себе (т. е. более полным, чем есть в данный момент). Примечательно и то, что страх ожирения обычно усиливается по мере снижения массы тела. На сегодняшний день большинство экспертов поддерживает точку зрения о том, что беспокойство о весе и форме тела лежит в основе мотивации, опосредующей другие симптомы НА. В то же время существует мнение о том, что НА может быть выявлена у лиц, чьи попытки снизить вес не мотивированы страхом ожирения или желанием быть стройными. Исторические описания расстройства у девушек Викторианской эпохи не содержали указаний на страх ожирения. В то же время принято считать, что синдром, описанный Lasegue (1864) & Gull (1864) соответствует современным представлениям о НА. Опасения набора веса также зачастую отсутствуют у пациентов в странах незападной культуры, в то время как по другим клиническим признакам эти пациенты не отличались от больных НА со страхом полноты. Акцент на признаке опасения набора веса как на кардинальном в отношении диагностики НА может привести к ошибочной диагностике НА у индивидуумов в тех культурах, где полнота является редким явлением и где уделяется мало внимания стройности. Тем не менее, мотивация отказа от еды остается крайне значимой в дифференциальной диагностике НА и других психических расстройств, где ограничения в питании и потеря веса являются частью клинической картины (например, в структуре бредовых расстройств, когда избегание пищи обусловлено убежденностью в том, что она отравлена).

К сожалению мало исследований посвящено углубленному анализу страха полноты. Эти исследования полагают, что страх полноты является типичными для девочек и женщин в западном обществе. Фактически, для девочек, находящихся в препубертатном возрасте, чье тело соответствует современному идеалу красоты препубертатного женского тела, страх полноты является намного более частым феноменом, нежели ощущение полноты или неудовлетворенность собственным весом. Поскольку в большинстве исследований озабоченности образом собственного тела у женщин, страдающих НА, не производится дифференциация между страхом полноты и другими аспектами нарушений образа собственного тела (например, ощущением пол-

ноты), остается неясным, насколько страх полноты может адекватно разграничивать здоровых женщин и тех, кто страдает НА.

В клинической практике некоторые женщины отрицают свою озабоченность по поводу веса тела, пытаясь таким образом отрицать болезненную природу нарушений пищевого поведения. Бывает невозможно выявить страх набора веса до начала периода пищевой реабилитации (вскармливания) истощенной пациентки. Имеются указания на то, что страх полноты продолжает вызывать значимое беспокойство особенно среди тех женщин, лечение которых привело к успешному восстановлению веса, в то время как страх полноты реже встречался у тех, кто не достиг нормализации веса в процессе лечения.

Расстройство восприятия веса или формы тела, чрезмерное влияние массы тела на самооценку или отрицание серьезности последствий пониженной массы тела. Выраженные нарушения в переживании собственной массы тела и его формы при НА реализуются различными путями. Люди, страдающие НА, зачастую воспринимают себя или чаще отдельные части собственного тела как чрезмерно большие. Внимание может быть акцентировано на груди, животе, ягодицах, бедрах. Причем даже тогда, когда происходит потеря веса, эти части тела остаются нежелательно большими. В большинстве случаев такие проявления не являются следствием первичного нарушения процессов восприятия. Пациенты, страдающие НА, обычно точно воспринимают размеры собственного тела и его частей. Намного чаще проблема состоит в характере суждений, которые пациенты делают в отношении размеров, которые они воспринимают.

У лиц, страдающих НА значительная часть самооценки основывается на их весе и форме тела. Если такие люди набирают вес, то они обычно чувствуют себя пристыженными, фрустрированными, смущенными и испуганными, тогда как при снижении веса они ощущают себя полными совершенства.

При затяжном течении НА побуждение к снижению веса и степень удовлетворенности от недостатка массы тела может становиться менее отчетливым. Такие пациенты продолжают отрицать необходимость серьезного беспокойства по поводу низкой массы тела либо целесообразности медицинского или психиатрического вмешательства. Например, они могут постепенно соглашаться с тем, что возможно им и необходимо набрать вес, но у них отсутствует желание предпринимать последовательные шаги в достижении этой цели.

Исследования показывают, что у женщин, страдающих НА, имеется более негативное отношение к образу собственного тела, чем у здоровых. В то же время неудовлетворенность образом собственного тела, особенно ощущение полноты (ожирения), настолько часто наблюдается в западном обществе, что уместно говорить о «нормативной неудовлетворенности», бытующей в культуре. Не все больные с НА признают собственную неудовлетворенность образом тела, что (по аналогии со страхом набора веса) может быть оценено

как отрицание собственного расстройства. В контексте классификации НА в оценке нарушений образа собственного тела акцент смещен от искаженного восприятия собственного тела и неудовлетворенности его образом на *сверхценный характер переживаний в отношении формы и веса тела*. Именно самооценка человека, основанная на сверхценных представлениях о собственной внешности, а не неудовлетворенность собственным телом, является ключевым моментом, отчетливо разграничивающим больных НПП от здоровых лиц и пациентов с депрессией и иными психическими и поведенческими расстройствами, а также является предиктором обострений при нервной булимии. Показано, что самооценка, основанная на форме и массе тела, напрямую связана с выраженностью НПП как у подростков, так и у взрослых. Непосредственно озабоченность по поводу формы и массы тела может предопределять развитие выраженных поведенческих нарушений. При оценке клинической эффективности лечения следует учитывать, что нарушения образа собственного тела зачастую сохраняются при завершении терапии, опосредуя в дальнейшем возврат симптоматики.

Аменорея, т. е. отсутствие как минимум 3 менструаций подряд у женщин, достигших полового созревания. Большинство пациенток, страдающих НА, прошли период нормального пубертатного развития и, к началу нарушений пищевого поведения, у них установился менструальный цикл. У части пациенток НА начинается до начала месячных. Учитывая, что на менструальную функцию оказывает влияние состояние статуса питания и вес тела, женщины, которые достигают веса, меньшего, чем предельное значение для диагностики НА, с большой вероятностью будут иметь аменорею. Аменорея, возникшая на фоне нарушений пищевого поведения, свидетельствует о нарушении физиологического функционирования (снижении синтеза эстрогенов), связана с существенным риском для здоровья и является важным прогностическим признаком. Прием половых стероидов (например, оральных контрацептивов) у некоторых пациентов, страдающих НА, может способствовать возобновлению менструаций. Таким образом, те пациентки, страдающие НА, у которых месячные присутствуют только на фоне оральных контрацептивов, удовлетворяют этому критерию. В случае развития НА у мужчин нарушения со стороны гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси характеризуются уменьшением продукции тестостерона, что приводит к снижению полового влечения и потенции.

Вероятно, в генезе аменореи при НА принимают участие как соматические, так и психологические факторы. Существенное снижение массы тела у любой женщины приведет в итоге к аменорее. В то же время, при НА у существенной доли пациентов (примерно 20 %) аменорея предшествует существенной потере веса.

Принимая во внимание культурально опосредованную озабоченность стройностью, аменорея с большей вероятностью будет распознана как меди-

цинская проблема быстрее, чем пороговое (значимое для диагностики) снижение веса. В то же время, мнения не всех исследователей однозначны в плане оценки значимости критерия «аменорея» в диагностике НА, что, несомненно, требует дальнейшего изучения.

«Границы» особенностей пищевого поведения. Страх полноты, нарушения образа собственного тела и попытки достижения значимого снижения массы тела (например, посредством ограничительных тенденций в стиле питания — жестких диет) широко распространены среди женщин, в то же время клинически очерченный синдром НА — относительно редкое явление. Для двух критериев диагностики НА в DSM-IV имеются указания в отношении тяжести расстройства (аменорея и неспособность поддерживать минимальный вес тела), а в МКБ-10 такое количественное выражение относится только к критерию веса. В исследованиях индивидов, обратившихся за лечением по поводу нарушений пищевого поведения, «неполные» случаи НА количественно преобладают над полным синдромом НА. Обычно в исследованиях такого рода неполный синдром НА определяется при «недостаточной» потере массы тела и отсутствии выраженных нарушений менструальной функции. Сопоставление «полного» и «неполного» синдрома НА в клинической практике не выявило различий в отношении выраженности симптоматики нарушений пищевого поведения и общего психиатрического дистресса (по уровню неудовлетворенности весом тела, озабоченности стройностью и диетами, тревоги и депрессии).

Учитывая изложенное, несомненна важность исследований клинической значимости «пограничной» (в плане классификационных критериев) симптоматики нарушений пищевого поведения. В клиническом 1-летнем катamnестическом исследовании таких расстройств выявлена тенденция к хронизации симптоматики и ее неочерченности (например, при «неполном» синдроме НА клиническая картина занимает промежуточное положение между НА и НБ). На сегодняшний день требуют дальнейшего изучения вопросы, касающиеся терапевтической эффективности при «неполном» синдроме (по сравнению с «полным»), а также оценки клинической значимости, течения, прогноза «неполного» синдрома в популяции.

Клинические подтипы НА. В практической деятельности существенные диагностические затруднения зачастую обусловлены присутствием симптоматики, характерной как для НА, так и для НБ. В этом отношении следует отметить большую адаптивность и гибкость DSM-IV (в отличие от МКБ-10), рассматривающей два подтипа НА, основываясь на поведенческих симптомах. В зависимости от наличия/отсутствия повторяющихся эпизодов переедания (обжорства) пациенты НА классифицируются как относящиеся к ограничительному подтипу или подтипу с перееданием и/или очистительным поведением. Наиболее значимым следствием этого нововведения является то, что диагноз НА теперь «вытесняет» диагноз НБ. При постановке диагноза

НА целесообразно принимать во внимание один из двух *взаимоисключающих типов*:

– *ограничительный тип*: на протяжении текущего эпизода НА пациент не вовлекается в регулярные эпизоды переедания или очистительного поведения (т. е. самовызывание рвоты, использование слабительных, мочегонных, клизм);

– *тип с эпизодами переедания/очистительного поведения*: на протяжении текущего эпизода НА пациент регулярно использует эпизоды переедания или очистительного поведения (т. е. самовызывание рвоты, использование слабительных, мочегонных, клизм).

Такого рода разделение (предпринятое в DSM-IV) отражает прогресс в изучении нарушений пищевого поведения за последние несколько десятилетий. Достоверно установлено, что между двумя типами НА существуют отчетливые различия. Так, у пациентов, страдающих НА с эпизодами переедания и/или очистительного поведения (их доля составляет порядка 50 % от всех больных НА), обнаруживаются другие нарушения контроля импульсивности (например, использование психоактивных веществ, суицидальные попытки, самодеструктивное поведение, лабильность аффекта и склонность к воровству). Также у них зачастую заболевание протекает дольше, а его клиническая картина тяжелее. Напротив, пациентам с НА ограничительного типа в большей мере свойственны obsessивные черты в поведении, меньшая выраженность депрессии, меньший уровень психиатрического дистресса и меньшее количество суицидальных попыток, они в большей мере социально неприспособлены и изолированы (по сравнению с НА с эпизодами переедания и/или очистительного поведения). В исследованиях показано, что с практической точки зрения, выделение ограничительного подтипа НА на основании наличия/отсутствия очистительного поведения более обоснованно (по сравнению с критерием эпизодов переедания). В то же время результаты лонгитудинального анализа динамики симптоматики НА позволили предположить, что ограничительный подтип НА является лишь фазой развития нервной анорексии. К сожалению, в МКБ-10 отсутствует разделение НА на указанные подтипы.

Таким образом, принимая во внимание многокомпонентность феноменологии нарушений пищевого поведения, при изучении нервной анорексии целесообразно учитывать характер симптоматики («полный» или «неполный» синдром) в континуальном масштабе.

Переедание: один синдром или разные диагнозы?

Современные попытки ревизии классификационных подходов, базирующиеся на эмпирических данных, выявляют отчетливый феномен пищевого поведения, определяемый как переедание (обжорство) — *binge eating*. Хотя этот феномен выявляется на протяжении всего спектра нарушений пищевого поведения, его положение в современных классификационных подходах

устойчиво закреплено лишь в структуре нервной булимии (НБ) (МКБ-10, DSM-IV). Тем не менее, в DSM-IV в контексте атипичных расстройств пищевого поведения выделена отдельная категория — компульсивное переедание (Binge eating disorder, BED) и приведены исследовательские диагностические критерии.

Принимая во внимание, что классификационные критерии разрабатываются с учетом клинически выраженной патологии, целый ряд нарушений, не достигших «классификационного порога» остаются зачастую без внимания. При этом в последующем они формируют своеобразный «резерв» развернутых патологических проявлений, профилактические мероприятия при которых были бы обоснованными. Это имеет прямое отношение к феномену переедания (обжорства).

Исследовательская попытка проанализировать содержание термина «переедание», используемого молодыми женщинами, выявила, что под ним подразумевается прежде всего ощущение утраты контроля над едой, но не количество употребленной пищи на протяжении эпизода переедания, что, однако, является его важной характеристикой. Такая трактовка термина отличается от его формального профессионального использования. Это обстоятельство показывает важность отчетливой недвусмысленной трактовки феномена переедания в контексте нарушений пищевого поведения.

Классификация нервной булимии

Ключевым признаком НБ следует считать поведенческий стереотип повторяющегося переедания, вслед за чем наблюдаются повторяющиеся эпизоды компенсаторного поведения (самовызывание рвоты, жесткие диеты или прием фармакологических средств) с целью снижения веса. Критерий частоты (в DSM-IV): эпизоды переедания и компенсаторного поведения должны наблюдаться как минимум 2 раза в неделю на протяжении 3 месяцев.

Периодически повторяющиеся эпизоды переедания являются центральным звеном диагностики НБ. В то же время само определение термина «binge eating» (обжорство) не является полностью завершенным. Современная концепция переедания, основанная на эмпирическом подходе, рассматривает этот феномен в контексте двух факторов:

- употребление на протяжении ограниченного временного интервала (например, за 2 часа) определенно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах);
- ощущение того, что прием пищи находится вне волевого контроля (т. е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется).

В процессе диагностики затруднения могут возникать в трактовке объема потребленной пищи как «большого». Многие люди, страдающие нарушениями пищевого поведения, могут считать перееданием эпизоды, которые по

объективным характеристикам не являются «большими». Например, зачастую это возникает, когда они съедят «запрещенную» для себя пищу, например, порцию десерта. Употребление такого рода пищи ими оценивается как переедание и они вызывают у себя рвоту с целью освобождения от съеденной пищи. Несомненно, такого рода проявления относятся к поведенческим нарушениям и они не удовлетворяют приведенному выше критерию переедания, т. е. не превышает объем пищи, который большинство людей может съесть на десерт. Таким образом, при постановке диагноза нервной булимии на клиницисте лежит ответственность в отношении получения от пациента описания типичного паттерна переедания, чтобы вынести окончательное суждение об объеме потребленной пищи. При формировании такого суждения целесообразно учитывать обстановку, в которой происходил прием пищи. Так, потребление необычно большого количества еды на вечеринке после полноценного обеда может не являться чрезмерным. Критерий также определяет, что прием пищи должен происходить в течение «ограниченного временного интервала». Таким образом, продолжительные «перекусы» на протяжении дня также не могут быть оценены в качестве эпизодов переедания. С практической точки зрения в качестве условного критерия «большого» объема съеденной пищи может быть использован ее объем, превышающий 1000 ккал.

На протяжении эпизода переедания пациенты, страдающие НБ, употребляют разнообразную пищу. Возможно, наиболее типичным является потребление десертов или пищи, предназначенной для «перекусов», например, печенье, чипсы, мороженое, торт. Зачастую за время эпизода переедания потребляется большое количество жидкости, что, вероятно, облегчает вызывание рвоты после эпизода.

Наиболее полно эпизоды переедания обобщаются в следующей классификации (табл. 3.4.2).

Таблица 3.4.2

Классификация эпизодов переедания

		Количество еды	
		«Большое» (см. определение выше)	«Небольшое», но оцениваемое субъектом как избыточное
Кон- троль	«Утрата контроля»	Объективный булимический эпизод	Субъективный булимический эпизод
	Нет «утраты контроля»	Объективное переедание	Субъективное переедание

Формально классификационный подход к термину «binge eating» определяет объективный булимический эпизод. В то же время субъективный булимический эпизод подобен объективному за исключением критерия количества употребленной пищи. При этом целесообразно отметить, что по результатам ряда лабораторных исследований эпизодов переедания и самоотчетов пациентов НБ по калорийности эпизода переедания его объем (количество

поглощенных питательных веществ, их энергетическая ценность) не имеет убедительных доказательств в плане диагностической значимости. При отсутствии критерия «утраты контроля» принято говорить об объективном или субъективном переедании. Следует учитывать, что описанные паттерны переедания не являются взаимоисключающими и у одного и того же человека могут иметь место различные их сочетания.

Тем не менее, нормативность пищевого поведения подразумевает вариативность в объеме, частоте и качественном составе пищи на протяжении эпизодов питания. Поэтому индивидуальные отклонения от «нормальности» трудно оценить. Лабораторные исследования эпизодов переедания у женщин, страдающих НБ, обнаружили существенную интра- и межиндивидуальную вариативность в объеме съеденной пищи и ее качественном составе в процессе эпизодов переедания. Более того, многие женщины, страдающие НБ, сообщают о том, что после успешного лечения у них сохраняются эпизоды переедания, уменьшенные по своей интенсивности.

Оценка утраты контроля также проблематична. Многие женщины с НБ сообщают о своеобразном парадоксальном контроле потребления пищи, когда эпизод переедания пунктуально планируется. В этом контексте переедание представляет собой форму протеста в жестко контролирующей жизни. В отличие от пациентов, страдающих органическим повреждением головного мозга, больные НБ в достаточной мере способны регулировать свое пищевое поведение (например, они часто останавливают переедание в ответ на изменение внешних обстоятельств).

Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить набор веса, такое как самовызывание рвоты; неуместное использование слабительных и мочегонных средств, клизм или других препаратов; соблюдение постов; альтернирующие периоды голодания; чрезмерные физические нагрузки. Пациенты, страдающие НБ, вслед за эпизодом переедания предпринимают дезадаптивные попытки «очищения» от съеденной пищи, чтобы противостоять ее «полнящему» влиянию. В клинической выборке наиболее частой стратегией является самовызывание рвоты. Если вначале вызывание рвоты у пациента может иметь некоторые затруднения, то по мере прогрессирования расстройства такое поведение становится более привычным. Со временем пациенты зачастую вызывают рвоту не только вслед за эпизодом переедания, но практически после любого приема пищи, независимо от его объема. Многие индивиды с НБ используют препараты с целью противостоять полноте вследствие эпизодов переедания. Среди подобных препаратов для провокации частого стула часто используются большие количества продаваемых без рецепта слабительных средств. Хотя чрезмерное использование слабительных средств неизбежно приведет к быстрой потере массы тела (ожидаемый пациентом эффект), но это будет достигнуто посредством обезвоживания организма, а не за счет энергетических потерь. Слаби-

тельные препараты оказывают свой основной эффект на уровне толстого кишечника, в то время как абсорбция питательных веществ происходит в основном в тонком кишечнике.

Среди иных способов противостоять набору веса пациенты с НБ принимают мочегонные препараты, препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, анорексигенные средства, клизмы. Некоторые пациенты с НБ не используют приведенные выше варианты очистительного поведения. Вместо них вслед за эпизодом переедания они переходят на постную еду (например, на протяжении 24 часов после эпизода переедания употребляют некалорийную пищу), либо занимаются чрезмерными физическими упражнениями. Такого рода клинически значимое компенсаторное поведение следует оценивать как удовлетворяющее критериям классификации НБ, если:

- имеет место отсутствие потребления калорий на протяжении 24 часов;
- физические нагрузки являются избыточными, т. е. они мешают значимым видам деятельности, наблюдаются в неподходящее время или при неуместных обстоятельствах или продолжаются, несмотря на наличие медицинских осложнений.

Некоторые формы такого поведения могут быть объективно оценены. Например, самоиндукция рвоты, использование слабительных или диуретиков представляет собой дискретные эпизоды, которые могут быть и должны быть описаны в критериях частоты, а при использовании слабительных средств и диуретиков — количестве средств. Намного тяжелее оценить степень «болезненности» поведения, связанного с выполнением физических упражнений. Существуют рекомендации оценивать болезненным такого рода поведение, когда, являясь осознанным, оно по своей частоте или интенсивности физических нагрузок приводит к повреждению само по себе, либо игнорирует уже имеющиеся повреждения (дисфункции) или соматические проблемы. *Так, под нашим наблюдением находилась девушка-подросток 14 лет. Клиническая картина ее нарушенного пищевого поведения определялась критериями диагностики нервной булимии. К моменту первичного осмотра продолжительность нарушений пищевого поведения составляла 18 месяцев. В качестве меры противостояния полнящему действию пищи она использовала регулярные (после каждого приема пищи) длительные пешие прогулки и пробежки на продолжительные дистанции (порядка 10 км). При ее первичном осмотре была выявлена отечность и болезненность в области голеностопных суставов, манифестировавшая (при ретроспективной оценке) параллельно интенсификации компенсаторного поведения. Иные причины (первичная суставная патология, отечность из-за электролитных нарушений и пр.) в данном наблюдении были нами исключены.*

Самооценка находится под чрезмерным влиянием формы или веса тела. Пациенты, страдающие НБ (подобно пациентам с НА), находятся под постоянным давлением диетических ограничений и избегания набора веса тела.

В ситуации, когда их вес увеличивается, они испытывают выраженный дистресс. По данным литературы у большинства больных НБ имеется страх полноты (ожирения) и отчетливая неудовлетворенность образом собственного тела, но эти проявления неспецифичны для НБ и отмечаются у индивидов, не имеющих нарушений пищевого поведения. Выявлено, что сверхценное отношение к весу/форме тела тесно связано со степенью удовлетворенности образом собственного тела, причем эта зависимость не носит линейного характера. Сильно неудовлетворенные своим весом женщины обычно имеют сверхценное отношение к весу и форме тела. В то же время, женщины, которые придают особую значимость весу/форме тела в структуре своей самооценки не обязательно неудовлетворены своим телом.

«Границы» особенностей пищевого поведения. Исследования, обнаружившие, что периодически эпизоды переедания случаются у многих женщин, заставили сузить диагностические критерии. Основываясь на обзоре 50 эпидемиологических исследований, С. G. Fairburn & S. J. Beglin (1990) сообщили о средней распространенности нервной булимии в 10 % при оценке по критериям DSM-III и о средней распространенности НБ при DSM-III-R оценке менее 3 %.

Критерий частоты эпизодов переедания остается неразрешенным. Ряд исследователей выявили значимый характер связи между частотой эпизодов переедания и выраженностью ассоциированной психопатологии. В то же время по данным других исследований частота эпизодов переедания не связана с сопутствующей психопатологией или эффективностью лечения. В большом популяционном близнецовом исследовании женщины, страдающие «неполным» синдромом НБ (не удовлетворялся частотный критерий — эпизоды переедания дважды в неделю) не отличались от пациенток с НБ по выраженности сопутствующей психопатологии или факторов риска. Подобно «неполному» синдрому НА, у большого количества женщин с «неполным» синдромом НБ выявлены доказательства хронического течения нарушений пищевого поведения, а также у них можно ожидать развитие полного синдрома НА или НБ на протяжении их жизни.

Клинические подтипы НБ. Вслед за установлением диагноза нервной булимии целесообразно уточнить ее *клинический тип*:

– *Очистительный тип:* на протяжении текущего эпизода НБ пациент регулярно прибегает к самовызыванию рвоты или необоснованному использованию слабительных, мочегонных препаратов или клизм;

– *Неочистительный тип:* на протяжении текущего эпизода НБ пациент использует иные варианты компенсаторного неадаптивного поведения, такие как пост, чрезмерные физические нагрузки, но не вызывает у себя рвоту и не использует регулярно слабительные, мочегонные препараты или клизмы.

Выделение таких типов НБ является оправданным по ряду соображений. Пациенты, страдающие очистительным типом НБ, обычно имеют более низкую массу тела, большую выраженность симптомов депрессии и большую обеспокоенность формой и массой тела по сравнению с больными НБ неочистительного типа. Кроме того, у них чаще отмечаются нарушения обмена электролитов и жидкости в организме, что может представлять реальную угрозу для жизни таких пациентов. Аналогично НА, такое выделение подтипов не производится в МКБ-10.

Компульсивное переедание (КП) (Binge-Eating Disorder, BED) по своим клиническим проявлениям имеет сходство с нервной булимией за исключением регулярности дезадаптивного компенсаторного поведения (например, самовызывания рвоты). В качестве *исследовательских критериев* для этого расстройства в DSM-IV приводятся следующие:

А. Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся: 1) употреблением определено большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах) за очерченный (например, двухчасовой) промежуток времени; 2) чувство утраты контроля над приемом пищи (ощущение того, что в течение эпизода прием пищи находится вне волевого контроля (т. е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется)).

При оценке компульсивного переедания затруднения могут быть вызваны оценкой времени окончания и размеров эпизода переедания, т. к., в отличие от эпизода при НБ, он не заканчивается рвотой и утрата контроля над приемом пищи может продолжаться несколько часов. Было обнаружено, что 24 % эпизодов переедания у женщин с диагнозом BED продолжаются на протяжении целого дня. У лиц, предъявляющих жалобы на наличие эпизодов обжорства, зачастую обнаруживаются эпизоды переедания, которые бывают трудно отличимы от приема пищи здоровыми людьми. Для уточненной оценки следует основываться на следующих критериях.

В. Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку из-за смущения по поводу объема поглощенной пищи, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания).

С. Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства.

У людей, страдающих компульсивным перееданием, при клиническом обследовании выявляется выраженная обеспокоенность по поводу своей проблемы, которую они обычно оценивают как типичное поведенческое нарушение. Это беспокойство обычно связывается пациентами с чувством «утраты контроля» над приемом пищи и последствиями этого поведения для здоровья. Включение критерия «дистресса» сужает диагностические «рамки»:

без него BED диагностировалось у 10 % лиц, обращающихся за помощью в контроле веса и у 50 % людей с этими проблемами в популяции.

Д. Частые (минимальное количество — два раза в неделю) и повторяющиеся (на протяжении 6 месяцев и более) эпизоды обжорства.

Указанный критерий частоты отличает компульсивное переедание от НБ. Во первых, в качестве критерия оценки используется не булимический эпизод, а число дней в неделю, когда отмечались эпизоды обжорства (в частности, из-за затруднений в разграничении эпизодов обжорства). Во-вторых, продолжительность 6 месяцев обусловлена необходимостью выделения «чистых» клинических признаков этого достаточно «молодого» в диагностическом плане расстройства, что можно сделать, увеличив критический временной порог.

Е. Во время эпизодов переедания не наблюдается регулярное дезадаптивное компенсаторное поведение (напр., очистительные ритуалы, пост, изнуряющие физические нагрузки), эти эпизоды не наблюдаются исключительно в структуре нервной анорексии и булимии.

Диагноз компульсивного переедания обычно сопряжен с ожирением, ранним началом использования диет, неудовлетворенностью образом собственного тела, частыми эпизодами снижения веса и его последующего набора, а также общим психиатрическим дистрессом. Диетические ограничения обычно предшествуют манифестации КП у индивидов с изначально нормальным весом. В то же время такая информация в отношении передающих с ожирением достаточно скудна. Указывается, например, что у таких пациентов имеется склонность к началу ожирения в юношеском возрасте, прослеживается отчетливая наследственная склонность к ожирению и частое использование диет и снижение веса. В то же время обнаружено, что примерно в 2/3 случаев передающих, страдающих ожирением, проявления переедания предшествовали развитию ожирения.

Отсутствие регулярного компенсаторного поведения, по-видимому, приводит к ожирению многих пациентов, страдающих КП. Есть указания на то, что около 13 % пациентов с этим расстройством периодически вызывают рвоту, а 6,7 % прибегает к использованию слабительных. Возможно, что эти попытки поддержания нормального веса посредством компенсаторного поведения недостаточно эффективны.

Необходимы дальнейшие исследования различий между неочистительным подтипом НБ и компульсивным перееданием. Есть данные, свидетельствующие в пользу того, что женщины, страдающие неочистительным подтипом НБ, очень похожи на таковых с очистительным подтипом НБ по характеристикам связанной с питанием патологии и существенно отличаются от женщин с компульсивным перееданием. Несмотря на то, что у «передающих» вес тела больше и они не удовлетворены своим весом, они, как правило, не придерживаются жестких диет в промежутках между эпизодами об-

жорства. В соответствии с этим имеются указания на континуум тяжести сопряженных психиатрических симптомов: наиболее тяжелый полюс — НБ (очистительный подтип) — НБ (без очистительного поведения) — компульсивное переедание с ожирением (наименее тяжелые проявления).

Таким образом, накопление данных эмпирических исследований нарушений пищевого поведения свидетельствуют в пользу целесообразности тщательного подхода к оценке феномена переедания с учетом его многогранности. Жестко структурированные клинические исследования нужны для возможности получения сопоставимых данных и их последующей экстраполяции в практику.

Другие примеры атипичных форм нарушений пищевого поведения:

- *Женщины, имеющие все критерии нервной анорексии, за исключением нарушений менструального цикла.*

Лица, у которых выявляются все критерии диагноза НА, за исключением нарушения менструальной функции, составляют небольшую, но клинически важную группу. Среди них часто встречаются лица с хроническим (на протяжении многих лет) течением нарушений пищевого поведения, при котором они поддерживали низкую массу тела. Поскольку малое количество жировой ткани при НА обычно меньше критического порога для нормального функционирования менструальной функции, остается не до конца понятным, почему у некоторых пациентов с нарушениями пищевого поведения сохраняется менструальная функция при низкой массе тела. Возможно, это является проявлением процессов биологической адаптации организма к низкому весу, позволяющему поддерживать менструальную функцию на фоне хронического истощения. Терапевтические подходы к лечению таких пациентов идентичны таковым при лечении нервной анорексии.

- *Женщины, имеющие все критерии нервной анорексии, за исключением существенного снижения массы тела; масса тела на момент обследования находится в пределах нормальных значений.*

Люди могут относиться к подобной подгруппе вследствие значительной потери массы тела на фоне предшествующего ожирения и поддержания этой пониженной массы тела только посредством чрезмерных и стабильных ограничений в калорийности питания. В процессе клинического наблюдения у них выявляется выраженный уровень озабоченности по поводу еды и массы тела, который сопоставим с таковым при нервной анорексии. Такие пациенты зачастую относятся к когорте «трудных», поскольку оценивают себя, а также могут оцениваться окружающими как «выздоровевшие» от тяжелой болезни (т. е. ожирения). Такие люди связывают соматическое благополучие и комфорт в психосоциальных отношениях со снижением веса. Таким образом, они оказываются крайне незаинтересованными в отказе от стереотипа ригидных диетических ограничений и других симптомов, поскольку это защищает их от увеличения массы тела. Чрезвычайно важной для таких людей является

помощь в переоценке степени психосоциальных и соматических повреждений, наносимых проявлениями нарушений пищевого поведения. Они нуждаются в аккуратной неформальной поддержке на протяжении лечения, целью которого является разрушение ригидных установок питания.

- *У индивида соблюдаются все критерии НБ за исключением критерия частоты и периодичности (эпизоды переедания и компенсаторного поведения встречается в среднем как минимум дважды в неделю на протяжении 3 месяцев).*

Такого рода характер симптоматики может наблюдаться, например, если булимические эпизоды наблюдаются в среднем реже, чем 2 раза в неделю, а самовызываемая рвота отмечается за день многократно на фоне многолетнего использования слабительных средств. Здесь можно обсуждать возможное несоответствие сопряженной симптоматики, поскольку у тех индивидов, которые часто вызывают у себя рвоту обычно отмечается достаточно частые булимические эпизоды, удовлетворяющие по своей частоте критериям классификации. Указанная классификационная проблема исходит из тщательных научных исследований проблемы переедания, которые указали трудности в объективизации того, сколько человек съел прежде чем вызвать у себя рвоту. В частности, несмотря на наличие высокой корреляции между субъективной и объективной оценкой объема пищи, поглощенного пациентом, страдающим НБ за период булимического эпизода, показано, что пациентам свойственно переоценивать его объем. На настоящий момент также мало известно в отношении того, как часто наблюдается повторение рвоты у людей, частота эпизодов переедания у которых не достигает требуемого классификацией порога. В то же время клиницистам важно быть осведомленными в отношении того, что метаболические нарушения и серьезный риск для здоровья существенно более тесно связан с самовызыванием рвоты и злоупотреблением слабительными средствами, чем с эпизодами переедания.

- *Регулярное использование дезадаптивного компенсаторного поведения у индивидов с нормальной массой тела после употребления небольшого количества еды (например, самовызывание рвоты после употребления двух печений).*

В подобных случаях отмечается регулярное использование дезадаптивных стилей компенсаторного поведения при невыполнении нескольких критериев диагностики НБ. Самовызывание рвоты после употребления небольшого количества еды может наблюдаться у лиц, испытывающих невыносимый ужас перед едой, что приводит к тому, что они не могут удержать в желудке даже небольшое количество еды. Такие лица могут оценивать употребление маленького объема пищи как переедание. Принимая во внимание высокую опосредованность риска для здоровья рвотами и злоупотреблением слабительными, лица, имеющие такого рода симптоматику, должны получать лечение, соответствующее пациентам, страдающим нервной булимией. В не-

которых случаях у них может отмечаться устойчивость к лечебным стратегиям, поскольку их рвотное поведение является эго-синтонным (т. е. согласуется с самопредставлением, является неотъемлемой частью личности) и не сопровождается дистрессом, свойственным пациентам, страдающим НБ, при повторяющихся эпизодах переедания.

- *Стереотип повторяющегося жевания и выплевывания, но не проглатывания пищи в больших объемах.*

Такая симптоматика позволяет более отчетливо обозначить некоторые границы других форм нарушений пищевого поведения. В частности, чтобы классифицировать болезненный эпизод пищевого поведения как относящийся к эпизоду переедания, пища должна быть поглощена на протяжении эпизода. Учитывая эти особенности при нервной анорексии, следует иметь в виду, что лица, которые регулярно жуют и выплевывают большое количество еды и не используют очистительное поведение, должны оцениваться как имеющие нервную анорексию ограничительного типа.

Таким образом, обсуждая клиническое многообразие нарушений пищевого поведения, можно говорить об их континууме, отражающем преемственность отдельных клинических проявлений (рис. 3.4.1). На рисунке спектр нарушений пищевого поведения представлен с учетом соответствующих подтипов расстройств (DSM-IV), а градацией цвета отмечена интенсивность выраженности отдельных клинических феноменов.

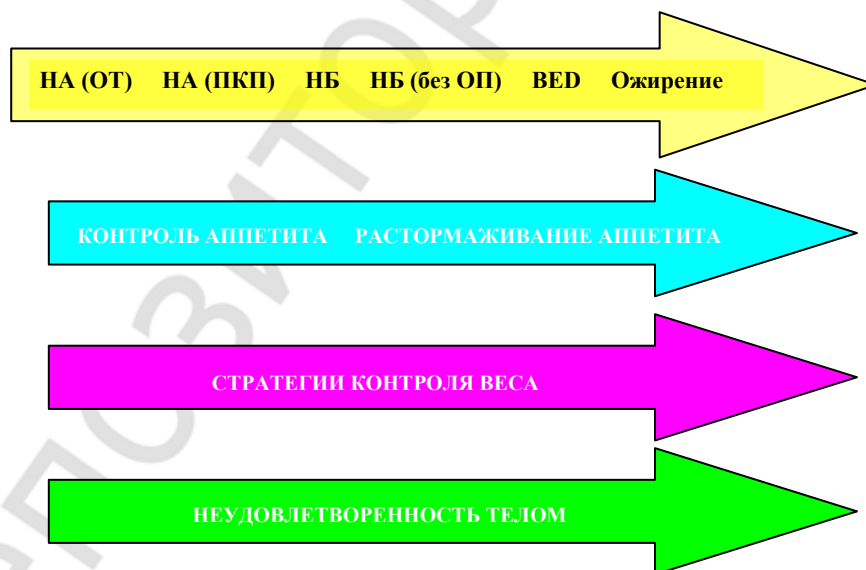


Рис. 3.4.1. Качественные характеристики нарушений пищевого поведения

Принимая во внимание, что порядка 50 % больных нарушениями пищевого поведения оказываются не диагностированными, следует иметь в виду следующие клинические признаки, при выявлении которых целесообразно провести углубленное обследование.

Признаки, которые могут указывать на недиагностированное нарушение пищевого поведения

Соматическая сфера:

- замедление роста;
- значительное изменение или частые колебания массы тела;
- неспособность набрать вес;
- чувство усталости;
- запоры или поносы;
- подверженность переломам;
- позднее менархе;
- гипокалиемия, гиперфосфатемия, метаболический ацидоз или алкалоз, высокий уровень сывороточной амилазы.

Поведенческие признаки:

- изменения в пищевых привычках;
- затруднения при приеме пищи в присутствии посторонних;
- сопротивление попыткам взвешивания и обследования;
- обращение за помощью в связи с соматическими симптомами;
- депрессия;
- социальная изоляция;
- непосещение школы, пропуск работы;
- поведение, вводящее в заблуждение, секреты;
- ношение одежды, скрывающей тело;
- в поведении — признаки повышенной энергичности, иногда возбуждение;
- озлобление или дистресс при попытке обсуждения проблем, связанных с питанием;
- воровство (например, с целью приобретения еды);
- злоупотребление психоактивными веществами;
- чрезмерные физические нагрузки.

3.5. Синдром ночной еды

В истории изучения нарушений пищевого поведения существовал период, когда полагали, что все проявления ожирения связаны с нарушениями пищевого поведения. На сегодняшний день лишь две формы нарушений пищевого поведения имеют связь с ожирением: Расстройство по типу переедания и Синдром ночной еды (СНЕ).

Синдром ночной еды был впервые описан Albert J. Stunkard в 1955 году как расстройство, в структуре которого отмечается триада проявлений: утренняя анорексия, вечерняя или ночная гиперфагия (при ясном сознании) и инсомния. Клинические исследования СНЕ выявили, что расстройство: 1) неравномерно встречается среди людей с ожирением; 2) отмечается на

протяжении периодов жизненных стрессов; 3) проходит по мере ослабления стрессов. СНЕ, по-видимому, является специфическим циркадным ответом на стресс у некоторых людей с ожирением.

Исследования, использовавшие указанные критерии, показали, что распространенность СНЕ в общей популяции составляет примерно 1,5 % и распространенность увеличивается по мере увеличения массы тела. Среди людей, которые субъективно оценили себя как склонных к перееданию, расстройство по типу переедания было отмечено несколько чаще (20 %), чем синдром ночной еды (15 %).

Поведенческие проявления. У людей с ожирением, страдающих СНЕ, суточная калорийность потребленной пищи оказывается несколько выше, чем у людей с ожирением, но без СНЕ. Принципиально различается суточный паттерн потребления пищи: люди с СНЕ имеют некоторую задержку во времени в отношении употребления пищи. В исследованиях было показано, что до 18:00 они употребляли только 37 % их суточного потребления по сравнению с 74 % в группе контроля. Потребление пищи в контрольной группе поступательно уменьшалось в вечерние часы, в то время как люди с СНЕ наращивали его вплоть до времени после полуночи. На протяжении периода времени с 20:00 до 6:00 люди, страдающие СНЕ употребляли 56 % их суточной калорийности по сравнению с 15 % в группе контроля.

Для людей с синдромом ночной еды был характерен пониженный фон настроения по сравнению с группой контроля. Причем динамика настроения на протяжении суток была своеобразна. В отличие от типичного улучшения настроения к вечеру у людей, страдающих депрессией, люди с СНЕ отмечали его ухудшение.

При синдроме ночной еды имеет место как ранняя инсомния, так и поверхностный сон в середине ночи, когда они просыпались намного чаще, чем представители контрольной группы (3,6 и 0,3 раза соответственно). Половина пробуждений у лиц с СНЕ была связана с потреблением пищи, в то время как в контрольной группе этого не отмечалось. Эти приемы пищи не соответствовали перееданию и ограничивались лишь небольшими порциями (в среднем 271 кКал). Качественный состав пищи, принятой в эти ночные «перекусы», характеризовался высоким содержанием углеводов (70 % в сравнении с 47 % потребления на протяжении остального времени суток), а также высоким соотношением углеводов к белкам (7:1). Интересно, что такой пищевой паттерн (с высоким индексом соотношения углеводов и белков) облегчает транспорт триптофана в мозг и его превращение в серотонин, который, в свою очередь, способствует сну.

Нейроэндокринные особенности. Люди, страдающие синдромом ночной еды, значительно различаются от контрольных субъектов по уровню плазменных концентраций мелатонина, лептина и кортизола. Плазменный уровень мелатонина в ночные часы у людей с СНЕ был существенно ниже, чем в кон-

трольной группе. Причем уровни мелатонина значимо не различались между лицами с СНЕ, имеющими ожирение или без него. Как и предполагалось, плазменные уровни лептина были выше у лиц с ожирением по сравнению с индивидами с нормальной массой тела независимо от наличия или отсутствия у них СНЕ. В то же время драматичные различия наблюдались в суточной динамике плазменной концентрации лептина. У людей с СНЕ не происходило повышения уровня лептина в ночные часы как это было в контрольной группе. Оценка плазменной концентрации кортизола на протяжении 24 часов показала большие его уровни по сравнению с контролем. Важно отметить, что суточные профили этих трех гормонов по своим пикам и падениям не отличались от таковых с контрольной группой. Очевидно, что не было смещения циркадных ритмов нейроэндокринных параметров вопреки явному смещению фаз пищевого поведения на протяжении суток.

Таким образом, синдром ночной еды представляет собой уникальную комбинацию нарушений пищевого поведения, расстройства сна и настроения. Своеобразный нейроэндокринный профиль помогает в понимании этой интеграции. Пониженный выброс мелатонина в ночные часы может быть связан с бессонницей в середине ночи у людей с СНЕ. Низкий уровень мелатонина характерен для людей с депрессией и может быть ответственным в целом за пониженное настроение у людей, страдающих синдромом ночной еды. Отсутствие подъема концентрации лептина в ночные часы в плазме крови людей с СНЕ может уменьшать типичное для здоровых субъектов ночное подавление аппетита. При этом человек будет чувствовать побуждение поесть, обусловленное чувством голода, что будет еще больше усугублять качество сна. Повышенный уровень кортизола у людей с синдромом ночной еды может быть ответственным за специфические особенности ответа на стресс.

Лечение. Специфических методов лечения, доказавших свою эффективность для синдрома ночной еды нет. Существуют указания на некоторую эффективность долгосрочной психодинамической психотерапии. Возможной эффективностью при СНЕ обладают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, принимая во внимание специфичность профиля действия этих средств на расстройства настроения и сна. По-видимому, препараты, влияющие на уровень мелатонина, также могут оказать эффект при влиянии на пониженную концентрацию мелатонина в ночное время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакирева, Е. Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагностика, патогенез, терапия) : обзор литературы / Е. Е. Балакирева // Психиатрия. 2005. № 5 (16). С. 44–55.
2. Коркина, М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. М. : Медицина, 1986. 176 с.

3. Особенности динамики булимических расстройств при нервной анорексии эндогенного генеза / В. В. Мариллов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 11. С. 62–63.
4. Типология нарушений пищевого поведения (нервная анорексия с булимией и vomitomаническими расстройствами) у детей и подростков / Е. Е. Балакирева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 7. С. 15–21.
5. *Anorexia nervosa* and major depression: shared genetic and environmental risk factors / T. D. Wade [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 157, № 3. P. 469–471.
6. *Behavioral* and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome / G. Birketvedt [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. 1999. Vol. 282. P. 657–663.
7. *Bell, R. M.* Holy anorexia / R. M. Bell. Chicago : University of Chicago Press, 1985.
8. *Berkman, J. M.* Anorexia nervosa : anorexia, inanition and low basal metabolic rate / J. M. Berkman // *American Journal of Medical Science*. 1930. Vol. 180. P. 411–424.
9. *Beumont, P. J. V.* The evolution of the concept of anorexia nervosa / P. J. V. Beumont, M. S. Al-Alami, S. W. Touyz // *Handbook of eating disorders: Part 1. Anorexia and bulimia nervosa* / P. J. V. Beumont, G. D. Burrows, R. C. Casper (Eds.). New York : Elsevier, 1987. P. 105–116.
10. *Boskin-Lodahl, M.* Cinderella's stepsisters : a feminists perspective on anorexia nervosa and bulimia / M. Boskin-Lodahl // *Journal of Women in Culture and Society*. 1976. Vol. 2. P. 342–356.
11. *Bruch, H.* Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa / H. Bruch // *Psychosomatic Medicine*. 1962. Vol. 24. P. 187–194.
12. *Casper, R. A.* On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome : a historical view / R. A. Casper // *International Journal of Eating Disorders*. 1983. Vol. 2, № 3. P. 3–16.
13. *Controlled* family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa : evidence of shared liability and transmission of partial syndromes / M. Strober [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 393–401.
14. *Crichton, P.* Where the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? / P. Crichton // *International Journal of Eating Disorders*. 1996. Vol. 19. P. 203–207.
15. *Crisp, A.* Anorexia nervosa : Let me be / A. Crisp. London : Academic Press, 1980.
16. *Crisp, A. H.* The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake / A. H. Crisp // *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 117–131.
17. *Evidence* for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1 / D. E. Grice [et al.] // *Am. J. Hum. Genet.* 2002. Vol. 70, № 3. P. 787–792.
18. *Fairburn, C. G.* Eating disorders and obesity / C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds.). New York, London : The Guilford Press, 2002. 633 p.
19. *Fairburn, C. G.* Eating disorders / C. G. Fairburn, P. J. Harrison // *Lancet*. 2003. Vol. 361. P. 407–416.
20. *Family* study of the aggregation of eating disorders and mood disorders / B. Mangweth [et al.] // *Psychol. Med.* 2003. Vol. 33, № 7. P. 1319–1323.
21. *Garner, D.* Handbook of treatment for eating disorders / D. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.). 2nd ed. New York, London : The Guilford Press, 1997. 528 p.
22. *Genetic* and environmental influences on binge eating in the absens of compensatory behaviours: a population-based twin study / T. Reichborn-Kjennerud [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. Vol. 36. P. 307–314.
23. *Gull, W. W.* Anorexia nervosa / W. W. Gull // *Lancet*. 1888, i. P. 516–517.
24. *Kaplan, A. S.* Bulimia in the Talmud / A. S. Kaplan, P. E. Garfinkel // *American Journal of Psychiatry*. 1984. Vol. 141. P. 721.
25. *Lasegue, C.* On hysterical anorexia / C. Lasegue // *Medical Times and Gazette*. 1873. Vol. 2. P. 367–369.

26. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates / B. Devlin [et al.] // *Hum. Mol. Genet.* 2002. Vol. 11, № 6. P. 689–696.
27. *Marce, L.-V.* On a form of hypochondrical delirium occurring consecutive to dyspepsia, and characterized by refusal of food / L.-V. Marce // *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology.* 1860. Vol. 13. P. 264–266.
28. *Morton, R.* Phthisiologia, or, a treatise of consumptions / R. Morton. London : Smith & Walford, 1694.
29. *Morton, R.* Phthisiologia, seu exercitationes de phthisi / R. Morton. London : S. Smith, 1689.
30. *Nasser, M.* A prescription of vomiting : historical footnotes / M. Nasser // *International Journal of Eating Disorders.* 1993. Vol. 13. P. 129–131.
31. *Nemiah, J. C.* Anorexia nervosa : a clinical psychiatric study / J. C. Nemiah // *Medicine.* 1950. Vol. 29. P. 225–268.
32. *Parry-Jones, B.* Bulimia : an archival review of its history in psychosomatic medicine / B. Parry-Jones, W. L. Parry-Jones // *International Journal of Eating Disorders.* 1991. Vol. 10. P. 129–143.
33. *Rand, C. S. W.* The night eating syndrome in the general population and among post-operative obesity surgery patients / C. S. W. Rand, M. D. Macgregor, A. J. Stunkard // *International Journal of Eating Disorders.* 1997. Vol. 22. P. 65–69.
34. *Russel, G. F. M.* Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa / G. F. M. Russel // *Psychological Medicine.* 1979. Vol. 9. P. 429–448.
35. *Ryle, J. A.* Anorexia nervosa / J. A. Ryle // *Lancet.* 1936, ii. P. 893–899.
36. *Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa / C. M. Bulik [et al.] // Am. J. Hum. Genet.* 2003. Vol. 72, № 1. P. 200–207.
37. *Sunkard, A. J.* The night-eating syndrome : A pattern of food intake among certain obese patients / A. J. Sunkard, W. J. Grace, H. G. Wolff // *American Journal of Medicine.* 1955. Vol. 19. P. 78–86.
38. *The genetic epidemiology of bulimia nervosa / K. S. Kendler [et al.] // Am. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 148, № 12. P. 1627–1637.
39. *Twin studies of eating disorders: a review / C. M. Bulik [et al.] // International Journal of Eating Disorders.* 2000. Vol. 27, № 1. P. 1–20.
40. *Waller, J. V.* Anorexia nervosa: a psychosomatic entity / J. V. Waller, M. R. Kaufman, F. Deutsch // *Psychosomatic Medicine.* 1940. Vol. 2. P. 3–16.

ГЛАВА 4

ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

4.1. Факторы риска нарушений пищевого поведения

Сегодня принято считать, что нарушения пищевого поведения являются многофакторными расстройствами. Идентифицированы социокультуральные, психологические, средовые, наследственные, биологические факторы риска [С. G. Fairburn, P. J. Harrison, 2003] возникновения НПП. Также есть необходимость принимать в расчет ряд характеристик, сопряженных с особенностями индивидуального развития, предрасполагающих к возникновению НПП.

Основные факторы риска в развитии нервной анорексии и нервной булимии

Общие факторы:

- женский пол;
- подростковый и ранний взрослый возраст;
- проживание в западном обществе.

Индивидуальные факторы

Семейный анамнез:

- любая форма НПП;
- депрессия;
- злоупотребление ПАВ, особенно алкоголизм (нервная булимия);
- ожирение (нервная булимия).

Факторы, предшествующие началу расстройства:

- дезадаптивное семейное воспитание (особенно малый уровень контакта с ребенком, чрезмерные ожидания, разногласия между родителями);
- сексуальное насилие;
- пристрастие к диетам потенциального пациента и склонность членов семьи придерживаться диетических ограничений;
- критические замечания в отношении еды, формы тела или веса от членов семьи или окружения;
- профессиональное или средовое давление в отношении похудения.

Предболезненные особенности:

- пониженная самооценка;
- перфекционизм (нервная анорексия и, в меньшей степени, нервная булимия);
- тревога и тревожные расстройства;
- ожирение (нервная булимия);
- раннее начало менархе (нервная булимия).

Социокультуральные факторы. Общеизвестно, что девушки и молодые женщины с большей вероятностью (в 10 раз) заболевают нарушениями пищевого поведения (по сравнению с мужчинами и юношами). Это дает основание считать *женский пол* фактором риска в развитии НПП. Среди социокультуральных факторов риска отчетливо вырисовывается *озабоченность по поводу веса и формы тела* у подверженного контингента. В современном индустриальном обществе красоту и привлекательность внешности свойственно рассматривать в качестве важнейшей составляющей женственности, источника социальных достижений и успешности, когда предпочтение отдается обаятельной, стройной, «ухоженной», молодой особе, умеющей «контролировать» жизненные обстоятельства и, прежде всего, себя. Предлагаемый в качестве объекта для подражания своеобразный идеал «суперженщины», включающий безукоризненную внешность, успешность в межличностных отношениях и карьере, сопряжен зачастую с конфликтом ролевых ожиданий и затрудняет формирование личностной идентичности субъекта. Поскольку молодая женщина ориентирована на достижение позитивного представления о себе, борьба за достижение стройности может восприниматься как ясная и конкретная задача для достижения социального принятия. Кроме того, успешность в процессе контроля за внешностью может рассматриваться в качестве гиперкомпенсации в отношении иных, менее эффективных направлений деятельности. Безоговорочное принятие таких социокультуральных посланий, когда девушка или молодая женщина рассчитывает на то, что с изменением ее внешности (например, с ее похуданием) произойдет трансформация всей системы ее отношений с миром, с большой вероятностью определяет ее в группу риска нарушений пищевого поведения. Такого рода социальным предпочтениям по результатам эпидемиологических исследований соответствует большая частота развития НПП. Принятию нереалистичного идеала стройности сопутствует повторяющееся давление средств массовой информации, превозносящее чрезмерную худобу. Широко доступные женские журналы предлагают большое количество информации, преследующей цель снижения веса (разнообразные диеты, низкокалорийные продукты питания, средства для похудения типа «суперсжигатель жира» и проч.). Согласно одному исследованию, журналы, наиболее читаемые женщинами в возрасте 18–24 года имеют в 10 раз больше «диетического содержания» по сравнению с таковыми, ориентированными на мужчин. Следует отметить также, что социокультуральные послания поддерживаются и порицающими замечаниями сверстников в отношении внешности, избыточной полноты, что, в свою очередь, усиливает степень неудовлетворенности внешностью (образом собственного тела) и побуждает субъекта к ограничениям в питании.

Следствием такого рода «информационной обработки» является экспериментирование с *диетами*, которое может начинаться уже с возраста 8–10 лет. Примерно у 20 % девочек подросткового возраста по результатам оценок

стандартизированных тестов определяются те или иные нарушения пищевых предпочтений, которые в конечном счете могут привести к возникновению расстройств пищевого поведения. Обращает на себя внимание тот факт, что измененное отношение к пищевым продуктам основывается не на реальном весе, а на субъективных ощущениях избыточности массы тела, поддерживается бытующими в семьях воззрениями в отношении полноты (в особенности мнением матери на этот счет). Это позволяет говорить об изменении образа восприятия собственного тела как одном из факторов, подталкивающих подростков к анорексигенной диете. В целом примерно каждая третья женщина в разные периоды своей жизни использует «экстремальные» методы контроля веса, что может быть весьма определенным предвестником более серьезных расстройств пищевого поведения. Так, вероятность развития клинически выраженной нервной анорексии в 18 раз выше у тех девочек-подростков, которые используют жесткие диетические программы и в 5 раз выше — при умеренных диетических ограничениях в сопоставлении с теми подростками, которые диет не придерживаются вовсе. Порядка $\frac{2}{3}$ новых случаев нарушений пищевого поведения отмечается среди тех девушек и молодых женщин, которые худели умеренно. Даже ежедневные физические нагрузки с целью контроля массы тела, по-видимому, могут быть более безопасными в отношении риска развития нарушений пищевого поведения среди подростков [G. C. Patton et al., 1999].

Представляют интерес результаты исследований особенностей пищевого поведения и факторов с ним связанных среди 419 белорусских девушек-подростков 13–18 лет. Важно отметить, что указанная выборка была рандомизированна с учетом соответствия повозрастных долей таковым в белорусской популяции на момент исследования. Сверхценный характер отношения к собственной внешности (форме и массе тела)³ у обследованных оказывал значимое влияние на дезадаптивный характер их пищевого поведения. Выраженность эффектов влияния сверхценного отношения к массе и форме собственного тела на шкалы Опросника пищевых предпочтений (ОПП-26) представлена в табл. 4.1.1.

Таблица 4.1.1

Влияние сверхценного отношения к форме и массе собственного тела у девушек-подростков 13–18 лет (многофакторный дисперсионный анализ ANOVA (2*6))

Характер отношения к собственной внешности	Шкалы ОПП-26	F	p
Сверхценное отношение к массе тела	«Нарушение пищевого поведения»	25,48	<0,001
	«Самоконтроль пищевого поведения»	9,64	=0,002
	«Озабоченность образом тела»	84,33	<0,001
	«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	5,19	=0,023

³ Оценивался как 75 % перцентиль по шкалам субъективной значимости формы и массы тела.

Характер отношения к собственной внешности	Шкалы ОПП-26	F	p
Сверхценное отношение к форме тела	«Нарушение пищевого поведения»	18,22	<0,001
	«Самоконтроль пищевого поведения»	3,29	=0,071
	«Озабоченность образом тела»	59,65	<0,001
	«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	9,85	=0,002

Известную озабоченность вызывает изрядная доля белорусских девушек-подростков, озабоченных собственной массой тела или его формой. Среди респонденток по возрастные доли девушек, имеющих сверхценное отношение к массе/форме собственного тела составили: 13–14-летние — 42,0–36,6 %; 15–16-летние — 50,7–41,2 %; 17–18-летние — 35,1–28,9 % соответственно. Имея сходную (с результатами других исследований) по возрастную динамику с пиком у 15–16-летних, у отечественных девушек ее распространенность существенно выше (в 2–2,5 раза).

Значимое влияние сверхценного отношения к собственной массе/форме тела на проявления отклоняющегося пищевого поведения отмечено начиная с возраста 15 лет. Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA (2*2) свидетельствует о взаимном потенцировании ($F = 6,18$, $p = 0,013$) эффектов влияния сверхценного отношения к собственному весу ($F = 24,24$, $p < 0,00001$) и форме тела ($F = 9,49$, $p = 0,0022$) на величину суммарного балла опросника ОПП-26.

Следует отметить, что «война за вес» у белорусских девушек-подростков не определяется объективным его избытком. Величина нормированного для возраста индекса массы тела (z -ИМТ)⁴, на фоне которого становится значимым влияние сверхценного отношения к массе собственного тела (ANOVA 2*2, $F = 8,83$, $p = 0,003$), соответствует дефициту массы тела в 0,3–0,7 стандартных отклонения (рис. 4.1.1). Влияние же сверхценного отношения к форме собственного тела не было достоверным.

В этой же выборке нами анализировалась взаимосвязь объективной оценки и субъективного восприятия массы собственного тела респонденток с учетом особенностей их феноменологии пищевого поведения. Средние величины ИМТ и z -ИМТ у девушек-подростков 13–18 лет представлены в табл. 4.1.2. Следует отметить, что для всех возрастных подгрупп характерна отрицательная размерность величины z -ИМТ, что свидетельствует об отклонении роста-весового коэффициента респондентов от средних величин выборки стандартизации в направлении меньших значений.

⁴ z -ИМТ = ИМТ обследуемого – ИМТ_{ср} по выборке стандартизации для соответствующего возраста / δ по выборке стандартизации для соответствующего возраста.

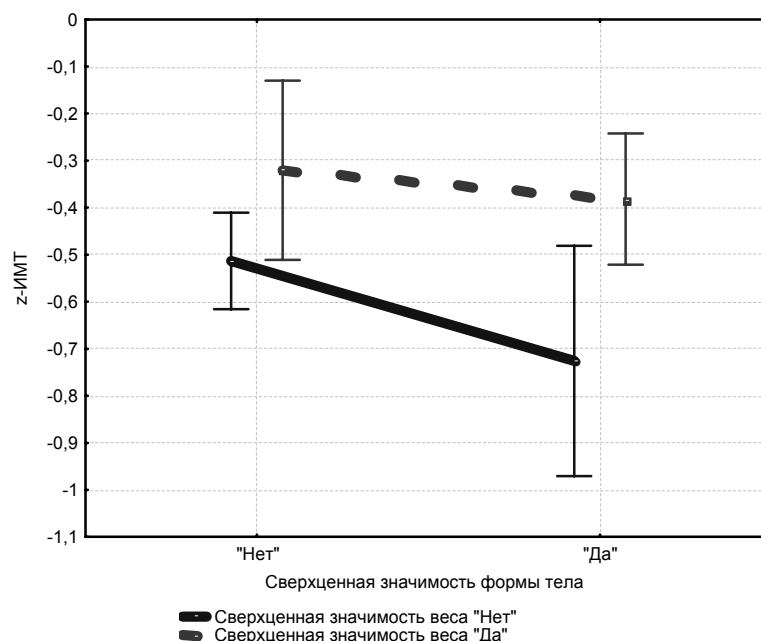


Рис. 4.1.1. Влияние сверхценного отношения к форме и массе собственного тела на величину z-ИМТ

Таблица 4.1.2

Величина ИМТ и z-ИМТ у девушек-подростков 13–18 лет

Возраст	ИМТ $\pm \delta$	z-ИМТ $\pm \delta$
13	18,41 \pm 1,72	-0,069 \pm 0,64
14	18,35 \pm 1,90	-0,42 \pm 0,69
15	19,19 \pm 1,67	-0,45 \pm 0,60
16	20,06 \pm 2,21	-0,42 \pm 0,80
17	19,82 \pm 1,93	-0,70 \pm 0,71
18	20,08 \pm 2,31	-0,65 \pm 0,80

Разделение обследованных с учетом центильной характеристики ИМТ показал, что 8,82 % выборки тяготеет к избыточной массе тела или имеет явный ее избыток, 49,51 % соответствует критериям нормальной массы тела, у 41,67 % выборки отмечена тенденция к дефициту или явный дефицит массы тела. В то же время респонденты в целом по выборке субъективно оценили свой вес следующим образом: «избыточный» — 19,6 %, «недостаточный» — 5,7 %, «нормальный» — 73,5 %. Обращает на себя внимание значимое расхождение в субъективной и объективной оценках ИМТ (R Спирмена, $p > 0,05$) (рис. 4.1.2). Так, при реальном дефиците ИМТ 82,4 % девушек считает свой вес нормальным, а 7,06 % полагает даже, что он избыточен. В то время как при реальном избытке массы тела свой вес оценили как «нормальный» 52,78 % респондентов.

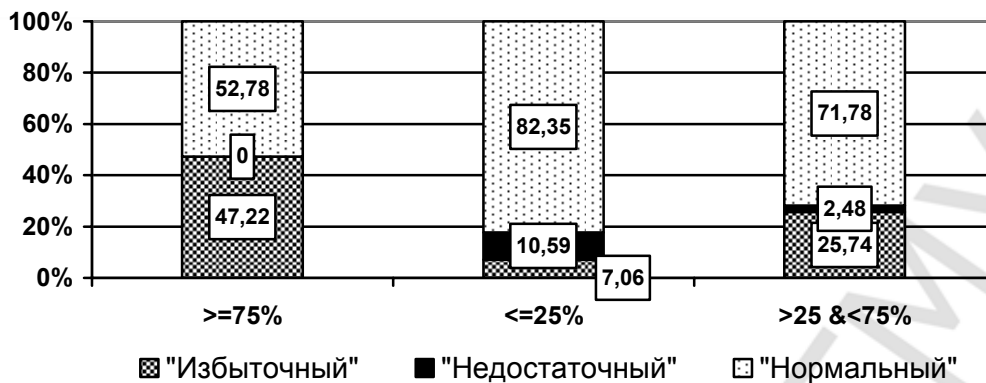
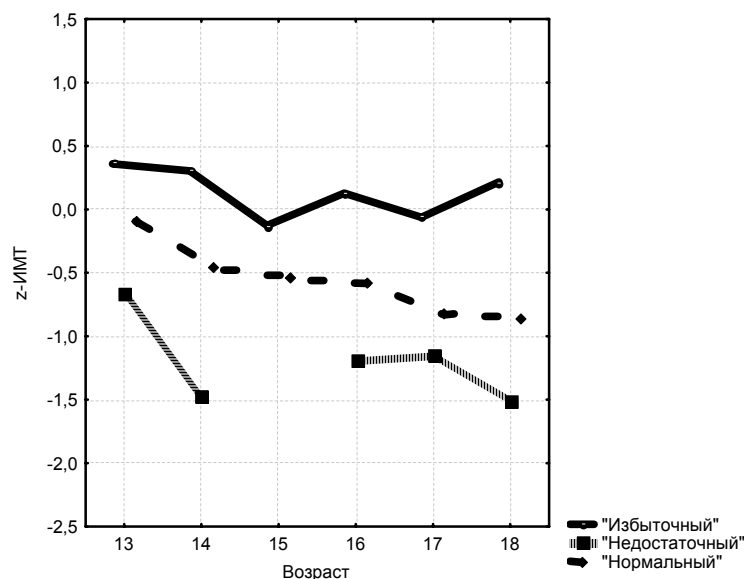


Рис. 4.1.2. Распределение респондентов (в %) с учетом центильного значения ИМТ и субъективной оценки веса

Мы оценили характер взаимозависимости самооценки массы тела и объективного параметра — индекса массы тела, пересчитанного в z-ИМТ — коэффициент с учетом характера самооценки веса как «избыточный», «недостаточный», «нормальный» на протяжении анализируемого нами возрастного периода от 13 до 18 лет (рис. 4.1.3). Для этого был использован многофакторный дисперсионный анализ ANOVA 6*3. Его результаты ($F = 10,609$, $p < 0,001$) показывают, что возраст обследуемых и субъективная оценка ими собственного веса были изолированно сопряжены с величиной z-ИМТ. Причем именно субъективная оценка собственного веса оказывает существенно большее влияние на величину z-ИМТ (η^2), определяя 21,2 % ее дисперсии. Критерий однородности дисперсии Левина ($F = 1,153$, $p = 0,304$) показал, что дисперсии для каждой из сравниваемых подгрупп статистически достоверно не различаются, следовательно, результаты ANOVA могут быть признаны



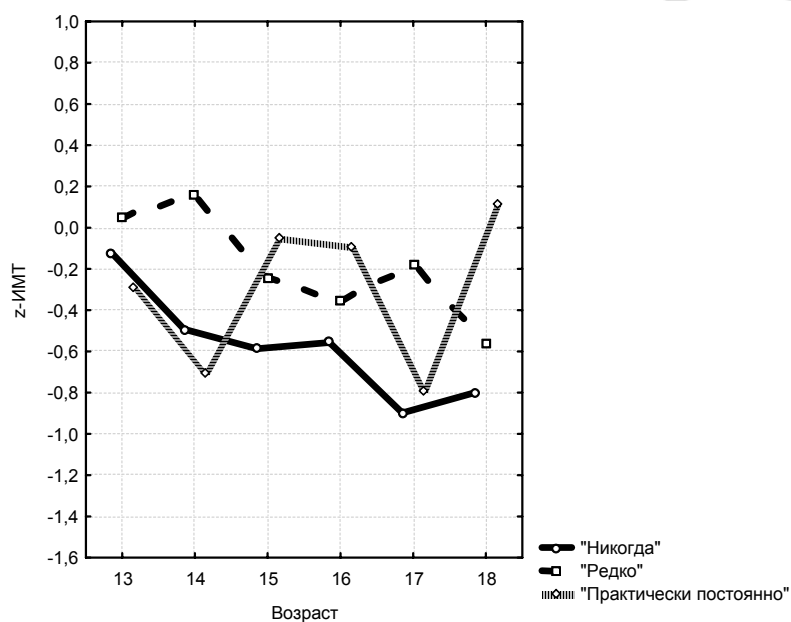
корректными.

Рис. 4.1.3. Диаграмма различий величины z-ИМТ с учетом самооценки веса у девушек-подростков 13–18 лет

Величина показателя z-ИМТ, тяготеющая к оценке «0» свидетельствует о малых отличиях величины ИМТ конкретных исследуемых лиц от выборки стандартизации. Любопытно, что *лишь та группа девушек, в которой они оценивали свой вес как «избыточный» на протяжении подросткового возраста имела величину ИМТ, не отличающуюся от возрастной нормы более чем на 0,5 стандартных отклонения. У тех девушек-подростков, которые оценивали массу собственного тела как «нормальная» отмечено прогрессирующее удаление от возрастной нормы в сторону уменьшения массы тела по мере взросления, что сближает их с теми, кто объективно и субъективно имел выраженный дефицит массы тела.* Таким образом, есть основания ожидать, что поведение девушек, опосредованное субъективным восприятием собственного веса, может оказывать значимое влияние на его объективные характеристики. В то же время, учитывая тот факт, что у подавляющего большинства обследованных (98,5 %) ИМТ не выходил за пределы 90 перцентиля, т. е. не нуждался в целенаправленной коррекции, есть необходимость исследовать адаптивность используемых методов контроля массы тела.

Анализ таблиц сопряженности самооценки веса и частоты диет свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи между ними (χ^2 Пирсона (3*3) = 52,56, $p < 0,001$). В нашем исследовании мы оценивали частоту следования диетическим ограничениям девушками-подростками в возрасте 13–18 лет. Разделение обследованных с учетом частоты использования ими диет («1» — никогда — 67,2 % выборки, «2» — редко (от 1 до нескольких раз в год) — 22,4 %, «3» — практически постоянно (от 1 раза в месяц до «практически постоянно») — 10,4 % респондентов) выявило, что те девушки, которые никогда не придерживались диет имели меньший вес, выраженный через показатели ИМТ ($F(2, 406) = 14,256$, $p < 0,001$) и z-ИМТ ($F(2, 405) = 8,803$, $p < 0,001$) по сравнению с теми, кто был на диетах редко (post-hoc-анализ, LSD, $p < 0,001$) и практически постоянно (post-hoc-анализ, LSD, $p = 0,029$). В частности, средняя величина ИМТ у девушек, которые никогда не использовали диет составила $18,98 \pm 1,97$ кг/м² и достоверно отличалась от таковой у тех, кто придерживался диет редко ($20,16 \pm 1,95$ кг/м², $p < 0,00001$) и часто ($20,03 \pm 1,97$ кг/м², $p < 0,002$). Если в возрасте 13 лет величина z-ИМТ между подгруппами достоверно не различалась, то среди 18-летних имеют место достоверные различия между теми, кто диет не придерживался вовсе и девушками, использующими их на постоянной основе ($p < 0,006$) с меньшей величиной у первых. Указанная закономерность сохранялась с учетом принадлежности обследованных к соответствующим возрастным группам (многочисленный дисперсионный анализ ANOVA, $F(17) = 4,728$, $p < 0,001$). Диаграмма, отражающая результаты двухфакторного дисперсионного анализа ANOVA различий величины z-ИМТ с учетом возраста и частоты диет представлены на рис. 4.1.4. Таким образом, в целом те девушки, которые придержи-

живались диет, имели большую величину z-ИМТ по сравнению с теми, кто не использовал их вообще. Причем, эта тенденция сохранялась на протяжении всего подросткового периода. Любопытно, что те обследованные, которые были чрезмерны в диетических ограничениях (подгруппа «3»), изначально (на возраст 13 лет) имели самый низкий вес из всех сравниваемых подгрупп, но затем амплитуда колебаний z-ИМТ у них становилась максимальной ($p(1:3) = 0,0008$; $p(2:3) < 0,0001$). Многофакторный дисперсионный анализ ANOVA с зависимой переменной z-ИМТ и факторами частоты диет и самооценки веса (данные не приводятся) показал значимое влияние фактора самооценки веса ($F = 15,851$, $p < 0,001$) и отсутствие значимого влияния фактора частоты диет на величину z-ИМТ ($F = 1,656$, $p = 0,16$), причем



взаимовлияние факторов также не значимо ($F = 0,911$, $p = 0,474$).

Рис. 4.1.4. Величина показателя z-ИМТ с учетом возраста и частоты диет у девушек

Для оценки взаимовлияний диетических ограничений и девиаций в пищевом поведении мы выполнили многофакторный дисперсионный анализ ANOVA с зависимой переменной — суммарным баллом по шкале ОПП-26. В качестве предикторов были избраны: величина ИМТ, градуированная на основании центильных таблиц и варианты ответов на вопрос о необходимости контролировать свой вес с помощью диет («Да» — 1, «Нет» — 2). Величина коэффициента корреляции Спирмена между необходимостью контроля диет и их частотой составляет $r = -0,456$, $p = 0,01$. Результаты анализа представлены на рис. 4.1.5 и свидетельствуют в пользу значимого влияния фактора контроля массы тела с помощью диет на величину балла по ОПП-26 ($F = 21,581$, $p < 0,001$), а также статистически значимого взаимодействия между исследованными факторами ($F = 2,634$, $p = 0,023$). Величина же ИМТ не оказывает

достоверного влияния на дисперсию суммарного балла по шкале ОПП-26 ($F = 0,447$, $p > 0,05$). Средняя величина суммарного балла по ОПП-26 в подгруппе «1» составила $14,70$, $\delta = 8,74$, а в подгруппе «2» — $6,03$, $\delta = 5,13$, $p < 0,000001$. Различия в выраженности специфической психопатологической симптоматики касаются не только суммарного балла ОПП-26, но и величины отдельных факторов: «Нарушение пищевого поведения», «Самоконтроль пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Социальное давление в отношении пищевого поведения» (табл. 4.1.3).

Таблица 4.1.3

Различия в средних значениях величины шкал ОПП-26 с учетом необходимости контролировать свой вес с помощью диет

Факторы (шкалы) ОПП-26	Контроль диет		p
	«Да», М±δ	«Нет», М±δ	
«Нарушение пищевого поведения»	$3,02 \pm 2,97$	$0,83 \pm 1,51$	0,000000
«Самоконтроль пищевого поведения»	$5,09 \pm 3,80$	$2,49 \pm 2,37$	0,000000
«Озабоченность образом тела»	$6,19 \pm 4,22$	$1,81 \pm 2,60$	0,000000
«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	$1,90 \pm 2,22$	$1,41 \pm 1,93$	0,044938

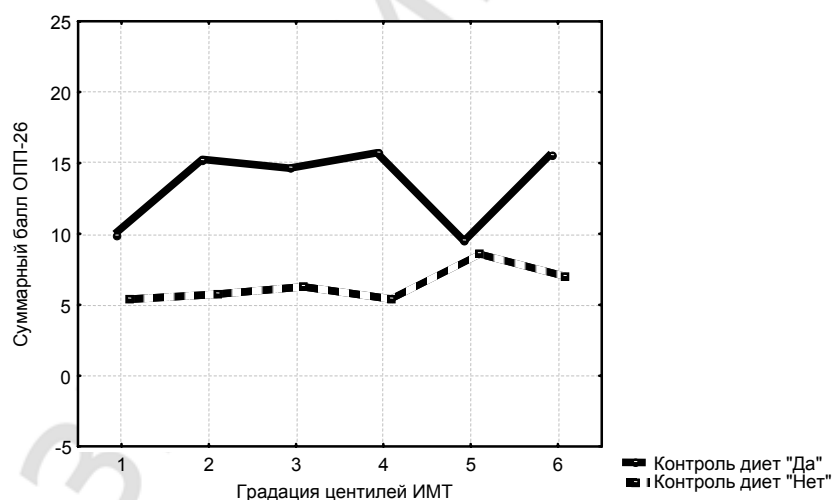
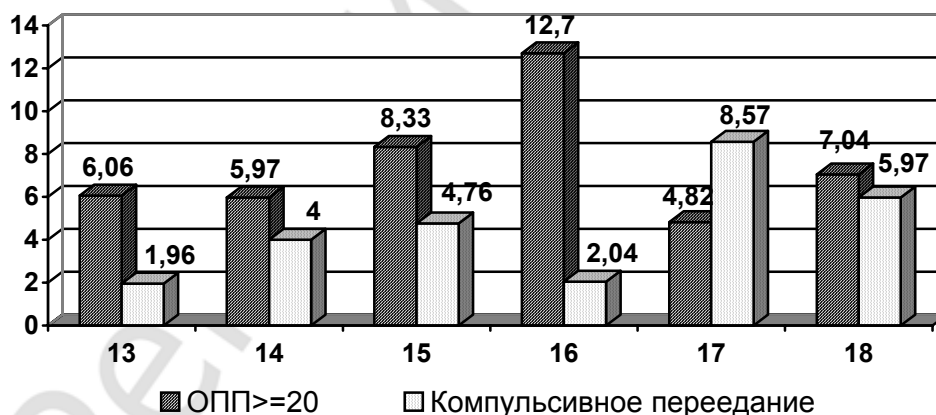


Рис. 4.1.5. Влияние фактора контроля массы тела с помощью диет на выраженность психопатологической симптоматики нарушений пищевого поведения (ОПП-26, ЕАТ-26) с учетом ИМТ

Следовательно, те девушки-подростки, которые считали, что должны придерживаться диет, чтобы контролировать свой вес, имели большую выраженность психопатологической симптоматики (коэффициент корреляции Спирмена $r = -0,354$, $p < 0,001$), свойственной нарушениям пищевого поведения, независимо от реальной величины ИМТ в сравнении с теми, кто диет не придерживался вовсе. При этом группы, различающиеся по потребности следовать диетам, не различались по средней величине возраста ($p = 0,468$), но

различались по величине ИМТ ($p < 0,000001$). В подгруппе девушек, которые полагали, что нуждаются в постоянном контроле веса с помощью диет, средняя величина ИМТ была выше (20,45, $\delta = 2,37$), чем в подгруппе «2» (19,11, $\delta = 1,94$).

На рис. 4.1.6 представлена диаграмма процентного распределения отклоняющихся стереотипов питания по возрастам. По оси ординат оценивается доля лиц соответствующего возраста, превысивших пороговое значение шкалы ОПП-26 (равное 20 баллам), а также удовлетворивших критериям диагностики компульсивного переедания. В целом по всей выборке пороговое значение суммарного бала по ОПП-26 достигли и превысили 7,32 % респондентов, а 4,86 % удовлетворили диагностическим критериям компульсивного переедания с частотой эпизодов переедания как минимум 2 раза в неделю и чаще. По сравнению с другими исследованиями сходных выборок, проведенными в других странах, у белорусских девушек-подростков превышение порогового балла по ОПП-26 отмечается в среднем в 2 раза реже, однако распространенность переедания, удовлетворяющая критериям диагностики компульсивного переедания (DSM-IV), оказывается сходной (4,86 % против 4,9 %). В исследовании канадских девушек-подростков 12–18 лет ($n = 1739$) было выявлено, например, превышение порогового балла по ОПП-26 у 12–14-летних в 13 % случаев, а среди 15–18-летних — в 16 %. Имеет место тенденция увеличения выраженности дезадаптивного пищевого поведения с возрастом ($p > 0,05$), что принято считать свойственной тенденцией для подросткового периода. Закономерным следует признать также смещение распространенности переедания в старшую возрастную группу (15–18 лет) и максимальную выраженность дезадаптивных паттернов питания (ОПП-26) у 15–17-летних, что в клинике сопряжено с манифестацией нарушений пище-

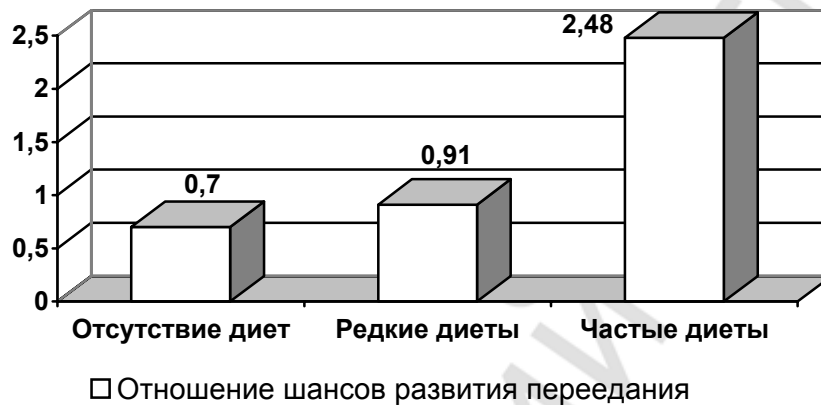


вого поведения.

Рис. 4.1.6. Повозрастная доля (%) девушек-подростков, превысивших пороговый балл по шкале ОПП-26 и удовлетворивших критериям компульсивного переедания

Принимая во внимание описанные выше статистически значимые феномены, мы исследовали риск развития феномена переедания в его взаимосвязи

с частотой диетических ограничений. Как видно из рис. 4.1.7, вероятность развития переедания у девушек, регулярно использующих диеты выше в 2,73 раза по сравнению с теми, кто прибегает к ним изредка и в 3,54 раза выше по сравнению с теми, кто их не использует. Следовательно, есть основания предполагать, что диетические ограничения склонны модифицировать пищевое поведение, актуализируя, например, механизмы, ответственные за формирование специфического цикла «диетические ограничения–переедание» (эффект «йо-йо» и «качели веса»), известного в клинической психиатрии в



структуре расстройств пищевого поведения.

Рис. 4.1.7. Риск развития переедания с учетом частоты использования диет девушками-подростками 13–18 лет

В сравнительном аспекте настораживает тенденция, наблюдаемая нами в белорусской популяции девушек-подростков. Так, согласно исследованию подростков (юношей и девушек 9–12 классов), проведенному в Атланте (США), их объективные/субъективные оценки веса распределялись следующим образом: недостаточный вес или с тенденцией к дефициту массы тела — 1,5–34,8 % (до 15 перцентилья), нормальная масса тела (16–84 перцентилья) — 51,2–42,9 %, избыточная масса тела или с тенденцией к избыточности (более 85 перцентилья) — 47,4–22,3 % [N. D. Brener et al., 2004]. Соответствующие пропорции в нашем исследовании составили: 41,67–5,7 %, 49,51–73,5 %, 8,82–19,6 %. У белорусских девушек-подростков возрасте 13–18 лет имеет место выраженное несоответствие субъективного восприятия собственной массы тела и ее объективных оценок. Обращает на себя внимание не столько принятие реально избыточной массы тела (оценка ее как «нормальной») сколько выраженная в существенно большей степени отчетливая недооценка ее объективного дефицита. Девушки, оценивающие свой вес как «нормальный», по мере взросления еще больше ужесточают свои оценки, что приводит к выраженному отклонению роста-весового показателя от культуральной нормы в сторону меньших значений ($p < 0,00001$). Аналогичная динамика отмечена и у респонденток, оценивших свой вес «недостаточным» ($p < 0,01$).

Такое положение дел может быть следствием, в том числе, недостатка грамотного просвещения подросткового контингента по вопросам «нормативности» собственного веса и поведения, связанного с ним, поскольку наше исследование отчетливо выявляет распространенность побуждения девушек следовать диетическим ограничениям в подростковом возрасте. Наличие слабой корреляционной связи между величиной z-ИМТ, частотой диет (Спирмена $R = +0,199$, $p = 0,01$) и самооценкой веса (Спирмена $R = -0,257$, $p = 0,01$) дает основания для дискуссии о том, что, возможно, девушки придерживаются диет, имея объективный избыток массы тела. Но тот факт, что девушки опираются на субъективную оценку массы собственного тела (не соответствующую реальности), выбирая стратегию по ее коррекции, является веским контраргументом. Показано, что субъективное восприятие массы собственного тела как избыточной имеет тесную связь с попытками его изменить и диетическими ограничениями. Закономерным в этом контексте является приверженность белорусских девушек-подростков диетическим ограничениям (более 30 %), а также тот факт, что 20,05 % респонденток сообщили о том, что им приходится постоянно следить за своей диетой, чтобы контролировать свой вес. Эти данные принципиально не различаются с таковыми в популяции школьников и учащихся колледжей в других странах. Так, в Канаде (2001), например, 23 % девушек 12–18 лет из 2483 обследованных сообщили об актуальной приверженности диетическим ограничениям.

Многочисленные исследования в мире, посвященные проблеме пищевого поведения у школьников и подростков предоставляют для размышления сходные данные. Среди девушек-подростков, учащихся 5–8 классов 39 % имели опыт диет, а к 9–12 классу эта цифра достигает 58 %. Обратную динамику претерпевала частота физических нагрузок, направленных на снижение веса — 81 % и 67 % соответственно. Любопытно, что в Японии при обследовании 1799 школьниц старших классов 85 % тех из них, кто имел нормальную массу тела, изъявляли желание похудеть, равно как и 45 % респондентов, имеющих 10–20 % дефицит массы тела.

Неуместность диетических ограничений в отсутствие медицинских показаний может служить фактором развития ожирения и нарушений пищевого поведения в дальнейшей перспективе. Это подтверждается многочисленными проспективными исследованиями. Так, E. Stice et al. (1999) было показано, что 11 % из 692 девушек-подростков, которых наблюдали на протяжении 4-летнего периода, стали иметь избыток массы тела. При этом те из них, кто придерживался диет, имели больший вес, чем те, кто диет не использовал. Наши результаты согласуются с данными иных исследований (в том числе лонгитудинальных), согласно которым диеты и периоды переизбытка, являясь предшественниками циклических колебаний массы тела, определяют набор массы тела на протяжении подросткового возраста [A. E. Field et al. 2003]. Таким образом, приверженность диетическим ограничениям создает

высокий риск в последствии для развития нарушений пищевого поведения. Поэтому целесообразно различать нарушения пищевого поведения (напр., нервная анорексия, нервная булимия, расстройство по типу переедания) и отдельные синдромальные проявления нарушенного стереотипа питания, например, диетические ограничения, использование слабительных, вызывание рвоты. Именно нарушенное пищевое поведение и, в меньшей степени, диетические ограничения имеют тесную связь с психосоциальными последствиями, такими как пониженная самооценка, негативная Я-концепция, высокий уровень психологического дистресса, депрессивные проявления, суицидальные тенденции, использование психоактивных веществ.

В близнецовых исследованиях выявлено, что те индивидуумы, которые следовали осознанным попыткам снижения веса, имели большую выраженность ограничительных паттернов питания, феноменов переедания, а также перемежающиеся циклы переедания/ограничительного поведения. Нами показано, что вероятность развития переедания у белорусских девушек-подростков, регулярно использующих диеты выше в 3,54 раза по сравнению с теми, кто их не использует. Это не противоречит данным других работ, согласно которым у девушек-подростков, находящихся на диетах в 3,3 раза чаще наблюдается переедание и в 5,7 раз чаще очистительное поведение по сравнению с теми, кто диет не использует. Ряд лонгитудинальных исследований также указывает на повышение общего уровня специфической психопатологической симптоматики, свойственной нарушениям пищевого поведения в интервале между подростковым и ранним взрослым возрастом. Более того, отклоняющееся пищевое поведение, наблюдаемое уже в раннем детском возрасте, при определенных условиях сохраняет свою стабильность в пубертатном периоде и транслируется во взрослый возраст, являясь предиктором развивающихся нарушений пищевого поведения. Таким образом, дезадаптивные паттерны питания целесообразно выявлять заранее для их своевременного прекращения в целях предотвращения их последствий.

Результаты исследований, проведенных в белорусской популяции, свидетельствуют, что среди девушек-подростков в возрасте 13–18 лет отмечается феномен нормативной дефицитарности массы тела, тесно связанный с различиями в субъективной и объективной оценках роста-весовых отношений. По мере увеличения возраста от 13 к 18 годам отмечается «ужесточение» субъективных критериев оценки массы тела, что приводит к выраженному отклонению роста-весового показателя от культуральной нормы в сторону меньших значений как у тех девушек, которые оценивали свой вес как «нормальный» ($p < 0,00001$), так и у тех, которые считали его «недостаточным» ($p < 0,01$). Характер субъективной оценки массы тела и возраст являются независимыми предикторами величины нормированного индекса массы тела (z-ИМТ), причем самооценка веса предопределяет 21,2 % дисперсии величины z-ИМТ. Диетические ограничения (их частота) не оказывают значимого

влияния на величину нормированного индекса массы тела (z-ИМТ) (ANOVA (2, 4): $F = 1,656$, $p = 0,16$), в то же время величина z-ИМТ испытывает влияние самооценки массы тела ($F = 15,851$, $p < 0,001$). Девушки-подростки, придерживающиеся диетических ограничений, имели достоверно большую среднюю величину z-ИМТ ($p < 0,05$), большую амплитуду колебаний z-ИМТ на протяжении периода 13–18 лет ($p = 0,0008$) и большую выраженность специфической психопатологической симптоматики, оцененной по ОПП-26 (коэффициент корреляции Спирмена $r = -0,354$, $p < 0,001$). Из 419 девушек-подростков 13–18 лет у 7,32 % респонденток выявлено наличие признаков отклоняющегося пищевого поведения с преобладанием диетических ограничений, а 4,86 % удовлетворили диагностическим критериям компульсивного переедания с частотой эпизодов переедания как минимум 2 раза в неделю и чаще. Риск развития компульсивного переедания у девушек-подростков, регулярно использующих диеты, выше в 2,73 раза по сравнению с теми, кто прибегает к ним изредка и в 3,54 раза выше по сравнению с теми, кто их не использует вообще.

Стремление к стройности, озабоченность по поводу массы тела и диетические ограничения являются важными факторами риска в формировании отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения. Но, с другой стороны, большая распространенность в популяции диетических ограничений и озабоченности по поводу массы тела показывает, что, по-видимому, эти факторы не являются специфичными для развития НПП. При этом целесообразно учитывать иные сопутствующие переменные. Так, недавние исследования подтвердили, что представители различных рас и/или этнических культур не защищены от развития нарушений пищевого поведения. Ранее же полагали, что НПП — прерогатива белых людей европейской расы, относящихся к среднему и высокому социальному классу. В то же время, некоторые субкультуры (например, афро-американцы) имеют несколько меньший риск развития НА и НБ за счет субъективного принятия большего размера тела и относительно меньшим давлением в отношении похудения. Возможно поэтому у этой категории с большей вероятностью развиваются нарушения пищевого поведения, включающие расстройство по типу переедания (binge eating).

Факторы, опосредованные индивидуальным развитием. Существует точка зрения, что наряду с генетической предрасположенностью к НПП, значимый вклад оказывает ранняя история жизни субъекта. Согласно 22-летнему проспективному исследованию [D. J. Moorhead et al., 2002], у матерей тех девушек, у которых развились НПП, в два раза чаще отмечались осложнения беременности, а у самих детей в возрасте до 1,5 лет — проблемы со здоровьем. По-видимому, перинатальные факторы и проблемы со здоровьем в раннем детстве могут быть ответственными за формирование, с одной стороны, биологической предрасположенности к развитию НПП (см. ниже), а, с другой, объяснять, хотя бы отчасти, формирование гиперпротекции у мате-

рей в отношении ребенка. По отчетам матерей девушек, страдающих НПП, у последних в возрасте 9 лет отмечались признаки тревожной депрессии, а к 15 — они чаще предъявляли соматические жалобы по сравнению с их сверстницами, не страдающими этими расстройствами. К 15-летнему возрасту своих дочерей матери отмечали большее количество поведенческих нарушений у дочерей, у которых развились нарушения пищевого поведения.

В целом, одной из драматичных характеристик подросткового возраста являются существенные изменения массы тела и пищевых предпочтений. Так, среднее приращение массы тела для девочек составляет 14 кг, а для мальчиков — 15 кг за этот период на фоне отчетливых полоспецифичных изменений в форме тела. Есть данные, свидетельствующие о том, что 40 % девочек (и 25 % мальчиков) в подростковом возрасте начинают придерживаться диет, что отражает их неудовлетворенность собственным телом. Диетические ограничения являются несомненным фактором риска в развитии нарушений пищевого поведения.

Нарушения пищевого поведения зачастую определяются как сопротивление трудностям адаптации к тем изменениям, которые приносит с собой процесс взросления и развития. Неудовлетворенность образом собственного тела, повышенная озабоченность, связанная с едой и отклонения в пищевом поведении зачастую сопутствуют развитию индивидуума в период полового созревания. Непосредственно же сам период индивидуального развития ориентирован на решение множества задач, включая формирование системы отношений со сверстниками, постепенное развитие личностной автономии в семье, формирование независимой личностной идентичности. Это происходит на фоне значимых биологических изменений, свойственных пубертатному периоду (например, увеличение количества жировой ткани у девушек, менархе и пр.). Показано, что раннее половое созревание и относительно более раннее начало менструальной функции делает девушку более подверженной развитию НПП.

На протяжении молодого возраста, человеку свойственно решать и возникающие социальные проблемы. В частности, продолжение учебы вдали от дома, проживание в общежитии, стрессовые события, связанные с учебой и требованиями академической дисциплины, поступление на работу и смена мест ее, формирование значимых межличностных отношений и создание семьи — все это может стать факторами, провоцирующими развитие или «проявляющими» имеющиеся до того «неполные» синдромы нарушений пищевого поведения.

Личностные факторы. Негативная самооценка, пониженное чувство собственного достоинства, ощущение собственной неэффективности — идентифицированные факторы риска. Природа негативной самооценки, по видимому, связана с *перфекционизмом* — психологической чертой, которая прочно связана с риском развития НПП. Существует предположение, что при

негативном восприятии себя человек может прибегать к дезадаптивному обращению с едой как способу противостоять субъективному ощущению неадекватности и неуспешности. Во многих лонгитуднальных исследованиях показано значение *негативной эмоциональности* [Leon et al., 1999; Martin et al., 2000] в развитии нарушений пищевого поведения, особенно в тех случаях, когда ей сопутствуют неудовлетворенность образом собственного тела или другие факторы риска. В частности, негативный аффект и диетические ограничения, по-видимому, являются кардинальными первоочередными триггерами в развитии булимической симптоматики.

В свою очередь вероятность полного выздоровления от нервной анорексии связывают с такой чертой характера как целенаправленность (способность брать на себя ответственность за самореализацию). Напротив, затяжной характер течения заболевания связан с такими характеристиками темперамента как повышенная склонность к избеганию ущерба, а также отсутствие стремления к поиску новизны.

Род занятий. Результаты исследований, проводившихся в начале 80-х гг. XX века, позволили предположить, что занятие женщин спортом склонно провоцировать нарушения пищевого поведения, поскольку у некоторых спортсменок было выявлено своеобразие пищевых предпочтений и поведения, подобное таковому у больных с нервной анорексией. В частности, те женщины, профессия или спорт которых делали акцент на стройности — танцоры балета, гимнасты, спортсмены-бегуны, фигуристы — имели больший риск развития НПП. Впоследствии было показано, что занятие спортом на уровне хобби, улучшая качество психологического функционирования, может служить протективным фактором в отношении НПП [Fulkerson, Kell, Leon & Dorr, 1999]. В то же время профессиональное занятие спортом, делающее акцент на стройности и ориентированное на соперничество, может увеличивать риск подверженности нарушениям пищевого поведения. Последнее может быть особенно значимым среди индивидов определенного личностного склада (например, с чертами перфекционизма), либо полагающих, что пониженная масса тела и малое содержание жировой ткани в организме может способствовать увеличению их результативности.

Факторы, ассоциированные с травмой. В ходе исследований было показано существование связи между психотравмирующими жизненными обстоятельствами и развитием нарушений паттерна питания. Так, в частности, перенесенное сексуальное насилие увеличивает риск развития различных психологических нарушений, в том числе и НПП. Наряду с этим разного рода негативные события детства, такие как разногласия между родителями, физическое насилие в семье также связаны с развитием нарушений пищевого поведения.

Факторы, сопряженные с семейным функционированием. Запутанные внутрисемейные взаимоотношения и гиперпротекция со стороны матери мо-

гут быть создавать условия для развития нарушений пищевого поведения. По нашим наблюдениям наличие своеобразной дискордантности в отношении подростка в семье — частая находка в семьях при развитии таких расстройств. В качестве примера могут быть взяты ситуации, когда на ребенка обрушивают большие ожидания (и сам ребенок достаточно успешен в различных областях своей активности) при дефиците обратной связи. При этом окружающие и, прежде всего родители, оказываются как бы немые в отношении успехов или затруднений, которые возникают в его жизни. Они занимают позицию беззаботной убежденности в отношении того, что он (подросток), несомненно, справится самостоятельно, ведь он *всегда был таким успешным*. В качестве своеобразного «запроса на обратную связь» могут и выступать девиации в пищевом поведении.

С другой стороны, моделирование родительского поведения может определять подростка в группу риска по развитию НПП. При этом подросток организует свое поведение таким образом, чтобы соответствовать поддерживаемым матерью в семье стандартам диетических ограничений и озабоченности по поводу массы тела. По механизму выученного поведения отклонения в паттерне питания могут возникать на фоне высказываемых отцом предпочтений в отношении стройности женского тела. Прямые замечания родителей в отношении массы тела ребенка могут иметь особенно большое влияние на оценку ребенком формы и массы тела в возрасте начальной школы. Более того, наличие в роду больных нарушениями пищевого поведения увеличивает их вероятность у пробанда.

Генетика. Как сами нарушения пищевого поведения, так и ряд ассоциированных с ними проявлений, по-видимому, генетически предопределены и наблюдаются в семьях больных. Вероятно, имеет место перекрестный тип наследования между нервной анорексией, нервной булимией и атипичными формами нарушений пищевого поведения, что предполагает общую наследственную предрасположенность для всех форм НПП. Свойственная особенно родственникам больных нервной булимией большая частота использования психоактивных веществ, по-видимому, не имеет перекрестного типа наследования. У родственников больных НПП отмечена большая частота депрессии, однако тип наследования на сегодняшний день не ясен. Существуют доказательства накопления в семьях больных личностных черт перфекционизма и обсессивности.

Реализация наследственной предрасположенности (табл. 4.1.4) происходит при тесном взаимодействии генетических и средовых факторов.

Например, в популяционных исследованиях показано, что риск развития НА приблизительно в 3,6 раза выше у людей, рожденных преждевременно, особенно, если по антропометрическим данным они были меньше своего гестационного возраста. В свою очередь клинические и популяционные исследования выявили, что беременные женщины, больные НА (или у которых

она отмечалась в анамнезе), имели больший риск в отношении рождения детей с меньшей массой тела при рождении, преждевременных родов, перинатальной смертности, врожденных пороков и акушерских осложнений. Эти последствия были напрямую связаны с дефицитом питания будущей матери на протяжении беременности. Таким образом, средовые влияния (неадекватное питание и особенности набора веса на протяжении внутриутробного периода развития) могут быть следствием генетических факторов (предрасположенность матери к НПП). Более того, женщины, страдающие НА, испытывают серьезные затруднения в обеспечении грудного вскармливания, а также в плане создания благоприятных условий питания для ребенка. Таким образом, ребенок оказывается под давлением как генетической предрасположенности к развитию НПП, так и средовых влияний, когда пища и процесс еды связаны с аффективным напряжением.

Таблица 4.1.4

Нарушения пищевого поведения: роль наследственных и средовых факторов в популяционных близнецовых исследованиях

	Популяция, из которой сформирована выборка	Наследственность (% 95 % доверительный интервал)	Общие средовые влияния (% 95 % доверительный интервал)	Индивидуально-специфические средовые влияния (% 95 % доверительный интервал)
Нервная анорексия				
Wade et al., 2000	Virginia	58 (33–84)	–	42 (16–68)
Kortegaard et al., 2001	Denmark	48 (27–65)	–	52 (нет информ.)
Klump et al., 2001	Minnesota	76 (35–95)	–	24 (5–65)
Нервная булимия				
Kendler et al., 1991	Virginia	54 (0–77)	1 (0–65)	46 (23–77)
Bulik et al., 1998	Virginia	51 (0–86)	0 (0–68)	49 (14–100)
Wade et al., 1999	Australia	32 (0–68)	0 (0–52)	68 (32–100)
Kendler et al., 1995	Virginia	28 (7–62)	37 (10–59)	35 (19–49)
Bulik et al., 1998	Virginia	31 (0–54)	0 (0–35)	67 (46–94)
Bulik et al., 1998	Virginia	83 (49–100)	0 (0–30)	17 (0–36)
Wade et al., 1999	Australia	59 (36–68)	0 (0–11)	41 (33–48)
Kortegaard et al., 2001	Denmark	61 (44–75)	–	24 (нет информ.)

Биологические факторы. Среди биологических факторов, связанных с развитием НПП показана роль серотонинэргических механизмов мозга. Повышение активности серотонинэргической передачи сопряжено с уменьшением потребления пищи, активными действиями по снижению массы тела (зачастую компульсивного характера) и наблюдается при нервной анорексии. Напротив, возможно замедленное насыщение, депрессивное настроение и импульсивность могут быть следствием снижения серотонинэргической активности при нервной булимии. Среди выявленных отклонений в функционировании нейробиологических систем как на центральном, так и на перифе-

рическом уровне, многие, по-видимому, являются следствием первично дезадаптивного пищевого поведения и снижения массы тела. Обсуждается роль катехоламинов (напр., норадреналина, дофамина), нейропептидов (бета-эндорфин, холецистокинин, нейропептид Y, пептид YY) как потенциальных факторов риска в развитии НПП. Указанные факторы играют критическую функцию в регуляции пищевого поведения и массы тела. Тот факт, что некоторые аспекты серотонинергической дисфункции мозга сохраняются после клинического выздоровления, дает основание обсуждать возможную предболезненную дисфункцию в системе моноаминов, которая предрасполагает к развитию нарушений пищевого поведения или связана с такими личностными характеристиками как, например, перфекционизм. В настоящее время есть основания полагать, что у здоровой женщины следование обычному диетическому рациону приводит к активации центральных серотонинергических механизмов, обеспечивая потенциальную возможность развития НПП при наличии других предрасполагающих факторов.

Веским аргументом в плане взаимодействия генетических и средовых влияний при НПП являются генетически опосредованные биологические механизмы реактивности организма. Эти механизмы находятся, в частности, под контролем биологически активных веществ, содействующих клеточному росту и координирующих физиологические процессы как в развивающейся мозговой ткани, так и в зрелом мозге. К нейроактивным факторам роста относится семейство нейротропинов, факторы роста фибробластов (fibroblast growth factors (FGFs)), эпидермальный фактор роста (epidermal growth factor (EGF)) и инсулиноподобные факторы роста (insulin-like growth factors (IGFs), интерлейкины). Факторы роста (ФР) представляют собой полипептиды, объединенные в группу трофических регуляторных субстанций, которые оказывают свое действие преимущественно по ауто- и паракринному механизмам. ФР, которые влияют на выживание и дифференцировку нейронов относят к группе нейротропинов (фактор роста нервов — nerve growth factor (NGF), нейротропный фактор мозга (BDNF), нейротропины 3, 4 и 5 (NT-3, -4, -5). ФР и нейротропные факторы ответственны за поддержание структурной интеграции и регуляцию синаптической пластичности нейронов. Мишенями для действия нейротропинов являются нейроны, поражающиеся при нейродегенеративных заболеваниях (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, боковой амиотрофический склероз, периферические полинейропатии). Кроме того, нейротропины оказывают свое действие на нейроны, вовлеченные в проявления широкого спектра неврологической и психиатрической патологии (ишемия, эпилепсия, депрессия, НПП).

Нейротропный фактор мозга (brain-derived neurotrophic factor, BDNF) относится к семейству нейротропинов и играет важную роль в процессе выживаемости нейронов и нейрональной пластичности в ЦНС. Исследования биологических моделей дает основание предполагать участие самого белка

BDNF, а также генетического полиморфизма гена BDNF в патогенезе депрессии, мании, шизофрении, нарушений пищевого поведения, расстройстве дефицита внимания и гиперактивности, деменции и болезни Гентингтона. Генотип Val/Met и Met/Met гена BDNF повышает риск развития НПП до 33 %, оказывая, в то же время, протективный эффект на 21 % при расстройствах связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Гомозиготное состояние Met/Met по сравнению с гетерозиготным связано с повышением риска шизофрении на 19 % [M. Gratacòs et al., 2007]. Уровень BDNF в головном мозге и сыворотке крови находится под влиянием множества факторов: он снижается в ситуации стресса и повышается в процессе обучения, лечении некоторыми антидепрессантами, физической активности и диетических ограничениях.

BDNF при нарушениях пищевого поведения. В близнецовых исследованиях было показано, что доля генетических влияний на пищевое поведение, возможно, увеличивается по мере полового созревания [K. L. Klump et al., 2003], что подтверждается бурным ростом нарушений пищевого поведения с начала пубертатного периода.

Основанием для того, чтобы рассматривать BDNF ген и белок как значимые в возникновении и развитии НПП являются следующие результаты исследований, полученные на биологических моделях и в клинических условиях:

1. У гетерозиготных мышей с одним функциональным аллелем, а также у мышей, у которых BDNF ген был удален из возбуждающих нейронов головного мозга отмечен фенотип избыточной массы тела, агрессивного поведения и повышенной двигательной активности, причем ожирение, по видимому, первично связано с поведенческими нарушениями (гиперфагия), а не с механизмами контроля энергетического обмена.

2. Внутрижелудочковое (головной мозг) и периферическое введение BDNF приводит к уменьшению потребления энергии, увеличению уровня физической активности, улучшению в состоянии гиперинсулинемии и гипергликемии у мышей с генетически индуцированным диабетом (*db/db*) посредством центральных механизмов.

3. BDNF и его рецептор обнаружены в различных ядрах гипоталамуса, вовлеченных в регуляцию пищевого поведения.

4. Сывороточная концентрация BDNF коррелирует с массой тела и индексом массы тела (ИМТ) при НПП и ожирении, отсутствие полной нормализации массы тела при НА не приводит к восстановлению сывороточного уровня BDNF, который остается по-прежнему, низким.

5. Изменения сывороточного уровня BDNF при НПП независимы от наличия зачастую сопутствующей депрессивной симптоматики.

6. Экзогенно вводимый BDNF оказывает трофический эффект на серотонинэргические нейроны, стимулируя локальное увеличение серотонинэргических волокон в коре головного мозга и спинном мозге.

Полиморфизм двух участков гена BDNF: -C270T и G196A (Val66Met) выявлен как сопряженный с нарушениями пищевого поведения, минимальной величиной индекса массы тела и возрастом начала потери веса [M. Ribases et al., 2005]. В то же время эти данные не столь однозначны. Увеличения частоты метионинового аллеля (Val66Met и Met66Met) у пациентов с НА и НБ, описанного в исследованиях европейской и японской популяций, не обнаружено у 114 пациентов с НА из Франции [R. M. Dardennes et al., 2007], 198 пациентов с АН и НБ из Германии [S. Friedel et al., 2005] и 149 больных НА польской выборки [F. Rybakowski et al., 2007]. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования, охватывающие как разнообразные этнические группы, так и более детально оценивающие отдельные группы пациентов с учетом феноменологии отклоняющегося пищевого поведения.

В свете вышеизложенного целью нашего исследования⁵ было изучить сопряженный характер генетического полиморфизма по -270C/T и G196A (Val66Met) однонуклеотидным заменам BDNF-гена в их взаимосвязи с клинико-психологическими характеристиками нарушений пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия). В качестве рабочих мы выдвигали для проверки гипотезы о связи полиморфизма BDNF-гена и (1) выраженности дезадаптивного пищевого поведения; (2) выраженности психопатологической симптоматики, сопутствующей НПП; (3) специфичных личностных черт, связанных с НПП.

В исследовании «случай-контроль» участвовало 38 пациентов, страдающих НПП (НА, n = 22 (ограничительный тип, n = 13, с эпизодами переданий/компенсаторного поведения, n = 9); НБ, n = 16) и 30 человек контрольной группы. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст основной группы составил 21,55 лет, контрольной — 21,34 года ($p > 0,05$)). Все участники исследования были женского пола и постоянно проживали на территории Республики Беларусь, по национальности были белорусами или русскими, как и их родственники 1 линии родства.

Ключевая часть исследования включала клинико-психопатологическую оценку состояния пациенток основной группы на основании: Полуструктурированного клинического интервью для оценки нарушений пищевого поведения — Eating Disorders Examination (EDE), Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List 90-Revised, SCL-90-R) и клинико-психологическое исследование респонденток группы контроля и основной группы по следующим шкалам: Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26), Опросник образа собственного тела (ООСТ), Самоактуализационный тест (САТ). Для исключения вероятности систематической ошибки, связанной с подбором исследуемых групп, претендентам на участие в проекте в

⁵ Исследование выполнено в сотрудничестве с ведущим научным сотрудником лаборатории хромосомной наследственности института генетики и цитологии НАН РБ, канд. биол. наук Н. Г. Даниленко.

составе контрольной группы (n = 60) было предложено выполнить ряд тестов на удовлетворение критериям включения в исследование. Эти тесты касались оценки антропометрических показателей с определением индекса массы тела (ИМТ = масса тела (кг) / рост (м)²; критерий включения: $18,5 \leq \text{ИМТ} \leq 25$), суммарного балла по ОПП-26 (критерий включения ≤ 9 баллов); самооценки веса как «Нормальный» (иные оценки «Избыточный», «Недостаточный»); описательных характеристик мотивации поведения по контролю массы тела на момент обследования (критерии включения: «Пытаюсь остаться в прежнем весе» или «Не пытаюсь что-либо делать вообще»; иные оценки: «Пытаюсь снизить вес», «Пытаюсь набрать вес»). У респондентов колебания массы тела за предшествовавшие исследованию 3 года не должны были превышать 5 кг. Одновременно всем пунктам критериев включения для контрольной группы удовлетворили 30 человек, которые и составили контрольную группу. Критерии включения для основной группы: установленный клинический диагноз НА и НБ в соответствии с критериями DSM-IV, информированное согласие. Критериями исключения для обеих групп было наличие клинически значимых первичных соматических страданий и генетических аномалий.

Оценка полиморфизма Val66Met и -270C/T производилась методом ПЦР-ПДРФ анализа. ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови по общепринятой методике с помощью протеиназы К, применяли очистку фенол-хлоро-формом, осаждали ДНК ацетатом аммония и этанолом, высушивали и растворяли в стерильной дистиллированной воде. Все образцы ДНК хранились в замороженном состоянии при -18°C .

Полимеразная цепная реакция проводилась на амплификаторе MyCycler™ Thermal cycler (BIORAD). Условия проведения «touch-down» реакции: $94^{\circ}-4'$; [$94^{\circ}-15''$ ($67-65^{\circ}$), $72^{\circ}-20''$] 3 цикла; [$94^{\circ}-15''$, $64^{\circ}-15''$, $72^{\circ}-20''$] 30 циклов; $72^{\circ}-4'$.

Использовали следующие праймеры:

-270 C/T F 5'-GAGCCAGAATCGGAACACG-3'

R 5'-TCTACCGGAGGGGAGGAAAG-3'

G196A (Val66Met)

F 5'-AGGTGAGAAGAGTGATGACC

R 5'-CTGGACGTGTACAAGTCTGC

В случае генотипирования -270 C/T размер амплифицируемого фрагмента составляет 197 пар нуклеотидов. В зависимости от аллельного состояния гена при обработке фрагмента эндонуклеазой *HinfI* имеется два (270C) или три сайта рестрикции (270T); размеры фрагментов соответственно: 190+7 п.н. или 157+33+7 п.н.. При оценке G196A (Val66Met) полиморфизма размер амплифицированного фрагмента составляет 292 п.н., в случае валинового аллеля при обработке эндонуклеазой *NlaIII* образуется 4 фрагмента размером 160, 59, 58 и 15 п.н., при наличии метиониновой замены появляется еще один сайт рестрикции и выявляются фрагменты размером 83, 77, 59, 58 и 15 п.н.

Разделение фрагментов проводили методом вертикального электрофореза в 10%-ном полиакриламидном геле, окрашивали раствором бромистого этидия, детекцию осуществляли в УФ свете с помощью трансиллюминатора Vilber Lourmat, результаты фиксировали на цифровую камеру Nikon 2100.

Результаты исследования были статистически обработаны с применением методов непараметрической статистики на основании программы Statistica 6,0 (U-критерий Манна–Уитни, отношение шансов, коэффициент корреляции Спирмена).

Основная и контрольная группа достоверно различалась по величине средней массы тела ($16,36 \pm 3,56$ и $21,17 \pm 1,98$, $p < 0,0001$) и суммарному баллу опросника ОПП-26 ($25,85 \pm 14,69$ и $2,0 \pm 2,24$, $p < 0,0001$) соответственно. Частоты аллелей у больных НА составили (95 % ДИ): С (97,73 % (88–100)), Т (2,27 % (0,4–12)), Val (90,91 % (79–96)), Met (9,09 % (4–21)); у больных НБ: С (96,88 % (84–99)), Т (3,13 % (0,6–19)), Val (87,5 % (72–95)), Met (12,5 % (5–28)); у здоровых: С (98,28 % (91–100)), Т (1,72 % (0,3–9)), Val (86,67 % (76–93)), Met (13,33 % (7–24)) и между подгруппами больных в целом и здоровыми достоверно не различалась ($p > 0,05$). Сопоставление наших данных с результатами европейских исследований показывает, что при НА относительное преобладание Val66 над частотой в контрольной группе было характерно также для германской популяции (в среднем 86,9 % у больных и 82,8 % у здоровых). В то же время это соотношение имело обратную направленность при сопоставлении с выборками Италии, Франции, Испании, Британии, где, относительно группы контроля, преобладал аллель Met66. При НБ в популяциях больных европейских стран отмечено единообразное преобладание аллеля Met66 по сравнению с группой контроля (средняя частота 23,5 % у больных и 16,1 % у здоровых), что различается с нашими данными. Это может быть связано с недостаточной мощностью исследования, поскольку нами обнаружена тенденция увеличения частоты Met66 у больных НБ (12,5 %) по сравнению с НА (9,09 %), а также сопоставимость частот аллеля в контрольной группе с таковыми в странах Европы. По полиморфизму -270С/Т следует отметить, что аллель -270Т у больных НБ в странах Европы встречается достаточно редко (от 0,5 % до 9,7 %), а преобладание его частоты над таковой у здоровых лиц (как и в нашей выборке) было отмечено в испанской популяции (5,6 %) и в Германии (9,7 %). Частоты -270С и Met66 в нашей контрольной группе не различались с таковыми в популяциях европейских стран ($p = 0,43$ и $p = 0,68$ соответственно).

Важно отметить, что на сегодняшний день не описаны функциональные нарушения, связанные с полиморфизмом -270С>Т. В то же время, Val66Met ответственен за функциональные изменения в нейронах гиппокампа, приводя к ослаблению секреции BDNF в ответ на нейрональную активность. Этот триплет влияет также на функцию и стабильность биологически активного предшественника BDNF, способствует его преобразованию в зрелый нейро-

тропин. Эти данные могут иметь связь с обратимым когнитивным дефицитом, который наблюдается у больных НА на фоне кахексии.

Полиморфизм G196A (Val66Met) и -270C/T и дезадаптивное пищевое поведение. Непараметрический анализ (U-критерий Манна-Уитни) показал, что наличие полиморфизма по Val66Met достоверно различает пациентов, страдающих нервной булимией, по градациям фактора «Самоконтроль пищевого поведения» (ОПП-26, пороговое значение суммарного балла по шкале равно семи; 2-сторонний $p = 0,040$; Спирмена $R = 0,64$, $p = 0,009$). Большая абсолютная величина показателя по шкале соответствует наблюдениям, имеющим мутантный аллель гена. Содержательная структура этого фактора включает следующие пункты ОПП-26: «Я избегаю приема пищи, когда голодна», «Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки», «Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем», «Я особенно избегаю пищу с большим содержанием углеводов (напр., хлеб, рис, картофель и т. д.)», «Я избегаю еду, содержащую сахар», «Я употребляю диетические продукты», «Я проявляю самоконтроль в отношении еды», «Я использую диеты» и «Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты». Психопатологически, выявляемый по шкале гиперконтроль в отношении еды, как поведенческий феномен отражает ограничительные тенденции в питании и тяготеет к симптоматике обсессивно-компульсивного спектра, в отношении которой полиморфизм BDNF-гена показан в ряде исследований. В контрольной группе полиморфизм G196A (Val66Met) не определял различий в выраженности специфической симптоматики отклоняющегося от нормы пищевого поведения ($p > 0,05$).

На противоположном ограничительным тенденциям полюсе континуума нарушений пищевого поведения находятся проявления компульсивного переедания. Наблюдалась достоверная связь между полиморфизмом Val66Met и выраженностью субъективной булимической симптоматики (при отсутствии чувства контроля над процессом еды употребления количества пищи, которое лишь субъективно оценивается как «большое») как по числу дней (2-сторонний $p = 0,0043$, Спирмена $R = 0,60$, $p = 0,001$), так и эпизодов (2-сторонний $p = 0,0031$; Спирмена $R = 0,62$, $p = 0,0006$) (рис. 4.1.8) в целом по всей основной группе обследованных.

Причем, при наличии полиморфного аллеля частота отклоняющегося поведения существенно выше. У больных нервной булимией отмечена тенденция (двусторонний $p = 0,076$) большей выраженности ограничений в еде (субшкала «Ограничения в еде») при наличии указанного полиморфизма. Клиническая значимость булимической симптоматики состоит в том, что, оценивая процесс приема пищи как «бесконтрольный» и находясь под давлением опасения полноты, пациенты в результате прибегают к экстремальным методам контроля массы тела (самовызывание рвоты, прием слабительных и мочегонных средств и пр.).

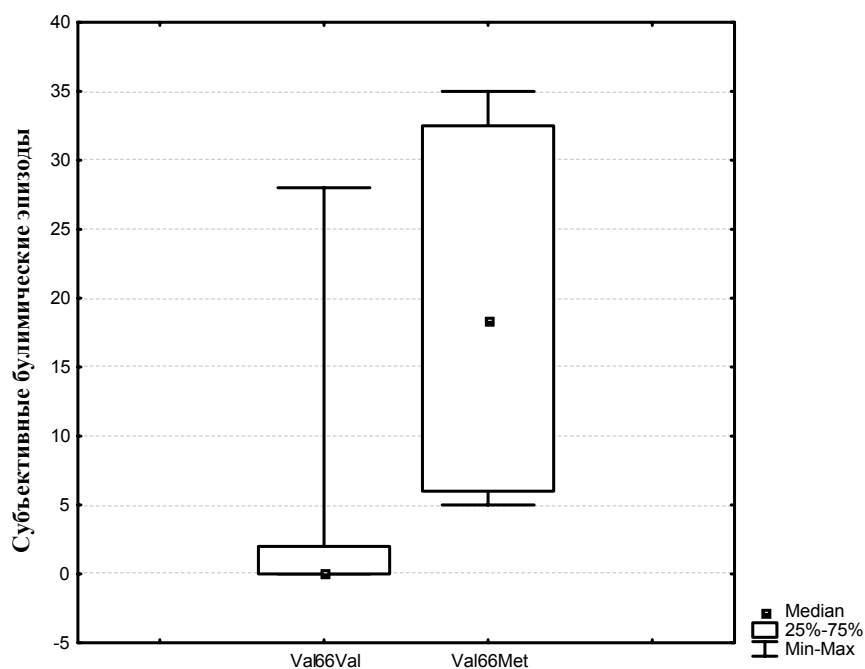


Рис. 4.1.8. Частота субъективных булимических эпизодов за последний месяц у больных с НПП с учетом наличия полиморфизма по Val66Met

Одним из способов клинической оценки степени тяжести состояния пациентов НА является измерение их индекса массы тела. Анализ характера распределения полиморфизма в обеих анализируемых триплетях с учетом градации степени тяжести ИМТ пациентов показал, что единственное наблюдение с полиморфизмом по C270T у больных нервной анорексией приходится на критическое значение ИМТ (менее $13,5 \text{ кг/м}^2$). В то же время полиморфизм Val66Met распределен достаточно равномерно по всему диапазону ИМТ больных нервной анорексией. При неполном синдроме НА по критерию оценки ИМТ ($17,5 < \text{ИМТ} \leq 20$) не было отмечено ни одного клинического наблюдения с полиморфизмом хотя бы по одному из триплетов. Наши данные представляют интерес в контексте исследований, согласно которым BDNF является ключевым медиатором нейронального ответа на такие внешние средовые факторы как диетические ограничения и физические нагрузки.

Полиморфизм G196A (Val66Met) и выраженность психопатологической симптоматики при нарушениях пищевого поведения. Наличие полиморфизма Val66Met в целом в группе больных НА было связано с достоверно более высокими показателями по шкалам соматизации (SCL-90-R; 2-сторонний $p = 0,014$; Спирмена $R = 0,55$, $p = 0,014$), обсессивно-компульсивных расстройств (рис. 4.1.9, 2-сторонний $p = 0,023$; Спирмена $R = 0,53$, $p = 0,020$) и фобической тревожности (2-сторонний $p=0,023$; Спирмена $R = 0,56$, $p = 0,013$).



Рис. 4.1.9. Выраженность симптоматики обсессивно-компульсивного спектра у больных нервной анорексией в зависимости от наличия полиморфизма аллеля Val66Met

Эти феномены в их нейробиологической основе имеют тесную связь с нарушениями нейромедиаторного контроля тревоги и импульсивности. Данные нейроиммунологических исследований подтверждают вовлеченность в качестве значимого финального звена процессов соматизации поломку механизмов серотонинэргической нейротрансмиссии, чему, в свою очередь, может сопутствовать дефицит нейротропного фактора, связанного с экспрессией BDNF-гена. В этой же группе пациентов отмечена сходная тенденция в отношении большей выраженности симптоматики избегающего поведения и межличностной изоляции (шкала «Психотизм», 2-сторонний $p = 0,06$), а также общий индекс тяжести психопатологической симптоматики (2-сторонний $p = 0,06$) и индекс наличного симптоматического дистресса, отражающий меру интенсивности актуальных симптомов (2-сторонний $p = 0,06$). Любопытно, что проявления избегающего поведения являются одним из краеугольных камней в формировании мотивации к изменениям как у больных НПП, так и страдающих иными формами химической и нехимической аддикции, в отношении которых полиморфизм BDNF-гена может играть важную патогенетическую роль. Среди пациенток НА ограничительного подтипа полиморфизм Val66Met определял большую выраженность соматизации в структуре психопатологической симптоматики (2-сторонний $p = 0,036$; Спирмена $R = 0,67$, $p = 0,024$), а также тесно коррелировал с симптоматикой обсессивно-компульсивного регистра (Спирмена $R = 0,60$, $p = 0,049$). В подгруппе пациенток, страдающих нервной булимией, выявлена тенденция возможного различия в степени выраженности межличностной сензитивности, отражающей чувство личностной неадекватности и неполноценности, особенно при

сравнении себя с другими людьми (2-сторонний $p = 0,078$), а также дополнительной симптоматики, включающей чувство вины, переживание, мысли о смерти и пр., которые часто наблюдаются у больных НПП (1-сторонний $p = 0,049$, 2-сторонний $p = 0,056$) при наличии полиморфизма Val66Met.

В исследованиях нарушений пищевого поведения неоднократно показано, что искаженная система представлений индивида о собственной внешности (образ собственного тела, ОСТ) способствует возникновению и сохранению расстройства и требует обязательной коррекции для достижения благоприятного отдаленного прогноза. Сочетанный анализ искажений ОСТ при нарушениях пищевого поведения и полиморфизма по Val66Met показал, что болезненные отклонения в ОСТ в целом по группе больных достоверно коррелируют с фактом полиморфизма (Спирмена $R = 0,43$, $p = 0,012$), а частота полиморфных аллелей существенно различается между подгруппами с нормальным и искаженным ОСТ (двусторонний точный критерий Фишера, $p = 0,028$) (рис. 4.1.10). Искаженная система представлений о собственной внешности (искаженный ОСТ) включает в себя аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты и развивается в онтогенезе, составляя один из компонентов индивидуальности субъекта.

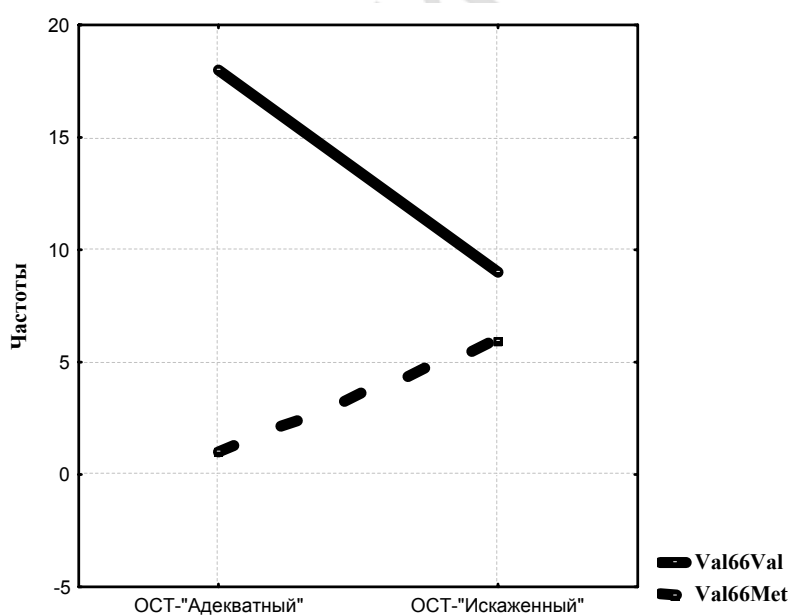


Рис. 4.1.10. Частота искаженного образа собственного тела при НПП с учетом полиморфизма Val66Met (отношение шансов = 12,0 (95 % ДИ: 1,25–115,36))

Полиморфизм G196A (Val66Met) и своеобразие личностного профиля больных НПП. Современные теории личности предполагают наличие генетической предрасположенности человеческой индивидуальности. Изучение специфичности личностных черт пациенток с НПП в контексте генетического полиморфизма выявило значимые корреляционные отношения для больных нервной анорексией. Для всей подгруппы больных НА при наличии поли-

морфного аллеля Val66Met была характерна достоверно меньшая гибкость поведения (шкала «Гибкость поведения», 2-сторонний $p = 0,04$; Спирмена $R = -0,48$, $p = 0,033$) и спонтанность самовыражения (шкала «Спонтанность», 2-сторонний $p = 0,007$; Спирмена $R = -0,58$, $p = 0,0075$). Для ограничительного подтипа нервной анорексии сохраняется указанная закономерность в отношении спонтанности (2-сторонний $p = 0,036$; Спирмена $R = -0,65$, $p = 0,030$), а также отмечена отрицательная корреляция со стремлением к приобретению новых знаний об окружающем мире (шкала «Познавательные способности», 1-сторонний $p = 0,045$, 2-сторонний $p = 0,073$; Спирмена $R = -0,63$, $p = 0,036$). Выявленные взаимосвязи не противоречат содержательной стороне указанных личностных конструкторов. Известный на практике догматизм оценок пациенток с НПП представляет собой жесткий когнитивный паттерн, существенно затрудняющими модификацию поведения, а опасение открыто проявлять свои чувства создает условия для реализации соматизации. Свойственное для больных НПП стремление избегать нового, конгруэнтно их ригидности в плане пересмотра устоявшихся взглядов при получении новой информации об окружающем мире.

Таким образом, наличие генетического полиморфизма BDNF-гена (Val66Met), приводящее к изменению его экспрессии в исследованной нами популяции пациентов, выявило фенотипически значимые последствия в структуре клинических проявлений нарушений пищевого поведения. Показано наличие взаимосвязи полиморфизма с фенотипическими маркерами дезадаптивного пищевого поведения (выраженность булимической симптоматики, самоконтроль пищевого поведения), выраженностью специфической психопатологической симптоматики (искажение образа собственного тела, соматизация, обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические проявления), патогномоничными личностными особенностями (гибкость поведения, спонтанность самовыражения).

4.2. Течение и прогноз при нарушениях пищевого поведения

Динамика клинических проявлений при нарушениях пищевого поведения, как правило, носит поступательный характер. Отдельные клинические формы по мере своего развития имеют тенденцию преобразовываться друг в друга [С. G. Fairburn, P. J. Harrison, 2003], либо заканчиваться выздоровлением (рис. 4.2.1). На рисунке размер стрелок отражает вероятность взаимного преобразования отдельных клинических форм НПП в процессе динамики состояния пациентов. Выход стрелок за пределы круга означает выздоровление от страдания.

Нервная анорексия. Нервная анорексия обычно начинается в середине подросткового возраста с разного рода диетических ограничений, которые, по мере прогрессирования расстройства, выходят из-под сознательного кон-

троля. Иногда расстройство оказывается кратковременным и не успевает нанести существенного ущерба организму, самостоятельно разрешается или нуждается в краткосрочном вмешательстве. Такая перспектива присуща в большей мере тем клиническим наблюдениям, когда имеет место раннее начало расстройства и короткая его продолжительность. В иных ситуациях нервная анорексия склонна приобретать затяжное течение, в ее клинической картине отчетливо наблюдается специфическая симптоматика, «расцветают» коморбидные психопатологические состояния и становятся значимыми соматические осложнения. Среди коморбидных психических расстройств преобладают: депрессия или дистимия (50–75 %), обсессивно-компульсивное расстройство (25 %), тревожные расстройства, зависимость от психоактивных веществ, личностные расстройства. В этой ситуации основное расстройство требует более интенсивных мер вмешательства. Примерно в 10–20 % случаев нервная анорексия приобретает упорное хроническое течение.

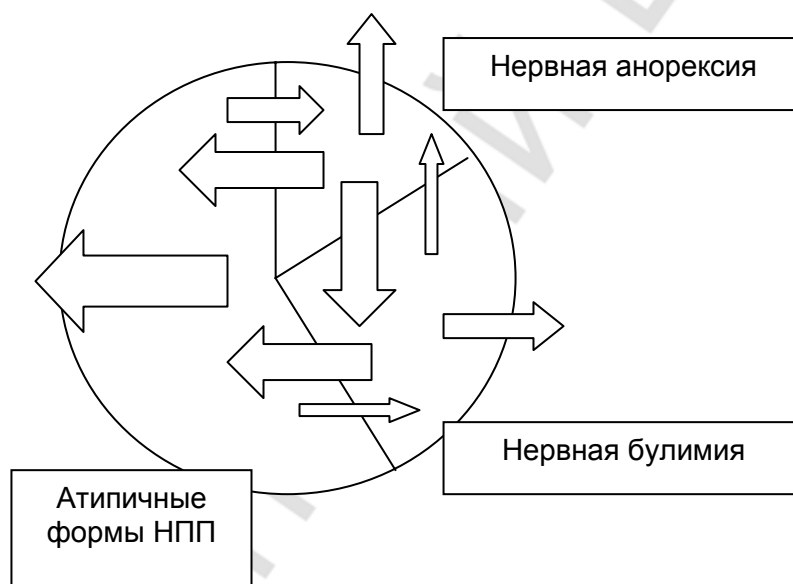


Рис. 4.2.1. Динамика клинических проявлений нарушений пищевого поведения

Если рассматривать нервную анорексию с позиции нозологического подхода и допускать однонаправленный вектор ее динамики, то уместно отметить бытовавший до настоящего времени в русскоязычной психиатрии подход к оценке динамики состояния таких пациентов. Согласно этим представлениям (В. В. Ковалев) в течении НА можно выделить следующие этапы: 1) инициальный, 2) аноректический, 3) кахектический, 4) этап редукции нервной анорексии. *Первый этап* расстройства (продолжительность 2–4 года) характеризуется идеями физического недостатка и недовольством собственной внешностью. Этому сопутствуют мысли о необходимости исправления «изъяна», которые ведут к периодически возникающему ограничению приема пищи. *Второму этапу* свойственно активное стремление к коррекции внешности и он условно заканчивается похуданием на 20–50 % от исходной

массы с развитием множественных сомато-эндокринных осложнений. Наиболее часто используемые способы похудения: изнуряющая физическая нагрузка, активные занятия спортом, ограничение количества пищи, прием слабительных и мочегонных средств, препаратов, снижающих аппетит, использование клизм, искусственно вызываемой рвоты. Подмечено, что по мере взросления девочки-подростки с целью похудения все больше используют диеты и реже изнуряют себя физическими упражнениями. Этому этапу свойственны: боязнь пациента поправиться, эмоциональная неустойчивость, ипохондрические переживания, заострение черт характера, пароксизмальные вегетативные расстройства. *Кахектический этап* наступает через 1,5–2 года после начала активного ограничения приема пищи и характеризуется сомато-эндокринными нарушениями. Преимущественно расстраиваются функции центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, репродуктивной и эндокринной систем, системы крови, желудочно-кишечной и мочеполовой систем. При благополучной динамике состояния эти расстройства носят обратимый характер. Так, уменьшение объема ткани головного мозга при нервной анорексии носит обратимый характер и коррелирует с динамикой массы тела. Следует подчеркнуть серьезные нарушения репродуктивной функции, что является как одним из значимых диагностических критериев, так и признаком, чувствительным к восстановлению веса тела. Выраженные нарушения функций внутренних органов на фоне значительной потери массы тела (50 % и более) представляют серьезную угрозу для жизни пациентов и нуждаются в экстренной медицинской помощи. На этапе *редукции нервной анорексии* нормализации функции внутренних органов и увеличению массы тела сопутствуют попытки снова ограничивать прием пищи на фоне вновь актуализирующегося страха полноты. Это зачастую является причиной возобновления расстройства (у $\frac{2}{3}$ пациентов). Следует, в то же время, признать условность такого разделения и его удобство с академической точки зрения.

Прогноз при нервной анорексии. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют, что вероятность полного выздоровления относительно невелика. Принято считать, что критериев выздоровления достигает порядка 50 % пациентов, у 30 % отмечается улучшение, но они сохраняют противостояние в отношении собственного веса, а у оставшихся 20 % прогноз неблагоприятный. При благополучном исходе нервной анорексии у значительного количества пациентов сохраняются на протяжении длительного времени остаточные клинические признаки расстройства, касающиеся избыточного беспокойства в отношении фигуры, массы тела, пищевых предпочтений, сопутствующие психиатрические проблемы, такие как дистимия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ. Особого внимания заслуживают результаты исследований, отмечающие отсутствие полного восстановления структурно-

функциональных взаимоотношений в головном мозге (объем серого и белого вещества, регионарный мозговой кровоток, функциональная асимметрия головного мозга) по мере ликвидации дефицита массы тела.

Достаточно часто на фоне клинических проявлений нервной анорексии появляются эпизоды переедания (обжорства) и, практически в половине случаев, происходит трансформация в полную клиническую картину нервной булимии. Одним из потенциальных факторов риска для нервной булимии является видимое «выздоровление» от анорексии. Это обычно происходит на протяжении первых 2 лет от начала НА и редко наблюдается через 5 лет. В определенном отношении это превращение может рассматриваться как переход от видимого (нервная анорексия) к скрытому (нервная булимия) нарушению пищевого поведения, кардинальные проявления которого легче утаить от родственников, окружающих и профессионалов, оказывающих помощь при таких расстройствах. В свою очередь, «невмешательство» окружающих в течение нервной булимии может быть одной из причин сохранения специфической симптоматики на многие годы. В качестве благоприятных *прогностических факторов* при нервной анорексии следует отметить раннее начало расстройства и короткую его продолжительность, а среди неблагоприятных — длительный анамнез болезни, более поздний возраст манифестации, тяжелую потерю массы тела, наличие в структуре симптоматики феноменов переедания и самовызывания рвоты, а также трудности в социальном взаимодействии. Показано, что на каждые 10 % снижения массы тела от адекватной, отмечается 18 % увеличение риска плохого прогноза.

Оценка пациентов, страдающих нервной анорексией, по меньшей мере через 4 года после начала расстройства, показала, что *хороший результат* лечения отмечен у 44 % больных (достигнута ожидаемая прибавка в весе — до 15 % в рамках соответствующих росто-весовых характеристик, восстановление регулярности менструального цикла), *плохой результат* (примерно у 24 %) характеризовался отсутствием прибавки в весе, месячные отсутствуют или, в лучшем случае, спорадические. Около 28 % исходов занимали промежуточное положение между «плохим» и «хорошим». Смертельные исходы были отмечены примерно в 5 % случаев.

Катамнестические 21-летние исследования свидетельствуют о том, что 50,6 % пациентов достигают критериев полного выздоровления, у 10,4 % анорексия продолжает оставаться актуальной, а 15,6 % пациентов умирает от причин, связанных с этим заболеванием [S. Zipfel et al., 2000]. Долгосрочное наблюдение за стационарированными в специализированный центр пациентами, страдающими тяжелой нервной анорексией, отметило полное выздоровление у 76 % больных, достигнутое в среднем за 79 месяцев, частичное выздоровление — у 10 % (в среднем за 57 месяцев). Хронический характер течения расстройства отмечен был у 14 % больных [M. Strober et al., 1997].

Варианты исходов при нервной анорексии с учетом продолжительности наблюдения (лет) от момента начала расстройства [S. Theander, 1985]

Вариант исхода	Количество лет от момента начала расстройства		
	5	15	33
Хороший	55 %	63 %	76 %
Умеренный	19 %	17 %	1 %
Плохой	18 %	7 %	6 %
Смерть	8 %	13 %	18 %

Исследования скорости наступления ремиссии в отношении соматических, поведенческих и психологических симптомов при нарушениях пищевого поведения показали, что последние дезактуализируются намного позднее. Психологические симптомы также сохраняются дольше по сравнению с соматическими симптомами, связанными с дефицитом массы тела. В структуре психологических переживаний страх набора веса и искаженное восприятие формы тела разрешаются прежде, чем наступит облегчение навязчивых переживаний по поводу массы и формы тела. Среди поведенческих симптомов в катамнестическом наблюдении длительно сохраняются неочистительные формы компенсаторного поведения [L. Clausen, 2004]. В отличие от очистительного поведения, ограничительные тенденции в питании и чрезмерные физические нагрузки с целью контроля внешности остаются актуальными на протяжении 3–7 лет [B. M. Herpertz-Dahlmann et al., 1996]. Ремиссия в плане очистительного поведения, по-видимому, незначительно опережает прекращение эпизодов компульсивного переедания, что подтверждает идею о том, что очистительное поведение склонно агgravировать феномены переедания [F. McManus et al., 1995].

Недавние исследования свидетельствуют, что среди всех психических расстройств максимальная *смертность* пациентов от естественных и неестественных причин наблюдается при расстройствах пищевого поведения и зависимости от психоактивных веществ [P. F. Sullivan, 1995]. В целом смертность при нервной анорексии (преимущественно от остановки сердца и суицидов) возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения и достигает 20 % при длительности наблюдения более 20 лет [S. Theander, 1985]. При нервной анорексии стандартизованный показатель смертности (с учетом числа смертельных исходов среди подобной когорты без нервной анорексии) составляет от 3,8 % до 14,4 %, а на протяжении первых десяти лет от момента манифестации расстройства — порядка 10 % [S. Nielsen, 2001]. Смертность исключительно от нервной анорексии в 12 раз превышает показатель смертности среди молодых женщин в общей популяции. Основными причинами смертности являются соматические осложнения и суицид. Грубый показатель смертности от НБ составляет 0,3 %. Так же как и при ком-

пульсивном переедании, при НБ риск смертельного исхода опосредован негативными последствиями для здоровья избыточной массы тела и ожирения. В то же время есть мнение, что негативные последствия для здоровья при компульсивном переедании независимы от риска ожирения [D. Herzog et al., 2000; T. Reichborn-Kjennerud et al., 2004].

Исследования *суицидального поведения* больных нервной анорексией показывают, что риск завершённого суицида остается высоким на протяжении по меньшей мере 8 лет с момента диагностики расстройства. Суицидальному поведению обычно сопутствуют большие потери массы тела, повторяющиеся госпитализации по поводу расстройств пищевого поведения [G. C. Patton, 1988], старший возраст, большая продолжительность расстройства, частое сопутствующее использование медикаментов и алкоголя, черты обсессивности. Среди амбулаторных пациентов, наблюдаемых по поводу нервной анорексии, 13 % сообщали как минимум об одной суицидальной попытке, 29 % делились реально существующими суицидальными мыслями, а у 26 % парасуицидентов такого рода попытки предпринимались повторно [A. Favaro, P. Santonastaso, 1997].

Нервная булимия имеет несколько более поздний возраст манифестации. Начало расстройства обычно весьма подобно таковому при нервной анорексии. Так, примерно в $\frac{1}{4}$ случаев пациенты периодически удовлетворяют критериям диагностики НА. В конечном счете, эпизоды переедания закономерно прерывают диетические ограничения и, как следствие, масса тела достигает нормальных (или близких к нормальным) величин. Расстройство по своим механизмам становится самоподдерживающимся (см. раздел по психообразовательным подходам к лечению). Таким образом, к моменту первичного клинического интервью у пациентов средняя продолжительность расстройства составляет порядка 5 лет, а затем средняя длительность течения — 5–10 лет. При этом 30–50 % лиц, страдающих нервной булимией, продолжают иметь клинически значимые признаки расстройства, хотя у многих оно приобретает атипичную форму. Смертность при нервной булимии является закономерно меньшей, чем при нервной анорексии и составляет порядка 1 % на протяжении первых 10 лет с момента постановки диагноза. К настоящему времени нет основания говорить о надежных *прогностических предикторах* при нервной булимии. В то же время худший прогноз отмечался при наличии в детстве ожирения, пониженной самооценке и сопутствующих расстройствах личности, а также депрессии.

Для удобства сопоставления характера прогнозов при нервной анорексии и нервной булимии, приводим табл. 4.2.2 (цит. по P. Sullivan, 2002), обобщающую эти характеристики на выборке пациентов, получавших в основном стационарную помощь.

Расстройство по типу переедания (обжорство, BED). Пациенты часто сообщают о том, что к моменту обследования длительное время отмечали у

себя склонности к перееданию, особенно на фоне стрессовых жизненных событий. Одновременно они также дают информацию о продолжительных периодах, свободных от переедания. При этом расстройстве возможна высокая частота спонтанных ремиссий, выраженный положительный ответ на плацебо-терапию, лучший терапевтический ответ на фармако- и психотерапию, чем при НА и НБ. Отсутствуют данные в отношении долгосрочного прогноза и течения расстройства.

Таблица 4.2.2

Прогностические характеристики для нервной анорексии и нервной булимии (по результатам наблюдений со сроками ≤ 10 лет с момента направления в клинику)

Параметр	Нервная анорексия	Нервная булимия
Смертельный исход	10 %	~ 1 %
Хронизация расстройства	10 %	10 %
Расстройство, не достигающее критериев диагностики (неполный синдром)	15 %	20 %
Изменение диагностической рубрики в структуре НПП (например, НА на НБ и наоборот)	15 % (около половины пациентов имели симптомы нервной булимии периодически)	~ 1 %
Отсутствие НПП при катamnестическом наблюдении	50 %	70 %

Атипичные нарушения пищевого поведения в большинстве случаев имеют хронический характер течения и практически в половине случаев преобразуются в нервную анорексию и нервную булимию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, В. В. Нервная (психическая) анорексия (anorexia nervosa) / В. В. Ковалев // Психиатрия детского возраста : рук. для врачей. М., 1979. С. 145–155.
2. A combination of BDNF and NT-3 promotes supraspinal axonal regeneration into Schwann cell grafts in adult rat thoracic spinal cord / X. M. Xu [et al.] // Exp. Neurol. 1995. Vol. 134. P. 261–272.
3. Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population / T. Wade [et al.] // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 1996. Vol. 30, № 6. P. 845–851.
4. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder : role of the family environment / P. J. Cooper [et al.] // British Journal of Psychiatry. 2004. Vol. 184. P. 210–215.
5. Association between the brain-derived neurotrophic factor 196G/A polymorphism and eating disorders / H. Koizumi [et al.] // Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet. 2004. Vol. 127, № 1. P. 125–127.
6. Association of BDNF with restricting anorexia nervosa and minimum body mass index : a family-based association study of eight European populations / M. Ribases [et al.] // European Journal of Human Genetics. 2005. Vol. 13. P. 428–434.

7. *Berkman, N. D.* Outcomes of eating disorders : a systematic review of the literature / N. D. Berkman, K. N. Lohr, C. M. Bulik // *International Journal of Eating Disorders*. 2007. Vol. 40. P. 293–309.
8. *Biosynthesis* and post-translational processing of the precursor to brain-derived neurotrophic factor / S. J. Mowla [et al.] // *J. Biol. Chem.* 2001. Vol. 276. P. 12660–12666.
9. *Brain-derived* neurotrophic factor gene Val66Met and -270C/T polymorphisms and personality traits predisposing to anorexia nervosa / F. Rybakowski [et al.] // *Neuro. Endocrinol. Lett.* 2007. Vol. 28, № 2. P. 153–158.
10. *Brain-derived* neurotrophic factor regulates energy expenditure through the central nervous system in obese diabetic mice / T. Nonomura [et al.] // *Int. J. Exp. Diabetes. Res.* 2001. Vol. 2. P. 201–209.
11. *Brain-derived* neurotrophic factor regulates glucose metabolism by modulating energy balance in diabetic mice / T. Nagakawa [et al.] // *Diabetes*. 2000. Vol. 49. P. 436–444.
12. *Brain-derived* neurotrophic factor Val66Met and psychiatric disorders : meta-analysis of case-control studies confirm association to substance-related disorders, eating disorders, and schizophrenia / M. Gratacòs [et al.] // *Biol. Psychiatry*. 2007. Vol. 61, № 7. P. 911–922.
13. *Clausen, L.* Time course of symptom remission in eating disorders / L. Clausen // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. Vol. 36. P. 296–306.
14. *Comorbidity* of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa / K. A. Halmi [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1991. Vol. 48. P. 712–718.
15. *Conditional* deletion of brain-derived neurotrophic factor in the postnatal brain leads to obesity and hyperactivity / M. Rios [et al.] // *Mol. Endocrinol.* 2001. Vol. 15, № 10. P. 1748–1757.
16. *Coppola, V.* Control of hyperphagia prevents obesity in BDNF heterozygous mice / V. Coppola, L. Tessarollo // *Neuroreport*. 2004. Vol. 15, № 17. P. 2665–2668.
17. *Course* and outcome in adolescent anorexia nervosa / B. M. Herpertz-Dahlmann [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1996. Vol. 19. P. 335–345.
18. *Dantzer, R.* Somatization : a psychoneuroimmune perspective / R. Dantzer // *Psychoneuroendocrinology*. 2005. Vol. 30. P. 947–952.
19. Dechant, G. Neurotrophins / G. Dechant, H. Neumann // *Adv. Exp. Med. Biol.* 2002. Vol. 513. P. 303–334.
20. *Deter, H.* Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Hedelberg-Mannheim study / H. Deter, W. Herzog // *Psychosom. Med.* 1994. Vol. 56. P. 20–27.
21. *Dietary* restriction increases the number of newly generated neural cells, and induces BDNF expression, in dentate gyrus of rats / J. Lee [et al.] // *J. Mol. Neurosci.* 2000. Vol. 15. P. 99–108.
22. *Exercise* and brain neurotrophins / S. A. Neeper [et al.] // *Nature*. 1995. Vol. 373. P. 109.
23. *Fairburn, C. G.* Eating disorders / C. G. Fairburn, P. J. Harrison // *Lancet*. 2003. Vol. 361. P. 407–416.
24. *Family* trios analysis of common polymorphisms in the obestatin/ghrelin, BDNF and AGRP genes in patients with anorexia nervosa : association with subtype, body-mass index, severity and age of onset / R. M. Dardennes [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. 2007. Vol. 32, № 2. P. 106–113.
25. *Favaro, A.* Suicidality in eating disorders : clinical and psychological correlates / A. Favaro, P. Santonastaso // *Acta Psychiatr. Scand.* 1997. Vol. 95, № 6. P. 508–514.
26. *Herzog, D. B.* Comorbidity and outcome in eating disorders / D. B. Herzog, K. M. Nussbaum, A. K. Marmor // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 1996. Vol. 19. P. 843–859.
27. *Kernie, S. G.* BDNF regulates eating behaviour and locomotor activity in mice / S. G. Kernie, D. J. Liebl, L. F. Parada // *EMBO J.* 2000. Vol. 19. P. 1290–1300.

28. Klump, K. L. Differential heritability of eating attitudes and behaviors in prepubertal versus pubertal twins / K. L. Klump, M. McGue, W. G. Iacono // *International Journal of Eating Disorders*. 2003. Vol. 33, № 3. P. 287–292.
29. Laske, C. Brain-derived neurotrophic factor : from nerve growth factor to modulator of brain plasticity in cognitive processes and psychiatric diseases / C. Laske, G. W. Eschweiler // *Nervenarzt*. 2006. Vol. 77, № 5. P. 523–537.
30. Long-term prognosis in anorexia nervosa : lessons from a 21-year follow-up study / S. Zipfel [et al.] // *Lancet*. 2000. Vol. 355. P. 721–722.
31. McManus, F. A functional analysis of binge-eating / F. McManus, G. Waller // *Clinical Psychology Review*. 1995. Vol. 15. P. 845–863.
32. Mortality in eating disorders : a descriptive study / D. Herzog [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2000. Vol. 28, № 1. P. 20–26.
33. Mutation screen of the brain derived neurotrophic factor gene (BDNF) : identification of several genetic variants and association studies in patients with obesity, eating disorders, and attention-deficit/hyperactivity disorder / S. Friedel [et al.] // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* 2005. Vol. 132, № 1. P. 96–99.
34. Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents / E. Stice [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999. Vol. 67. P. 967–974.
35. Neurotrophic factors increase axonal growth after spinal cord injury and transplantation in the adult rat / B. S. Bregman [et al.] // *Exp. Neurol.* 1997. Vol. 148. P. 475–494.
36. Nielsen, S. Epidemiology and mortality of eating disorders / S. Nielsen // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2001. Vol. 24. P. 201–214.
37. Normal and abnormal personality traits : evidence for genetic and environmental relationships in the Minnesota Study of Twins Reared apart / K. E. Markon [et al.] // *J. Pers.* 2002. Vol. 70, № 5. P. 661–693.
38. Onset of adolescent eating disorders : population based cohort study over 3 years / G. C. Patton [et al.] // *BMJ*. 1999. Vol. 318. P. 765–768.
39. Opposite changes in the serum brain-derived neurotrophic factor in anorexia nervosa and obesity / P. Monteleone [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. 2004. Vol. 66. P. 744–748.
40. Outcome of anorexia nervosa : eating attitudes, personality, and parental bonding / C. M. Bulik [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2000. Vol. 28. P. 139–147.
41. Patton, G. C. Mortality in eating disorders / G. C. Patton // *Psychol. Med.* 1988. Vol. 18, № 4. P. 947–951.
42. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision) / American Psychiatric Association // *Am. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 157, № 1, Supplement. 39 p.
43. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors / T. Reichborn-Kjennerud [et al.] // *Obesity Research*. 2004. Vol. 12, № 9. P. 1445–1454.
44. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents / A. E. Field [et al.] // *Pediatrics*. 2003. Vol. 112, № 4. P. 900–906.
45. Sequence variance of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene are strongly associated with obsessive-compulsive disorder / D. Hall [et al.] // *Am. J. Hum. Genet.* 2003. Vol. 73. P. 370–376.
46. Strober, M. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents : Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study / M. Strober, R. Freeman, W. Morrell // *International Journal of Eating Disorders*. 1997. Vol. 22. P. 339–360.
47. Sullivan, P. Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa / P. Sullivan // *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* / C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds.). 2nd ed. New York, London : The Guilford Press, 2002. P. 226–232.

48. *Sullivan, P. F.* Mortality in anorexia nervosa / P. F. Sullivan // *Am. J. Psychiatry.* 1995. Vol. 152. P. 1073–1074.
49. *Theander, S.* Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia : some results of previous investigations compared with those of a Swedish long term study / S. Theander // *J. Psychiatr. Res.* 1985. Vol. 19. P. 493–508.
50. *The association between weight perception and BMI among high school students / N. D. Brener [et al.] // Obesity Research.* 2004. Vol. 12. P. 1866–1874.
51. *The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function / M. F. Egan [et al.] // Cell.* 2003. Vol. 112. P. 257–269.
52. *Very problem birth, birth trauma, and risk of anorexia nervosa among girls / S. Cnattingius [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry.* 1999. Vol. 56. P. 634–638.
53. *Waugh, E.* Offspring of women with eating disorders / E. Waugh, C. Bulik // *International Journal of Eating Disorders.* 1999. Vol. 25. P. 123–133.

ГЛАВА 5

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА И ДИАГНОСТИКИ

5.1. Векторы клинической оценки

Приведенные выше диагностические категории позволяют разграничить основные формы нарушений пищевого поведения. В то же время клиническая реальность требует ухода от формальной трактовки пунктов классификации, принимая во внимание общность ключевых характеристик для различных диагностических категорий, равно как и разнородность проявлений внутри классификационных подгрупп. Независимо от места в классификации у большинства пациентов, страдающих нарушением пищевого поведения, отмечается чрезмерное беспокойство по поводу веса и/или формы тела. Как при нервной анорексии, так и нервной булимии (и большинства атипичных форм нарушения пищевого поведения) отмечается чрезмерное влияние массы тела на самооценку. В DSM-IV такой характер влияния описан в качестве диагностического пункта для нервной булимии, а в МКБ-10 нет прямых указаний на эти взаимовлияния вообще. У большинства индивидов, страдающих нарушениями пищевого поведения, в анамнезе выявляются периоды тяжелых диетических ограничений (диеты) или компенсаторного поведения с целью снизить вес или избежать его набора. Такие проявления остаются относительно стабильными со временем, несмотря на то, что оценка состояния с учетом диагностических критериев может изменяться. Например, у пациента с нервной анорексией ограничительного типа расстройство может соответствовать в анамнезе нервной анорексии с эпизодами переедания и/или очистительного поведения. Даже существенное снижение массы тела, типичное для нервной анорексии, также встречается и у пациентов с нервной булимией. Фактически потеря веса у пациентов с нервной булимией сопоставима с таковой при нервной анорексии с той лишь разницей, что пациенты, страдающие нервной булимией, начинают снижать вес с первоначально более высокого уровня.

Таким образом, клиническая реальность при постановке диагноза нарушений пищевого поведения требует учета следующих условий:

- масса тела;
- наличие или отсутствие эпизодов переедания;
- наличие или отсутствие компенсаторного поведения, такого как самовызывание рвоты или злоупотребление слабительных средств.

Методы оценки состояния пациентов с нарушениями пищевого поведения включают:

- клиническое интервью;
- опросники самооценки;
- процедуру самомониторинга;

– лабораторные и инструментальные методы исследований.

В процессе клинического интервью одной из его целей является установление диагноза. В процессе оценки состояния пациента, после того как будет определена масса тела и рост, полезно получить ответы на следующие вопросы:

- Какой вес Вы хотели бы иметь?
- Что Вы думаете о своем весе?
- Вы сами или кто-либо из Вашего окружения проявляет беспокойство в отношении вашего питания или физических нагрузок?

Опросники самооценки позволяют в большей мере уточнить и объективизировать информацию, касающуюся симптоматики, связанной с нарушениями пищевого поведения и общей психопатологией. Процедура самомониторинга, осуществляемая пациентом, обеспечивает клинициста важными данными об особенностях его пищевого поведения. Ценность этой информации состоит в том, что она получена в естественных условиях. Используемые в практическом здравоохранении лабораторные и инструментальные методы исследований позволяют объективно оценить характер компенсации/декомпенсации основных функциональных систем организма.

Клиническое интервью опирается на знание врачом клинической картины нарушений пищевого поведения и их диагностических критериев, обсужденных выше. Врач должен быть готов к тщательной оценке часто выявляемых у пациентов нарушений образа собственного тела, дезадаптивного пищевого поведения и экстремальных методов контроля массы тела.

Масса тела и образ собственного тела. Нарушения образа собственного тела играют значимую роль в структуре психопатологии нарушений пищевого поведения. Как сенсорные (перцептивные), так и когнитивно-аффективные компоненты нарушений образа собственного тела (искажение образа собственного тела или неудовлетворенность образом тела) находят свое отражение в классификационных схемах нарушений пищевого поведения. В процессе интервью врач должен получить информацию в отношении массы тела и роста пациентки на момент обследования, а также проанализировать динамические анамнестические данные в отношении массы тела. Особое внимание следует уделять значениям максимальной и минимальной массы тела с того момента, как обследуемая достигла наблюдаемого на момент обследования роста. Также необходимо отметить частоту, с которой наблюдаются существенные колебания массы тела. В процессе интервью целесообразно тактично выяснить сведения о характере взаимосвязи между значимыми жизненными событиями и лабильностью массы тела. У женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, зачастую удается выявить такого рода взаимосвязи, особенно между стрессовыми событиями в межличностных отношениях и колебаниями массы тела.

Интервьюер также может поинтересоваться динамикой массы тела в детстве и раннем подростковом возрасте. Наличие избыточной массы тела в детстве и/или переживания по поводу насмешек в связи с избыточным весом может быть значимым опытом у таких пациенток. Учитывая, что ретроспективная оценка массы тела не всегда бывает достаточно точной, следует поинтересоваться характером восприятия женщиной своей массы тела в детстве и подростковом возрасте, уточнив, чувствовала ли она, будучи ребенком, что имеет избыточный вес, получала ли она негативные комментарии от членов семьи по поводу массы тела или внешности, дразнили ли сверстники по поводу избыточной массы тела.

Далее необходимо выяснить, какой вес пациентка считает для себя идеальным. Это даст возможность представить субъективно приемлемый диапазон массы тела, который, обычно у пациентов с нарушениями пищевого поведения нереалистично занижен.

Нарушения образа собственного тела при нарушениях пищевого поведения принято рассматривать в следующих аспектах:

1) расстройство восприятия (т. е. искажение образа тела), при котором женщина воспринимает отдельные части тела как неестественно большие;

2) расстройство когнитивного и аффективного функционирования (т. е. неудовлетворенность образом тела), когда женщина негативно оценивает свою внешность;

3) поведенческие нарушения (т. е. «избегание» образа тела), при которых женщина регулярно занимается «перепроверкой» собственного тела и избегает ситуаций, провоцирующих тревогу по поводу тела (например, избегает посещения пляжей, тренажерных залов, ношения обтягивающей одежды и пр.).

В процессе интервью клиницист должен оценить наличие и выраженность этих проявлений нарушения образа тела, а также характер их влияний на самооценку женщины и ее способность к адаптации. Принимая во внимание тесную связь нарушений образа собственного тела с самооценкой, целесообразно учитывать, что они играют предикторную роль в отношении тяжести клинических проявлений и терапевтического ответа, особенно при нервной анорексии.

Таким образом, наряду с вопросом о характере восприятия и ощущения женщиной ее веса и формы тела, интервьюер должен оценить:

– «смысловую нагрузку» поведения по достижению (поддержанию) ею идеальной массы тела;

– влияние, которое оказывает набор (снижение) веса на ее мысли и чувства в отношении самой себя;

– характер восприятия окружающими ее веса и формы тела;

– степень избегания или ограничения видов активности, связанных с предъявлением собственной внешности (например, плавание, физические упражнения, сексуальная активность и пр.).

Деадаптивное пищевое поведение. Учитывая, что эпизоды переедания является основным признаком нервной булимии и встречается при нервной анорексии, клиницист должен оценить действительно ли у пациента имеют место эпизоды переедания. Для этого нужно руководствоваться критериями, которые характеризуют:

- употребление на протяжении *ограниченного временного интервала* определено *большого количества пищи* (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах);

- утрату контроля за едой в процессе питания.

Многие женщины, страдающие от эпизодов переедания, сообщают о том, что не могут остановить эпизод переедания, если он уже начался или не могут предотвратить переедание, если они испытывают побуждение к нему. Таким образом, если эпизоды переедания имеют место, то целесообразно выяснить информацию об их начале, частоте и тяжести эпизодов переедания, а также субъективном характере восприятия пациентом наличия/отсутствия контроля над едой. Несмотря на то, что самомониторинг (см. ниже) предоставляет наиболее полную информацию в отношении паттерна питания на протяжении дня, включая информацию о еде и калорийности эпизодов переедания, зачастую бывает информативной попытка описания дневного паттерна питания, включая типичные приемы пищи и типичные переедания. Врач также может получить информацию в отношении преимущественного времени суток для эпизодов переедания, факторах предшествующих и следующих за эпизодом переедания, включая специфические события или эмоциональные состояния, которые обычно «запускают» эпизод. Оцениваются также эмоциональные реакции и соматическое состояние вслед за эпизодом переедания.

У женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, также может отмечаться склонность к крайне избирательным диетам, включающим обычно только те продукты, которые они оценивают как «безопасные» или «хорошие» с полным исключением тех продуктов, которые оцениваются как «запрещенные» или «плохие». Для женщин с эпизодами переедания употребление даже небольшого количества «запрещенной» пищи может инициировать эпизод переедания и/или рвоты. К «запрещенной» пище обычно относят высококалорийные продукты и продукты с высоким содержанием углеводов, хотя часто отмечаются индивидуальные «предпочтения» в отношении избегаемой пищи. Поскольку при лечении предусматривается расширение рациона потребляемых продуктов, в том числе и до того «запрещенных», то в процессе клинического интервью целесообразно уточнить какая пища вызывает дистресс у пациента, а также какие продукты питания пациент предпочитает, но избегает употреблять.

Методы контроля массы тела. Женщины, страдающие нарушениями пищевого поведения, как правило, имеют продолжительную историю своих диетических ограничений. Обычно их попытки хронического ограничения в потреблении пищи перемежаются с эпизодами переедания и сопровождаются использованием иных экстремальных методов контроля массы тела. Достаточно частой находкой при обследовании являются частые взвешивания (до нескольких раз в день). Врач должен спросить у пациента о начале, частоте и предпочтительных способах диетических ограничений. Поскольку имеются сведения о начале использования диет девочками уже в третьем классе, следует учитывать возможность продолжительного анамнеза диетических ограничений. Принимая во внимание, что период выраженных диетических ограничений зачастую предшествует манифестации НА и НБ, в процессе обследования целесообразно подробно расспросить о последнем периоде диетических ограничений. В частности, необходимо оценить вероятность наличия взаимосвязи между разного рода стрессовыми событиями и началом диет, а также определить каким способом женщина ограничивает потребление пищи.

При наличии в структуре нарушений пищевого поведения пациента «очистительного» поведения необходимо помнить о том, что пациенты нередко одновременно используют несколько дезадаптивных методов контроля массы тела (например, у нашей пациентки одновременное использование мочегонных, слабительных препаратов и самовызывание рвоты регулярно наблюдались на протяжении 5 месяцев). В процессе клинического интервью пациентки с нарушениями пищевого поведения могут быть относительно открыты для обсуждения их выраженных диетических ограничений, но в меньшей степени готовы делиться информацией в отношении очистительного поведения. Поэтому врач должен уточнить у пациентки вызывает ли она у себя рвоту, а также принимает ли слабительные, мочегонные препараты, использует ли клизмы, средства, подавляющие аппетит или другие препараты, жесткие посты или изнуряющие физические нагрузки. В частности, в случае использования физических упражнений необходимо прояснить их мотивацию: являются ли они непосредственным способом контроля массы тела или его формы.

Психиатрический анамнез. Не является редкостью для больных, страдающих НБ, наличие НА в анамнезе. Женщины, страдающие нарушениями пищевого поведения, могут также иметь другие психические расстройства, включая аффективные, тревожные расстройства, расстройства личности и зависимости от психоактивных веществ. Врач должен учитывать возможность наличия коморбидных расстройств, а также быть способным установить очередность возникновения психических расстройств по отношению к нарушениям пищевого поведения, т.е. возникли ли они до или после начала нарушения пищевого поведения. Это принципиальное замечание влияет на дальнейшую терапевтическую стратегию. Например, назначение антидепрессан-

тов может быть оправданным в лечении НА и НБ при наличии сопутствующего депрессивного расстройства. Сопутствующие расстройства личности, злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами требует достаточно длительного и интенсивного курса лечения.

В процессе клинического интервью следует получить информацию в отношении семейного анамнеза, образования и профессионального статуса пациента, а также оценить мотивацию к лечению. В отношении соматического анамнеза следует проанализировать характер становления менструальной функции, принимая во внимание, что ее нарушения отмечаются не только при НА, но и при НБ. Недоброкачественный характер течения нарушений пищевого поведения требует всестороннего обследования и регулярного наблюдения пациентов врачом-терапевтом на протяжении всего периода лечения. Фокусом внимания должны быть жалобы пациентов на тошноту, головокружение, слабость, вялость, усталость, сердечные и желудочно-кишечные симптомы.

Информация, предоставляемая пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения, в целом может иметь малую надежность. Это подтверждается клиническими наблюдениями, которые показывают наличие отрицания болезни, что более свойственно пациентам с НА (по сравнению с НБ). В то же время мотивация осознанного искажения информации у пациентов с различными нарушениями пищевого поведения, по-видимому, различна. Вероятно, пациенты, страдающие НА, склонны исказить предоставляемую ими информацию с целью самозащиты, а при НБ — в связи с ощущением стыда в связи со слабой способностью к самоконтролю.

Устойчивые терапевтические отношения, характеризующиеся искренностью, принятием, честностью и теплотой являются предпосылкой к получению точной информации от пациента. При работе с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения, врач должен строить свое общение с ними, осознавая и эмпатически поддерживая амбивалентность, наблюдаемую у пациентов с начала лечения. Подобные пациенты часто испытывают тревогу по поводу своего выздоровления. При этом страдающие НА обычно опасаются самого потребления пищи и связанного с ним набора веса, а страдающие НБ испытывают страх по поводу потенциального увеличения их массы тела и изменения его формы. В качестве альтернативных способов сбора информации у пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения, с целью «обойти» имеющееся у них отрицание болезни можно рекомендовать следующие: сбор информации в отношении клинического состояния от посторонних информантов, задавание вопросов в гипотетической форме, обратных вопросов, вопросов к третьей персоне, а также предоставление пациентам возможности сделать выбор между двумя альтернативами.

Опросники самооценки при нарушениях пищевого поведения могут иметь расширенное использование как для оценки сопряженной с пищевым

поведением симптоматики, так и других аспектов симптоматики. Они могут удовлетворять как минимум трем целям:

1) опросники самооценки могут являться скрининговыми инструментами для оценки наличия и/или выраженности симптоматики, сопряженной с паттерном питания и других проявлений нарушений пищевого поведения;

2) опросники самооценки, идентифицируя и проясняя различные стороны болезненного поведения, могут таким образом направлять терапевтический процесс, участвуя в определении его целей;

3) эти опросники могут повторно использоваться для оценки динамики состояния в процессе лечения, учитывая легкость их заполнения и дешевизну процедуры.

Нарушения образа собственного тела в контексте нарушений пищевого поведения определяются как минимум тремя основными компонентами: искажением, неудовлетворенностью образом собственного тела и его избеганием. Несмотря на то, что между этими компонентами имеется высокая корреляционная связь, их следует анализировать изолированно с учетом различного удельного веса составляющих его компонентов у конкретного пациента. Помощь в этом могут оказать опросники самооценки с тем, чтобы конкретизировать цели дальнейшего лечения. Пациентам с более выраженным компонентом искажения в восприятии размеров отдельных частей собственного тела большую помощь может оказать лечение, направленное на коррекцию искаженной оценки размеров тела и его массы. При отчетливой неудовлетворенности образом тела большую пользу может оказать коррекция искаженных и негативных мыслей наряду с работой по принятию собственного тела. И, наконец, поведенческие методики с экспозицией ситуаций, вызывающих тревогу по поводу своей внешности, показаны пациентам с выраженным компонентом избегающего поведения.

Методики для оценки искажений в восприятии размеров тела построены на принципе сопоставления субъективной оценки респондентом размеров и формы отдельных частей тела или всего тела целиком у представляемых изображений (на фото- и видеоносителях) с объективными их размерами. В частности, методика «Силуэты» представляет собой тест, в которой респонденту показываются изображения тел различной формы и размеров и предлагается выбрать из них то, которое соответствует реальной и идеальной форме тела обследуемого. Оценке подвергается степень различий оцениваемых параметров с вычислением соответствующих показателей.

Методики для оценки компонента неудовлетворенности образом собственного тела позволяют выявить степень субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности индивидом отдельными частями собственного тела, в том числе теми, которые вызывают беспокойство у пациентов с нарушениями пищевого поведения (например, живот, бедра, ягодицы). Для оценки компонента удовлетворенности/неудовлетворенности образом собствен-

ного тела нами предложена Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ), построенная по указанному выше принципу:

Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом

ИНСТРУКЦИЯ. Оцените, пожалуйста, в баллах (от «0» до «6») степень Вашей удовлетворенности отдельными частями собственного тела, исходя из следующих критериев:

ПОЛНОСТЬЮ удовлетворена	0	1	2	3	4	5	6	ПОЛНОСТЬЮ не удовлетворена
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------------

Поставьте знак «√» в соответствующей ячейке:

Части тела	Баллы						
	0	1	2	3	4	5	6
Лицо							
Глаза							
Нос							
Уши							
Зубы							
Челюсть							
Шея							
Грудная клетка							
Грудь							
Спина							
Живот							
Руки (плечо и предплечье)							
Кисть							
Ягодицы							
Таз							
Бедро							
Колени							
Нога (бедро и голень)							
Ступня							
Кожа							
Волосы							
Рост							

В качестве критерия оценки используется балл, характеризующий степень удовлетворенности/неудовлетворенности отдельными сегментами тела, а также суммарный балл для оценки анализируемой переменной в отношении частей тела («голова», «туловище», «конечности»).

Методики для оценки степени избегания конфронтации с собственным телом включают вопросы, касающиеся избегания ситуаций, провоцирующих тревогу по поводу собственной внешности. Такие поведенческие особенности являются достаточно типичными для пациентов с нарушениями пищевого поведения и характеризуют, со своей стороны, характер социальной и психологической дисфункции.

Для интегративной оценки неудовлетворенности образом собственного тела с учетом когнитивных, аффективных и поведенческих компонентов нами был создан Опросник образа собственного тела (ООСТ):

Образ собственного тела

ИНСТРУКЦИЯ. Для каждого из следующих утверждений оцените в какой степени они подходят для Вас. Отметьте свой выбор знаком «√».

	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1. Я не люблю смотреть на себя в зеркало				
2. Покупка одежды обращает мое внимание на то как я выгляжу и, поэтому, неприятна				
3. Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих				
4. Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мое тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)				
5. Я испытываю стыд за свое тело в присутствии определенных людей				
6. Я не люблю свое тело				
7. Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным				
8. Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня				
9. Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я				
10. Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности (учебы) из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом				
11. Я испытываю чувство вины в связи со своим весом				
12. У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того как я выгляжу				
13. Мне трудно принимать комплименты по поводу того как я выгляжу				
14. Когда я смотрюсь в зеркало, то мое внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении				
15. Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я				
16. Я беспокоюсь о собственном весе				

В качестве критерия оценки используется суммарный балл по шкале. Градация вариантов ответов на предложенные вопросы: «Всегда» — 3 балла, «Часто» — 2 балла, «Иногда» — 1 балл, «Никогда» — 0 баллов. Процедура психометрической адаптации ООСТ к использованию в отечественных условиях показала, что оптимальное соотношение сензитивности (75 %) и специфичности (74 %) удовлетворяет суммарному баллу, равному 13. Это значение

можно рассматривать как пороговое при скрининговых обследованиях, поскольку позволяет достаточно успешно выделять искажение образа собственного тела (с учетом компонента неудовлетворенности) у лиц с нарушениями пищевого поведения.

Деадаптивные пищевые предпочтения, поведение и мысли с ними связанные. В соответствии с целями (см. выше), для реализации которых используются опросники самооценки, широкое применение в мире находит Опросник пищевых предпочтений-26 (ОПП-26, Eating Attitudes Test-26, EAT-26). Первоначально методика была разработана для оценки предпочтений и поведенческих характеристик пациентов, страдающих НА. В последствии была показана его способность разграничивать не только выборку больных НА от здоровых, но и пациентов, страдающих НБ, от здоровых. ОПП-26 проявил себя в качестве надежного инструмента для оценки степени выраженности проблем, типичных для пациентов с нарушениями пищевого поведения: стремления к похуданию, опасения набора веса и ограничительных тенденций в стиле питания.

Нами была проведена психометрическая адаптация методики в белорусской популяции, позволившая констатировать, что ОПП-26 является надежным и валидным инструментом, пригодным к использованию в отечественных условиях. Чувствительность опросника EAT-26 при пороговом значении шкалы (cut-off), равном 20 баллам, составила 71,7 % при его специфичности 95,4 %. Эта величина порогового балла позволяет выявить значительную долю женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения (в том числе и в субклинических формах) и нуждающихся в дальнейшем наблюдении и клинической оценке при минимальном количестве ложноположительных результатов теста.

Опросник пищевых предпочтений (EAT-26)

Пожалуйста, выберите наиболее подходящий для Вас ответ на каждый из последующих вопросов и отметьте знаком «√» в данном бланке.

	Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1. Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе						
2. Я избегаю приема пищи, когда голодна						
3. Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды						
4. У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться						
5. Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки						

	Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда
--	--------	--------	-------	--------	-------	---------

6. Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем						
7. Я особенно избегаю пищи с большим содержанием углеводов (напр., хлеб, рис, картофель и т. д.)						
8. Чувствую, что другие хотели бы, чтоб я ела больше						
9. У меня бывает рвота после того, как поем						
10. Я испытываю чрезмерную вину после еды						
11. Меня преследуют мысли о похудании						
12. Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений						
13. Другие люди думают о том, что я слишком худая						
14. Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле						
15. Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других						
16. Я избегаю еду, содержащую сахар						
17. Я употребляю диетические продукты						
18. Я испытываю ощущение того, что еда контролирует мою жизнь						
19. Я проявляю самоконтроль в отношении еды						
20. У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу						
21. Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней						
22. Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей						
23. Я использую диеты						
24. Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст						
25. Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты						
26. Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды						

В качестве критерия оценки используется суммарный балл по шкале, который вычисляется с учетом положительных ответов на вопросы.

Вопросы 1–24 и вопрос 26 оцениваются следующим образом: «Всегда» — 3 балла, «Обычно» — 2 балла, «Часто» — 1 балл, «Иногда», «Редко», «Никогда» — 0 баллов. Вопрос 25 — «Всегда», «Обычно», «Часто» — 0 баллов, «Иногда» — 1 балл, «Редко» — 2 балла, «Никогда» — 3 балла.

Процедура самомониторинга. Самомониторинг представляет собой динамическое самонаблюдение и оценку поведения самим пациентом. Это позволяет получить уточненную информацию в отношении пищевого поведения у женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения. Указанная информация представляет собой дневник самонаблюдений. Как минимум, самонаблюдение позволяет оценить частоту и время приемов пищи и «перекусов» у пациента, частоту и время эпизодов переедания, использование компенсаторных методов контроля массы тела, качественный состав, количество и пищевую ценность потребленной пищи. По желанию клинициста содержание вопросов может быть расширено (особенно в отношении функциональных аспектов питания). Например, могут быть включены пункты, касающиеся, например, эмоционального состояния, связанного с приемом пищи.

Процедура самонаблюдения является важным элементом лечебного процесса. Например, установление того факта, что записанные в дневнике события могут вызывать дистресс у пациента, может пролить свет на взаимосвязь между этими событиями и эпизодами переедания. В то же время отмеченные в процессе самонаблюдения у пациента ощущения голода или сытости могут помочь ему стать более осознанным и чувствительным к этим ощущениям и их связи с питанием (или избеганием питания). Самонаблюдение может также использоваться для оценки эффективности лечения и прогноза.

Форма для самонаблюдений должна быть создана самим врачом с учетом поставленных целей. Перед ее заполнением необходимо проинструктировать пациента в отношении необходимости ежедневного заполнения формы самомониторинга. При необходимости детальной характеристики приемов пищи можно заполнять бланк самоотчета для каждого приема пищи, а не за весь день целиком. Желаемая продолжительность заполнения составляет около 2 недель. Важно также дать инструкцию пациенту, чтобы он отмечал в форме всю потребленную пищу, а заполнял форму непосредственно после очередного приема пищи. Это повышает точность самоотчета по сравнению с его ретроспективным заполнением в конце дня. Нецелесообразно просить пациента при заполнении формы самонаблюдения измерять размер или взвешивать потребленную пищу либо подсчитывать ее калорийность, поскольку это может увеличить озабоченность пациента по поводу пищи и, вторично, негативно повлиять на точность заполнения дневника самонаблюдения.

В целом форма для самомониторинга должна включать следующие пункты:

- день недели и дата;
- время приема пищи, вид и количество потребленной пищи и жидкости;
- место приема пищи;

– оценка эпизода приема пищи как «полноценный прием пищи», «перекус» или «переедание»;

– использование пациентом экстремальных методов контроля массы тела (рвота, мочегонные, слабительные, средства, подавляющие аппетит).

В качестве дополнительной колонки «Комментарии» можно просить пациента отмечать дополнительную информацию, например, события или чувства, сопряженные с приемом пищи.

В клинической практике ряд женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, могут не хотеть заполнять формы для самомониторинга. При этом некоторые заполняют их только в «хорошие дни», другие ссылаются, что «забыли» их дома, третьи не заполняют вообще. Для преодоления этого клиницист должен содействовать установлению доверительных отношений с пациентом. При этом необходимо предоставить пациенту истинную информацию в отношении целесообразности заполнения формы самонаблюдения, предоставить точные инструкции в отношении ее заполнения, а также объяснить взаимосвязь между информацией, полученной в процессе самомониторинга и лечебными рекомендациями. Есть основания предполагать, что пациент может испытывать стыд или замешательство в процессе заполнения формы самонаблюдения, связанные с особенностями своего пищевого поведения. Врач должен быть готов к работе с такими переживаниями и уметь убедить пациента в том, что не будет давать оценок его личностных качеств на основании особенностей его стиля питания.

Лабораторные и инструментальные методы исследований. Для объективизации и последующего динамического наблюдения за состоянием пациентов следует выполнить следующие лабораторные и инструментальные методы исследований (табл. 5.1.1).

Таблица 5.1.1

Лабораторные исследования для пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения

Контингент пациентов	Исследования
Все пациенты с нарушениями пищевого поведения	<p>Соматическое обследование (выраженность кахексии, ортостатические реакции, лануго, акроцианоз, рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), отеки, увеличение и болезненность слюнных желез, выпадение волос, ломкость ногтей, желтушность, царапины на тыльной стороне кистей (признак Рассела), болезненность живота и пр.) — при первичном осмотре и регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений).</p> <p>Основные анализы:</p> <ul style="list-style-type: none">– общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка;– биохимический анализ крови: электролиты сыворотки крови (калий, натрий, хлор), глюкоза, общий белок сыворотки крови и белковые фракции, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины, креатинин;– функция щитовидной железы

Окончание табл. 5.1.1

Контингент пациентов	Исследования
Истощенные и соматически тяжелые пациенты	– биохимический анализ крови: электролиты сыворотки крови (кальций, магний, фосфаты, бикарбонат), креатинфосфокиназа, миоглобин, липидный профиль; – кислотно-основное состояние; – ЭКГ
Пациенты с пониженной массой тела на протяжении более 6 месяцев	– исследование выраженности остеопении и остеопороза; – сывороточные уровни эстрадиола (у женщин), тестостерона (у мужчин)
По дополнительным показаниям	– уровень амилазы сыворотки крови (возможный индикатор персистирующей или повторяющейся рвоты, при возможном панкреатите); – уровень лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов и пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела); – методы нейровизуализации (МРТ, КТ) для оценки степени увеличения желудочков мозга, коррелирующей со степенью кахексии; – исследование кала на наличие крови; – другие лабораторные и инструментальные методы исследований, консультации других смежных специалистов

В качестве объективного критерия оценки риска медицинских осложнений при нервной анорексии необходимо оценивать индекс массы тела (ИМТ, BMI), который рассчитывается по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$ (табл. 5.1.2).

Таблица 5.1.2

Рекомендуемые критерии оценки величины ИМТ при нарушениях пищевого поведения (нервная анорексия)

ИМТ	Градация и ее клиническая оценка
20–25	Здоровые границы массы тела
17,5–20	Недостаточная масса тела. Дис- или аменорея. Нарушение овуляции
15–17,5	Один из диагностических критериев нервной анорексии. Аменорея. Катаболические процессы во всех органах и системах
13,5–15	Тяжелая нервная анорексия. Соматические последствия со стороны всех органов и систем. Снижение уровня метаболизма до 50 %
12–13,5	Крайне тяжелая нервная анорексия. Стационарное лечение. Недостаточность функции внутренних органов (сердце, мышцы, костный мозг)
<12	Угрожающая жизни нервная анорексия

В то же время формальное руководство величиной ИМТ при оценке степени тяжести состояния и медицинского риска недопустимо. Следует учитывать меньшую степень надежности показателя ИМТ в следующих ситуациях:

- при быстрых изменениях веса;
- при крайних значениях роста;

- больший уровень риска для каждого значения ИМТ для мужчин (высокий рост);
- в детском возрасте (возрастные изменения);
- при наличии булимической симптоматики;
- при ограничениях в приеме жидкости;
- при сопутствующих соматических проблемах.

Поэтому мы попытались найти альтернативный индексу массы тела (или, по крайней мере, при сочетанной оценке, увеличивающий ее точность) критерий оценки степени тяжести состояния больных НПП. Мы, в частности, преследовали цель расширения возможностей диагностического процесса в плане поиска клинически значимых маркеров нарушений пищевого поведения. В качестве *гипотезы исследования* нами было выдвинуто предположение о том, что интенсивность катаболических процессов, сопутствующих экстремальным методам контроля массы тела у пациенток с нарушениями пищевого поведения (жесткие диетические ограничения вплоть до отказа от еды, самовызывание рвоты, изнуряющие физические нагрузки, прием слабительных и мочегонных препаратов, гормональных средств с катаболическим действием и пр.), может служить клинически значимым критерием оценки состояния таких больных. Принимая во внимание тот факт, что катаболические процессы при нарушениях пищевого поведения протекают недостаточно «экологично» и сопровождаются образованием побочных продуктов обмена (о чем свидетельствуют результаты параклинических методов исследований — диспротеинемия, ацидоз или алкалоз, увеличение сывороточного уровня мочевины, нарушение функции печени и почек и пр.), то, по-видимому, уместно говорить о явлениях эндотоксикоза. В качестве маркера эндотоксикоза нами использовался метод определения цитотоксического индекса сыворотки крови (ЦТИ), отражающий долю клеток стандартной культуры, гибнущих под влиянием неспецифических токсических продуктов обмена.

Исследование по своему дизайну было открытым, сплошным, сравнительным. В нем приняло участие 161 человек (36 здоровых студенток медицинского вуза, 83 больных нервной анорексией и 42 больных нервной булимией и перееданием). Средний возраст обследованных составил $20,75 \pm 0,40$ лет. Пациентки, страдающие нарушениями пищевого поведения, получали амбулаторное и стационарное лечение по поводу непосредственно самой проблемы и ее осложнений.

Всем обследованным были выполнены антропометрические измерения с вычислением индекса массы тела ($\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$). Градация индекса массы тела, используемая при статистическом анализе включала следующие интервалы: «1» — $\text{ИМТ} < 13,5$; «2» — $13,5 \leq \text{ИМТ} < 15$; «3» — $15 \leq \text{ИМТ} < 17,5$; «4» — $17,5 \leq \text{ИМТ} < 20$; «5» — $20 \leq \text{ИМТ} < 25$; «6» — $\text{ИМТ} \geq 25$. Верификация степени выраженности специфической психопатологической симптоматики среди больных оценивалась на основании Полу-

структурированного клинического интервью (EDE, Eating Disorders Examination). Для самостоятельного заполнения всем участницам были предложен пакет психометрических инструментов, включавший скрининговый Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) и вопросы, ориентированные на оценку аффективных, когнитивных и поведенческих спутников пищевого поведения.

Среди биологических маркеров состояния пациенток, страдающих нарушениями пищевого поведения (а также в контрольной группе), нами оценивалась цитотоксическая активность сыворотки крови — индекс цитотоксичности (ЦТИ). Используемая методика ориентирована на оценку сохранности процессов клеточного метаболизма, необходимых для обеспечения клеточной пролиферации и структурной целостности органелл. Мы применяли фотоколориметрический метод с использованием соли тетразолия 3-(4,5-диметилтиазол)-2,5-дифенилтетразолиум бромида (МТТ). МТТ воспринимается клетками и преобразуется митохондриальными дегидрогеназами в нерастворимый продукт (формазан), непроницаемый для клеточных мембран, что приводит к его накоплению внутри жизнеспособных, здоровых клеток. При разрушении клеток происходит высвобождение формазана, которое может быть зафиксировано фотоколориметрическим методом. Таким образом, способность клеток преобразовывать МТТ, может быть использовано для исследования жизнеспособности, активности, пролиферации и/или количества клеток [T. Lindi et al., 2005; J. A. Plumb, R. Milroy, S. B. Kaye, 1989; Zi-Li Zhang, Wei-Wen Chen, 2002]. В работе были использованы методы описательной статистики (достоверность различий, анализ корреляционных матриц), непараметрические методы, анализ таблиц сопряженности, одно- и многофакторный дисперсионный анализ и дискриминантный анализы.

Общее описание выборок. Оценка специфической симптоматики нарушений пищевого поведения на основании полуструктурированного клинического интервью (EDE) у обследованных нами больных убедительно показывает их маргинальность в спектре нарушений пищевого поведения при сопоставлении со здоровыми, у которых девиации пищевого поведения в большей мере тяготеют к нормальному распределению [Z. Cooper, P. J. Cooper, C. G. Fairburn, 1989] (табл. 5.1.3).

Таблица 5.1.3

Выраженность специфической психопатологической симптоматики нарушений пищевого поведения в группе больных нарушениями пищевого поведения (EDE, $M \pm \sigma$)

Шкала	НА	НБ	Здоровые (Cooper et al., 1989), n = 42
Ограничение в еде	3,42 ± 1,51	3,28 ± 1,34	0,91 ± 0,91
Беспокойство о еде	2,38 ± 1,47	2,87 ± 1,11	0,22 ± 0,33
Беспокойство о фигуре	3,34 ± 1,53	3,60 ± 1,10	0,64 ± 0,75
Беспокойство о весе	3,57 ± 1,46	4,70 ± 1,07	0,52 ± 0,62
Булимия	2,20 ± 1,56	3,33 ± 1,07	0,41 ± 0,87

Больные, страдающие нарушением пищевого поведения (нервной анорексией и булимией), существенно отличались по показателю ЦТИ от здоровых (табл. 5.1.4).

Таблица 5.1.4

Величина цитотоксического индекса и достоверность его различий в подгруппах больных нервной анорексией (1), нервной булимией (2) и здоровых (3)

	ЦТИ (%) $M \pm m$
Нервная анорексия, n = 42 (1)	26,14 ± 2,05
Нервная булимия, n = 22 (2)	25,97 ± 2,90
Здоровые, n = 30 (3)	8,37 ± 0,86
P (1:2)	>0,05
P (1:3)	<0,000001
P (2:3)	<0,000001

Таким образом, группы больных, высокодостоверно отличаясь от здоровых по величине ЦТИ, были подобны по этому показателю друг другу. При этом факт наличия нарушений пищевого поведения являлся, как минимум, одним из факторов, различающих эти группы по величине эндотоксикоза. Так, дисперсия показателя ЦТИ на 35,3 % предопределялась фактом наличия расстройства (коэффициент Эта в квадрате).

Различия между сравниваемыми подгруппами по выраженности специфических когнитивно-поведенческих характеристик НПП были соотнесены с величиной ЦТИ и были рассчитаны коэффициенты корреляции Спирмена (табл. 5.1.5).

Таблица 5.1.5

Коэффициенты корреляции Спирмена между величиной индекса цитотоксичности и когнитивно-поведенческими характеристиками, отражающими отклонения в пищевом поведении в целом по всей обследованной группе

Сравниваемые характеристики и величина ЦТИ	Коэффициент корреляции
Самооценка веса	0,045; p = 0,674
Субъективная значимость веса	0,188; p = 0,079
Субъективная значимость формы тела	0,255; p = 0,017
Количество времени, затрачиваемое на внимание ко внешности	0,114; p = 0,292
Частота занятий физической нагрузкой	-0,181; p = 0,090
Потребность контролировать свой вес	-0,287; p = 0,006
Необходимость следования диетам, для того, чтобы контролировать свой вес	-0,464; p < 0,01
Частота использования диет	0,525; p < 0,01

Таким образом, приверженность диетическим ограничениям (напрямую и посредством косвенных характеристик), ориентированная на «коррекцию внешности», имеет корреляционную связь с величиной цитотоксического индекса (рис. 5.1.1). Выраженная на уровне тенденции эта взаимосвязь между ЦТИ и субъективной значимостью веса, по-видимому, опосредована тем, что в анализ были включены как здоровые, так и больные, когда вторым

свойственно игнорировать типичные характеристики своего страдания (социальная желательность). Это подтверждается уменьшением величины коэффициента корреляции при расчете частной корреляции при фиксированном значении принадлежности обследованных к группе больных или здоровых.

На рис. 5.1.1 наглядно представлены различия по уровню ЦТИ у больной нервной анорексией (ограничительный подтип) и в контрольной группе. Следует отметить, что ограничительный вариант НА достаточно гомогенен в отношении используемых дезадаптивных способов контроля внешности. Такие пациентки ограничивают свой рацион в количественном, качественном отношении, либо и в том и в другом одновременно. На левом рисунке (контроль) подавляющее большинство клеток преобразуют формазан (синие кристаллы позиционируются во всех клетках), что свидетельствует об их жизнеспособности. На правом рисунке (больная НА) видны нежизнеспособные клетки, где кристаллы не накапливаются.

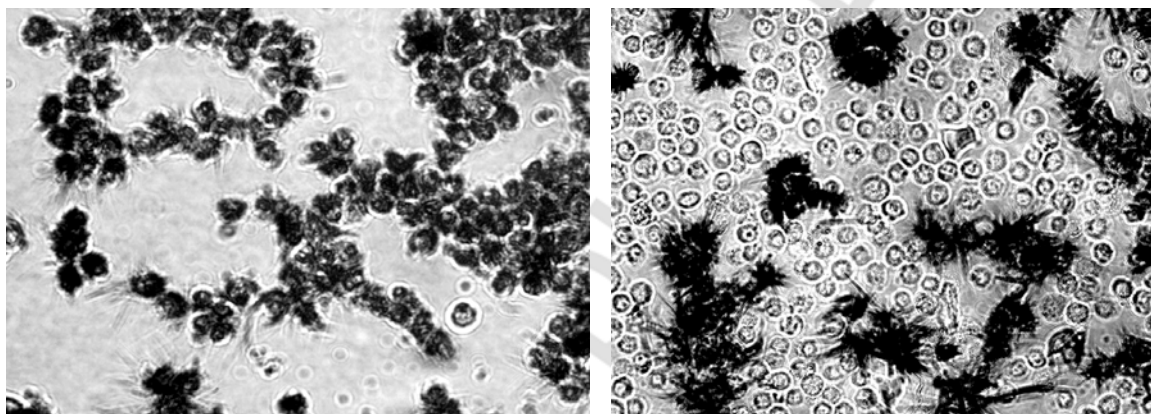


Рис. 5.1.1. Различия в проявлениях цитотоксической активности сыворотки крови больной НА (справа) в сравнении с контролем (слева) в культуре клеток линии Rinm5f после экспозиции в течение 24 часов. Область культуры, экспонированная с МТТ (цитотоксическая/метаболическая активность); 20X. У больной НА метаболическая активность значительно нарушена, отмечается выраженный некроз с образованием слипшихся конгломератов

Мы исходили из предположения, что интенсивность отклонений в пищевом поведении (определялась в группах сравнения на основании ОПП-26) и «конечная цель» поведения больных с НПП, заключающаяся в «контроле» массы тела, могут быть связаны с выраженностью эндотоксикоза, оцениваемого по величине ЦТИ. Принимая во внимание, что ЦТИ является, по видимому, маркером общебиологических закономерностей процессов обмена, а также целесообразность анализа всего спектра пищевого поведения (а не только его граничных значений, отмечаемых у больных), в анализ взяты все обследованные лица. Использование Опросника пищевых предпочтений (ОПП-26) для реализации поставленных в этом разделе работы целей целесообразно, поскольку указанный инструмент дает возможность изолированно оценивать четыре специфических компонента нарушенного пищевого пове-

дения в соответствии с факторной структурой опросника: «Нарушения пищевого поведения», «Самоконтроль пищевого поведения», «Озабоченность образом тела», «Социальное давление в отношении пищевого поведения». Сравнительные данные по обследованным подгруппам представлены в табл. 5.1.6.

Таблица 5.1.6

Сравнительная оценка подгрупп здоровых и больных нервной анорексией и булимией на основании величины ИМТ и Опросника пищевых предпочтений (ОПП-26) в баллах

Сравниваемые параметры		Здоровые	Больные НА	Больные НБ	р	р	р
		1	2	3	1:2	1:3	2:3
ИМТ		20,94±2,59	14,91±2,46	20,30±3,14	P<0,000001	p>0,05	P<0,000001
ОПП-26	Нарушение пищевого поведения	0,62±1,32	10,18±8,10	17,14±5,50	P<0,000001	P<0,000001	P<0,001
	Самоконтроль пищевого поведения	2,33±2,70	8,55±5,69	9,64±6,08	P<0,000001	P<0,000001	p>0,05
	Озабоченность образом тела	1,30±2,68	6,26±5,54	9,59±4,45	P<0,0001	P<0,000001	P<0,02
	Социальное давление в отношении пищевого поведения	0,43±0,90	5,18±2,93	2,23±2,76	P<0,000001	P<0,002	P<0,001
	Общий балл	4,48±5,58	27,24±17,02	34,18±13,38	P<0,000001	P<0,000001	p>0,05

Как следует из табл. 5.1.6 и согласуется с клинически наблюдаемыми закономерностями, больные нервной булимией имеют массу тела, сопоставимую с таковой у здоровых, а по степени жесткости самоконтроля пищевого поведения (определяющего ограничения в питании) больные нервной анорексией и нервной булимией достоверно не различаются. В то же время по всем остальным сравниваемым параметрам межгрупповые сравнения показывают высокодостоверные различия.

В свою очередь индекс массы тела оказывает значимый эффект влияния на ЦТИ (однофакторный дисперсионный анализ ANOVA: $F = 3,62$, $p = 0,005$, рис. 5.1.2). Причем 17,1 % дисперсии ЦТИ определяется градацией тяжести ИМТ (коэффициент Эта в квадрате). Отклонения в пищевом поведении (ОПП-26) в анализируемой выборке определяют 18,5 % дисперсии величины цитотоксического индекса (однофакторный дисперсионный анализ ANOVA: $F = 19,75$, $p < 0,0001$).

При проведении многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA2*4 (ОПП-26*ИМТ)) показано, что величина индекса массы тела и выраженность отклонений в пищевом поведении (ОПП-26) изолированно сопряжены с ЦТИ ($F(3, 81) = 1,91$, $p = 0,13$), рис. 5.1.3.

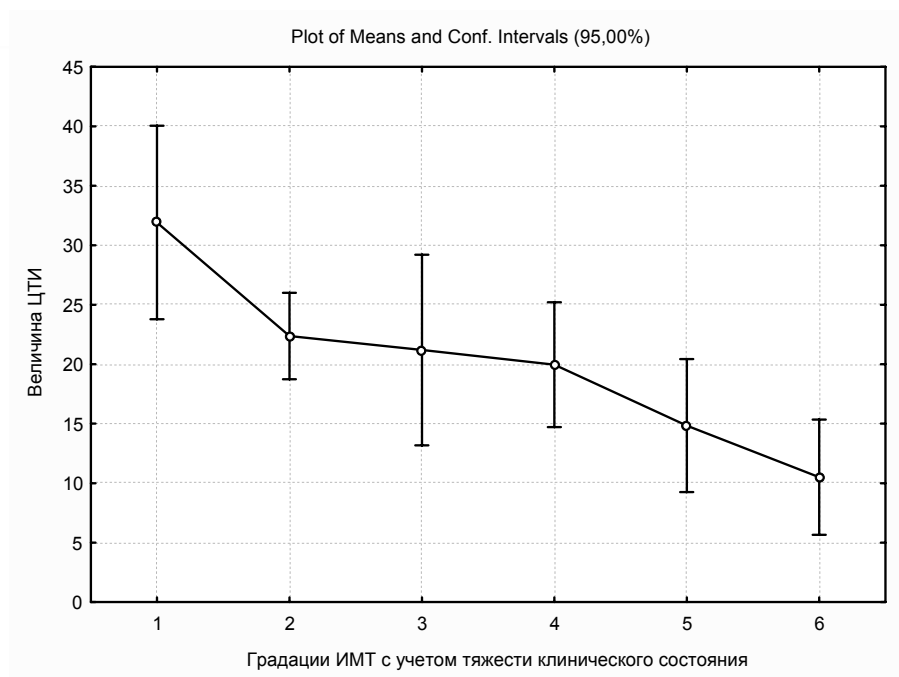


Рис. 5.1.2. Величина ЦТИ в зависимости от градации индекса массы тела

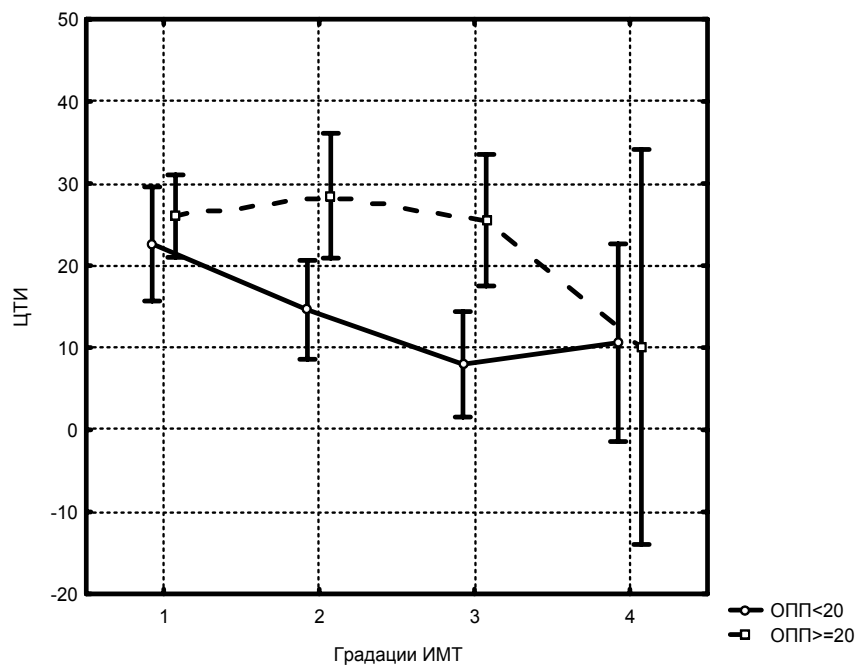


Рис. 5.1.3. Величина ЦТИ в зависимости от градации индекса массы тела с учетом порогового балла по ОПП-26

При проведении дискриминантного анализа с зависимой переменной, определяющей отношение субъекта к когорте больных НПП или здоровых, ИМТ в качестве единственного предиктора точно классифицировал 72,5 %, а ЦТИ — 78,7 % наблюдений.

Настоящее исследование свидетельствует о том, что цитотоксические эффекты сыворотки крови у лиц, имеющих нарушения пищевого поведения, имеют свои особенности, что, как мы полагаем, связано с увеличением концентрации, как свободных, так и связанных эндотоксинов. При этом изначально мы предполагали, что за счёт преобладания скрытых катаболических и дисметаболических процессов будет в основном реализовываться цитотоксичность за счёт токсических факторов неиммунного генеза (билирубина, позже — индольных соединений, азотистых шлаков и др.), что и было нами подтверждено нагрузочными тестами в культуре.

У больных нервной анорексией имеет место снижение сывороточных уровней иммуноглобулинов и различных белков, входящих в систему комплемента, что не способствует проявлению иммунного компонента цитотоксичности сыворотки крови. Это положение косвенным образом было подтверждено нагрузочными тестами, включающими насыщение реакционной смеси факторами комплемента. В то же время, в тестах с разведением реакционной смеси, наблюдалось достоверное снижение цитотоксической активности, в диапазоне разведений 1–5, что также не является характерным для цитотоксических реакций с вовлечением антител.

Таким образом, аффективные, когнитивные и поведенческие составляющие разнообразия форм девиантного пищевого поведения (от ограничительных форм до проявлений переедания и булимии), по-видимому, реализуются в биологическом ответе организма. Заключение о характере адаптивности этого ответа является принципиальным фактором, поскольку определяет принципиальную стратегию воздействия в клинически значимой ситуации. Так, если в случае соматических страданий (гипертоническая болезнь, ИБС и пр.), сопряженных с избыточной массой тела, коррекция массы тела является желаемой, то при нарушениях пищевого поведения попытки целенаправленной коррекции внешности и/или формы тела первичны и приводят к существенным соматическим поломкам. Если при нервной анорексии величина индекса массы тела является значимым диагностическим критерием, то при нервной булимии он утрачивает свою весомость и на первый план выступают повреждения, обусловленные обменными нарушениями и связанные с экстремальными методами контроля массы тела (самовызывание рвоты, прием слабительных и мочегонных препаратов и пр.). Поэтому, на наш взгляд, для клинической практики целесообразно продолжать поиск универсальных критериев оценки тяжести состояния пациентов. Изученный в работе маркер эндотоксикоза — величина цитотоксической активности сыворотки крови — имеет ряд преимуществ. Во-первых, она изолированно «реагирует» на изменение массы тела и на выраженность специфической симптоматики, свойственной нарушениям пищевого поведения. Во-вторых, цитотоксический индекс в качестве единственного предиктора отчетливо «различает» пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения и здоровых

лиц. Причем, точность классификации (дискриминантный анализ) по ЦТИ составляет 78,7 % против 72,5 % по величине индекса массы тела.

5.2. Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) и его психометрические свойства⁶

Опросник пищевых предпочтений был первоначально разработан для популяционного скрининга с целью выявления ранних симптомов нервной анорексии. В частности, первые исследования с его использованием были ориентированы на изучение подверженности нервной анорексии лиц, чей профессиональный статус требовал наличия стройного тела (модели и студенты по классу хореографии). Последовательно были разработаны и апробированы на клинических выборках в сопоставлении со здоровыми индивидами версии ОПП из 35 и 40 пунктов. Затем, посредством факторного анализа, из оригинальной полной версии ОПП-40 была выделена сокращенная версия теста ОПП-26. Эта версия (по публикации авторов) содержала 3 фактора: *диетические ограничения* (пункты, связанные с избеганием полнящей пищи и озабоченностью по поводу стройности), *булимия и озабоченность едой* (пункты, отражающие мысли о еде и булимические проявления), а также *контроль в отношении еды* (пункты, отражающие самоконтроль в отношении еды и восприятие социального влияния со стороны окружения, стимулирующего к набору веса). Показана высокая корреляция ОПП-26 с оригинальной версией ($r = 0,98$), а также ретестовая надежность (0,84). Последующее изучение факторной структуры опросника в Израиле, Новой Зеландии и Пакистане выявило 4-факторную его структуру, где к указанным выше трем факторам был добавлен четвертый — *осведомленность по поводу озабоченности едой* или выявляющий наличие очистительного поведения (самовызывание рвоты или использование слабительных препаратов). Опросник ОПП показал хорошую чувствительность и специфичность (доля корректно идентифицированных респондентов, имеющих или не имеющих расстройство). За многолетнюю историю использования опросника ОПП в различных культурных условиях, половозрастных и иных группах к настоящему времени накоплен огромный массив данных, касающихся критериев оценки его результатов в том числе в кросс-культуральных исследованиях, способности опросника ОПП выделять людей, имеющих выраженные нарушения пищевого поведения, возможности опросника ОПП исследовать внутрисемейный контекст нарушений пищевого поведения, динамики изменений показателей ОПП в процессе динамики нарушений пищевого поведения. Показано, что опросник ОПП может быть использован: 1) в качестве скринингового инструмента в отношении девиаций пищевого поведения в целом в популяции, а также в специфических подгруппах (например, у подростков, страдающих

⁶ Работа выполнена в сотрудничестве с доцентом кафедры социальной коммуникации Белорусского государственного университета, канд. психол. наук С. В. Сивухой.

диабетом I типа, студентов по классу хореографии); 2) как первая часть двухэтапного диагностического поиска; при этом вторая часть включает клиническое интервью у респондентов, имеющих высокий балл по ОПП; 3) в качестве критерия межгруппового сравнения (в том числе для сопоставления культуральных различий, оценки выраженности симптоматики в процессе лечения и пр.).

ОПП-26 состоит из 26 высказываний, сформулированных от первого лица. Респонденты должны ответить по 6-балльной шкале, насколько часто они ведут себя определенным образом. При подсчете суммарного показателя за ответы «всегда», «обычно» и «часто» начисляются соответственно 3, 2 и 1 балл; за ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются.

В исследовании психометрических свойств ОПП-26 приняли участие 359 студенток 2–5 курсов Белорусского государственного медицинского университета. Условиями включения в выборку были: женский пол, информированное согласие, удовлетворительный уровень социальной адаптации. Средний возраст обследованных составил $20,36 \pm 0,099$ лет. Для проведения критериальной валидации ОПП-26 было дополнительно обследовано 53 больных с нарушениями пищевого поведения по МКБ-10.

При проведении корректной психометрической адаптации следует учитывать наличие отсутствующих значений (отказы, ответы «не знаю», случайные пропуски). Если отсутствующие значения многочисленны и коррелируют с содержательно важными переменными, достоверность результатов анализа и их генерализуемость ставятся под сомнение. В нашем исследовании доля пропущенных ответов хотя бы на одно утверждение ОПП-26 составила всего 3 %, без каких-либо признаков их неслучайного распределения. По нормам, принятым в количественной методологии, это позволяет в многомерном анализе данных использовать попарное удаление случаев с отсутствующими значениями, тем самым сохраняя всю имеющуюся информацию при расчете корреляционных матриц.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием статистического пакета SPSS 11.5.

Методы анализа. Последовательность действий при адаптации диагностических опросников определяется природой самого опросника, целями его применения, знаниями о природе изучаемого феномена, уровне измерения и доступностью критериальной информации. Поскольку ОПП-26 является скрининговой методикой, для его валидации оправдана стратегия факторного анализа, позволяющая выделить и теоретически интерпретировать конструкты. Эта стратегия предпочтительна по сравнению с методом крайних групп и другими средствами критериальной валидации. Для выделения шкал опросника мы использовали метод главных компонент, который часто причисляют к методам факторного анализа.

Разведочный (эксплораторный) факторный анализ является по существу описательным методом, он не позволяет проверять статистических гипотез и потому сам по себе не может служить достаточным основанием для утверждений о валидности или невалидности измерения. В частности, в разведочном анализе невозможно управлять нагрузками факторов на переменные: каждый выделенный фактор нагружает каждую измеренную переменную, что затрудняет интерпретацию. В этой связи мы проверили обоснованность выделения четырех латентных переменных, используя конфирматорный факторный анализ матрицы корреляций между дихотомическими пунктами. Шкалы опросника были сконструированы на основании результатов эксплораторного и конфирматорного факторного анализа и с учетом содержания теоретических конструкторов пищевого поведения.

Для критериальной валидации общей шкалы расстройств пищевого поведения рассчитаны показатели чувствительности (вероятности правильной диагностики нарушений) и специфичности (вероятности правильного определения здорового поведения) для всех возможных пороговых значений ОПП-26. Характеристическая кривая теста (ROC-curve) использовалась для определения диагностического порога пищевых расстройств.

Надежность шкал оценивалась методом внутренней согласованности (коэффициент альфа Кронбаха) с учетом данных, полученных при анализе пунктов: корреляции пункта со шкалой и его вклада в надежность шкалы.

Результаты анализа.

Конструктивная валидность шкалы ОПП-26. Уровень измерения переменных в ОПП-26 (порядковый с четырьмя категориями) и характерная для редких событий положительная асимметрия распределений ограничивает возможности многомерного анализа. В подобных условиях выборочные порядковые и полихорические коэффициенты корреляции являются сильно смещенными оценками коэффициентов генеральной совокупности. В частности, корреляционная матрица полихорических корреляций на нашей выборке оказалась вырожденной. Пункт «У меня бывает рвота после того как поем» имел нулевую дисперсию и был исключен из последующего анализа.

В этой связи для анализа факторной (конструктивной) валидности шкалы мы преобразовали пункты в дихотомические и подвергли их анализу методом главных компонент. Индекс Кайзера–Майера–Олкина, интерпретируемый как мера взаимосвязанности переменных, составил 0,79. Собственное значение первой главной компоненты было втрое больше следующего, компонента объясняла 20,4% корреляций между пунктами. Это обстоятельство свидетельствует о весьма умеренной валидности (гомогенности) общей шкалы для измерения. В то же время, 5 пунктов (№ 2, 5, 13, 15 и 25) имели нагрузку менее 0,2 со стороны этой единственной компоненты и, следовательно, достаточно малую общность. Этот результат не должен обескураживать, поскольку дихотомизация переменных, как и любое другое огрубление изме-

рения, уменьшает общую дисперсию. Как было показано в исследованиях других авторов, опросник имеет факторную структуру. Это не противоречит идее конструктивной валидности. Согласно теории генерализуемости (Л. Кронбах), достоверный тест может включать несколько аспектов (граней), что повышает возможности обобщения результатов измерения на более широкий класс ситуаций. Теория генерализуемости рассматривается как эффективное дополнение классической теории тестов (см. [R. J. Gregory, 1996], с. 98).

По критерию Кеттела в опроснике уместно выделить четыре компонента, объясняющие в совокупности 40,5 % корреляций между пунктами (табл. 5.2.1). Полученная после ортогонального вращения первая компонента интерпретирована как «Нарушение пищевого поведения», вторая — «Самоконтроль пищевого поведения», третья — «Озабоченность образом тела» и четвертая — «Социальное давление в отношении пищевого поведения». Эта структура устойчиво воспроизводилась при использовании метода главных факторов и при разных способах косоугольного вращения факторов.

Таблица 5.2.1

Матрица нагрузок (метод главных компонент, вращение Varimax)

	Пункты опросника	Компоненты			
		1	2	3	4
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней	0,74			-0,10
10	Я испытываю чрезмерную вину после еды	0,63	0,11	0,19	
26	Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды	0,59		0,14	
4	У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться	0,55	-0,11		
3	Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды	0,53	0,17	0,27	
18	Я ощущаю, что еда контролирует мою жизнь	0,53	0,11		0,24
24	Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст	0,42	0,23	0,22	
22	Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей	0,34	0,25	0,19	
15	Прием пищи занимает у меня больше времени, чем у других	0,26		-0,1	0,18
17	Я употребляю диетические продукты	0,22	0,76		
7	Я особенно избегаю пищи с большим количеством углеводов (напр., хлеб, рис, картофель и др.)	0,11	0,69	0,18	
6	Я знаю о количестве калорий в пище, которую ем	0,28	0,55		
16	Я избегаю еды, содержащей сахар		0,52	0,35	-0,13
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды		0,48	0,22	
23	Я использую диеты	0,39	0,46	0,15	
25	Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты	-0,13	0,36	-0,28	
2	Я избегаю приема пищи, когда голодна		0,26	0,15	0,19
12	Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений		0,14	0,75	
14	Я озабочена мыслями о жировых отложениях на моем теле	0,20	0,17	0,71	
11	Меня преследуют мысли о похудании	0,20	0,25	0,71	
1	Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе	0,13	0,13	0,63	

Окончание табл. 5.2.1

	Пункты опросника	Компоненты			
		1	2	3	4
8	Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше				0,81
13	Другие люди думают, что я слишком худая			-0,16	0,70
20	У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу			0,28	0,53
5	Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки	-0,18	0,34		0,37
<i>Доля общей дисперсии, объясненная компонентой (до вращения)</i>		20,4 %	7,4 %	6,8 %	5,9 %

Примечание. Пункты отсортированы по убыванию нагрузок внутри каждой компоненты. Нагрузки менее 0,1 (по модулю) не указаны.

Конфирматорный факторный анализ проводился в программе LISREL8. Структура факторных нагрузок была задана в соответствии с теоретической интерпретацией полученных ранее главных компонент. В каждый из четырех факторов были включены соответственно 8, 9, 4 и 3 пункта, остальные нагрузки были установлены равными нулю. Основным показателем соответствия модели полученным данным (логарифм значения функции максимального правдоподобия, умноженный на -2; индекс имеет распределение хи-квадрат) оказался неудовлетворительным: $\chi^2(273) = 590,78$. Поэтому мы последовательно снимали ограничения с нулевых нагрузок, имеющих самые высокие значения индекса модификации. В частности, существенного улучшения модели удалось достичь после включения пункта 5 («Я разрезаю свою еду на мелкие кусочки») в четвертый фактор и расширения состава первого фактора. Наилучшей модели соответствовал $\chi^2(263) = 492,10$. По конвенционально принятым формальным критериям результат по-прежнему неудовлетворителен, однако подобная ситуация часто встречается в факторном анализе дихотомических пунктов, особенно на таких больших выборках. Дело в том, что критерий максимального правдоподобия основывается на предположении о многомерной нормальности распределения, что не имеет смысла для бинарных переменных. В то же время другие критерии пригодности модели вполне удовлетворительны. Скорректированный показатель качества модели, AGOF, равен 0,866, а квадратный корень из среднего остатка, RMSR, достаточно мал (0,054). Таким образом, четырехфакторная структура довольно хорошо описывает полученные данные.

Эта факторная структура, устойчивая к разным методам снижения размерности данных, близка, но не идентична опубликованным ранее данным. Различия касаются в большей степени состава выделенных факторов, чем их интерпретации, и обусловлены тем, что в указанных публикациях факторный анализ необоснованно применялся к порядковым измерительным шкалам с выраженной асимметрией частотного распределения ответов.

Надежность шкал. При конструировании шкал мы исходили не только из формальных показателей (факторных нагрузок), но и из содержательных

соображений. Предлагаемые нами шкалы содержательно гомогенны и имеют хорошую содержательную интерпретацию. В общей шкале пищевого поведения сохранены все 26 пунктов, в том числе №9, не участвовавший в факторном анализе в связи с нулевой дисперсией ответов. Этот пункт («У меня бывает рвота после того, как поем») имеет чрезмерно сильный патологический оттенок для здоровой популяции, но может оказаться полезным для оценки нарушений пищевого поведения в клинической работе.

В шкалу «Нарушение пищевого поведения» вошли 11 пунктов: 3, 4, 9, 10, 15, 18, 21, 22, 23, 24 и 26. Основаниями для включения пункта 23 («Я использую диеты») явились высокая нагрузка на первую компоненту (см. табл. 1) и статистически значимое улучшение модели в конфирматорном факторном анализе после включения этого индикатора в соответствующий фактор. Стремление использовать диеты коррелирует с нарушениями пищевого поведения как в случае нарушения оптимального веса, так и в случае неадекватной самооценки своего тела. В шкалу «Самоконтроль пищевого поведения» включены пункты: 2, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 23 и 25, в шкалу «Озабоченность образом тела» — пункты: 1, 11, 12, 14, а также 3 (по содержательным соображениям). Четвертую шкалу («Социальное давление в отношении пищевого поведения») составили пункты: 5, 8, 13, 20.

Надежность (внутренняя согласованность) ОПП-26 без учета пункта 9 составила 0,78. Анализ дихотомизированных пунктов обнаружил близкие к нулю корреляции между утверждениями 5, 13, 15, 25 и общей шкалой без учета данного пункта. Более того, удаление каждого из этих утверждений приводит к незначительному увеличению коэффициента α Кронбаха. Этот результат согласуется с предыдущим обсуждением факторной структуры опросника. Надежность четырех сконструированных шкал составляет 0,70, 0,62, 0,73 и 0,58 соответственно. При интерпретации этих показателей следует принять во внимание небольшой размер шкал, особенности выборки (на здоровой популяции дисперсии пунктов и, следовательно, их вклад в надежность шкал, занижаются) и дихотомизацию пунктов. Надежность второй шкалы относительно низка еще и потому, что она составлена из поведенческих индикаторов (утверждений о намеренном поведении), согласованность которых обычно ниже, чем эмоционально-личностных.

В табл. 5.2.2 приведено распределение суммарных баллов ОПП-26 и его отдельных шкал (95-й перцентиль, четырехбалльная система подсчета), а также правила перевода сырых баллов в стеноны (стандартные оценки со средним 5 и стандартным отклонением 2).

Конструктивная (факторная) валидность опросника довольно высока. Поскольку первая главная компонента объясняет пятую часть информации о корреляциях между пунктами, опросник ОПП-26 можно обоснованно использовать в качестве целостной шкалы пищевых предпочтений.

Таблица 5.2.2

Распределение значений шкал и правила перевода сырых баллов в стенойны

Стенойны	ЕАТ-26	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Шкала 4
1	–	–	–	–	–
2	0	–	–	–	–
3	1	–	0	–	–
4	2–3	–	1	0	–
5	4–6	0	2	1	0
6	7–9	1	3–4	2–3	1
7	10–13	2–3	5–6	4–5	2–3
8	14–20	4–5	7–10	6–9	4
9	21–78	6–33	11–27	10–15	5–12
95-й процентиль	19	5	10	9	4
99-й процентиль	34	12	13	14	7

Сопоставление результатов проведенного нами анализа факторной структуры опросника ОПП-26 с подобными исследованиями, выполненными при адаптации инструмента в различных странах, свидетельствуют в пользу принципиального сходства полученных факторных решений. В то же время имеющиеся различия обусловлены расщеплением ряда факторов, либо, наоборот, выделением факторов, тяготеющих к диагностическим рубрикам классификаций. Так, например, выделенный нами фактор «Самоконтроль пищевого поведения» включает пункты, относящиеся к факторам «диетических ограничений» и «контроль в отношении еды» в классическом описании шкалы ОПП-26 [D. M. Garner et al, 1982]. С другой стороны, факторы «Озабоченность образом тела» и «Социальное давление в отношении пищевого поведения», выделенные нами в четырехфакторной модели, выгодно ее отличают, исходя из содержательных соображений феноменологии пищевого поведения. При этом выделенная нами факторная структура «очищает» факторы «диетических ограничений» и «контроль в отношении еды», приведенные в авторском описании методики, делая акцент на нарушенных паттернах питания и поведения.

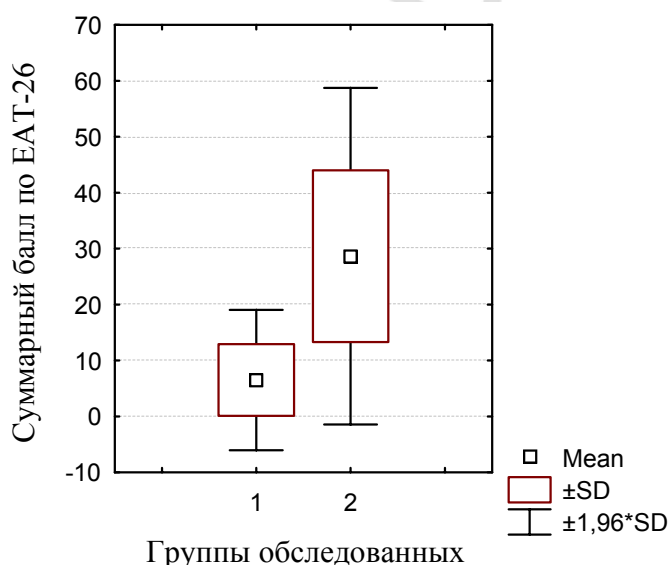
Выделение четырех главных компонент не противоречит идее унитарности диагностической шкалы, но, в соответствии с теорией генерализуемости Л. Кронбаха, позволяет измерять основные аспекты пищевого поведения, имеющие ясную содержательную интерпретацию. Четыре компоненты более точно отражают эти аспекты, чем трехфакторная структура, полученная S. Lee et al. (2002). Так, фактор «Диетическое поведение» в нашем решении расщепился на две гомогенных компоненты: «Самоконтроль» и «Озабоченность образом тела». Первая в большей степени отражает мотивационно-поведенческие, а вторая — аффективные аспекты пищевого поведения. Основу полученной нами компоненты «Нарушения пищевого поведения» составил фактор «Булимия», но она также включает отдельные патологически нагруженные пункты из других факторов, полученных S. Lee et al. (2002), и

тем самым подкрепляет идею континуальности пищевых нарушений. Наконец, компонента «Социальное давление» получилась более содержательно гомогенной, чем одноименный фактор у S. Lee et al. (2002). Выделенные нами компоненты легли в основу четырех частных шкал, обладающих удовлетворительной внутренней гомогенностью.

Таким образом, произведенный нами анализ открывает возможность использования ОПП-26 в клинических исследованиях и сопоставления его результатов с клинически ориентированными методами, например, структурированным клиническим интервью для оценки нарушений пищевого поведения (EDE, Eating Disorders Examination).

Для проведения *критериальной валидации* ОПП-26 с помощью этого опросника нами было обследовано 53 больных с нарушениями пищевого поведения по МКБ-10 (табл. 5.2.3). Больные имели следующие диагнозы: нервная анорексия — 40 чел., нервная булимия — 10 чел., атипичная нервная булимия — 3. Суммарный балл по ОПП-26 у обследованных студентов (группа 1) составил $6,52 \pm 0,34$, а у больных (группа 2) — $28,66 \pm 2,11$. Различия между указанными подгруппами статистически достоверны ($p < 0,001$). Графически они представлены на рис. 5.2.1.

Рис. 5.2.1. Различия в суммарном балле опросника ОПП-26 между студентами (группа 1) и больными с нарушениями пищевого поведения (группа 2)



Для оценки способности опросника ОПП-26 дифференцировать здоровых и больных была построена характеристическая кривая теста (ROC-curve). Большая площадь под кривой (равная 0,92) свидетельствует по конвенциональным критериям о высокой критериальной валидности опросника.

Таблица 5.2.3

Таблица кросстабуляции диагнозов нарушений пищевого поведения (DSM-IV) и оценок Опросника пищевых предпочтений (ОПП-26, cut-off = 20)

	Диагноз по DSM-IV	
	Больные (n = 53)	Здоровые (n = 348)
ОПП-26 \geq 20 («расстройство»)	38	16
ОПП-26 < 20 («норма»)	15	332
Всего	53	348

При пороговом значении суммарного балла по тесту, равном 20 баллам, достигается наилучший баланс между его чувствительностью (точность правильной диагностики больных) — 71,7 % и специфичностью (точность правильной диагностики здоровых) — 95,4 %. При пороговом значении, совпадающем с 95-м перцентилем, чувствительность остается неизменной, а специфичность несколько снижается (табл. 5.2.2). Следует отметить, что значение, равное 20 баллам, используется в качестве порогового в оригинальной версии опросника.

Таким образом, Опросник пищевых предпочтений позволяет достаточно точно различать лиц, имеющих потенциальные нарушения пищевого поведения, одновременно сводя к минимуму долю ложно положительных результатов теста. Опросник ОПП-26 имеет четырехфакторную структуру. Выделенные факторы имеют ясную интерпретацию и позволяют построить шкалы, полезные для углубленного содержательного анализа пищевого поведения и дополняющие скрининговую диагностику с использованием общего балла.

5.3. Опросник образа собственного тела: разработка инструмента для оценки⁷

Описание выборки исследования. Основываясь на опыте клинической работы с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения, дисморфофобическими переживаниями в структуре различных психопатологических феноменов (от диссоциативных до расстройств шизофренического спектра), на современном уровне понимания феномена образа собственного тела с учетом социокультуральной перспективы, когнитивно-бихевиоральной парадигмы, нейропсихологических механизмов формирования ОСТ, нами эмпирическим путем был составлен Опросник Образа собственного тела (ООСТ), содержащий 18 пунктов. Каждый из них был представлен утверждением, которое обследуемому предлагалось оценить по градациям: «Никогда» — 0, «Иногда» — 1, «Часто» — 2, «Всегда» — 3 балла. Для проведения процедуры корректной психометрической адаптации выборка была представлена здоровыми девушками, учащимися школ, техникумов, училищ, вузов г. Минска (n = 819, средний возраст 18,09 лет) и 85 больными с диагнозом нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия) (средний возраст 18,89 лет). Выборка здоровых испытуемых по своей струк-

⁷ Работа выполнена в сотрудничестве с доцентом кафедры социальной коммуникации Белорусского государственного университета, кандидатом психологических наук С. В. Сивухой.

туре отражала возрастные доли девушек белорусской популяции, организованных учебной деятельностью, в возрасте от 13 до 23 лет. Обе сравниваемых подгруппы не различались достоверно между собой по социально-демографическим характеристикам.

Для оценки конвергентной и дискриминативной валидности ООСТ согласно дизайну исследования дополнительно оценивались антропометрические показатели (рост и масса тела с последующим вычислением индекса массы тела – ИМТ= вес (кг)/рост(м²)) в обеих подгруппах обследованных. Респондентов также просили заполнять включенные в пакет психометрических инструментов Шкалу удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) и Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26), обладающий удовлетворительными психометрическими характеристиками, оцененными нами в процессе его предшествующей адаптации. Опросник ШУСТ представляет собой шкалу Лайкерта с оценками от «0» — «Полностью удовлетворена» до «6» — «Полностью не удовлетворена» различными частями собственного тела (например, глазами, носом, спиной, животом, бедрами и пр.; затем показатели суммировались для интегративной оценки удовлетворенности головой, туловищем и нижней частью тела). Опросник пищевых предпочтений представляет собой скрининговый инструмент, эффективный в оценке девиаций пищевого поведения и имеющий факторную структуру.

В анализе главных компонент использовались только данные, полученные от здоровых индивидов. В других статистических процедурах данные взвешивались таким образом, чтобы соотношение здоровых к больным отражало параметры генеральной совокупности (95 % к 5 %).

Конструктивная (факторная) валидность теста. Для оценки конструктивной валидности использовался анализ главных компонент, поскольку другие методы факторного анализа требуют интервального измерения пунктов. На основе самого распространенного критерия — графика собственных значений Кеттелла — выделено две главные компоненты, объяснявших в сумме 39,8 % дисперсии. При ортогональном вращении компонент несколько пунктов были нагружены обоими главными компонентами, что указывает на существование высокой корреляции между двумя конструктами. После косого вращения Oblimin корреляция составила 0,34. Как известно, в эксплораторном факторном анализе корреляция между факторами (главными компонентами) не может быть очень высокой. В подтвержденном факторном анализе с двумя латентными переменными корреляция между ними составила 0,74. В совокупности эти результаты говорят о том, что речь идет об унитарном конструкте, и выделенные главные компоненты не могут рассматриваться в качестве самостоятельных диагностических инструментов.

Единственная компонента слабо нагружала два пункта (п. 14 «Я позволяю шутить и делать колкие замечания по поводу своего тела на людях» и п. 17 «Я замечаю за собой, что спрашиваю у других (друзей, партнеров, супру-

гов) о том, как я выгляжу»). После их удаления все показатели качества факторного решения существенно улучшились. Компонента объясняла 34,7 % общей дисперсии. Нагрузки, которые принято рассматривать как показатели валидности пунктов, приведены в табл. 5.3.1.

Таблица 5.3.1

**Нагрузки пунктов опросника ООСТ на главную компоненту
(вращение Облимин)**

	Нагрузки (валид- ность)	Корреля- ция (на- дежность)
1. Я не люблю смотреть на себя в зеркало	0,38	0,35
2. Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу и, поэтому неприятна	0,55	0,51
3. Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих	0,45	0,39
4. Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мое тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)	0,70	0,61
5. Я испытываю стыд за свое тело в присутствии определенных людей	0,76	0,68
6. Я не люблю свое тело	0,74	0,67
7. Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным	0,65	0,58
8. Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня	0,44	0,42
9. Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я	0,49	0,47
10. Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом	0,62	0,58
11. Я испытываю чувство вины в связи со своим весом	0,67	0,64
12. У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу	,61	,58
13. Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу	0,57	0,51
15. Когда я смотрюсь в зеркало, то мое внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении	0,59	0,55
16. Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я	0,51	0,48
18. Я беспокоюсь о собственном весе	0,55	0,49

Решения, касающиеся эксплораторного факторного анализа, не могут быть статистически обоснованы. В подобных случаях уверенность в том, что решение не является ошибочным, достигается повторением анализа с использованием других методов извлечения и вращения факторов, а также перекрестной валидизацией — случайным расщеплением выборки пополам и извлечением факторов (компонент) независимо на каждой половине выбор-

ки. В нашем случае разные способы работы с данными дали очень близкие результаты, что подтверждает валидность унитарной шкалы, состоящей из 16 пунктов. Среднее значение этой шкалы составляет 9,84, стандартное отклонение — 6,93.

Конвергентная и дискриминантная валидность теста. Этот метод валидации предполагает установление теоретически интерпретируемых корреляций с родственными конструктами и отсутствие корреляций с неродственными конструктами. Основная проблема здесь связана с правильным выбором этих показателей: важно избежать использования тривиальных переменных, заведомо связанных или не связанных с валидируемым конструктом. Мы определили три группы таких переменных. Первая включает антропометрические характеристики (рост, вес и индекс массы тела), вторая — шкалы опросника ШУСТ — шкала удовлетворенности собственным телом, третья — шкалы опросника пищевых предпочтений (нарушения пищевого поведения, самоконтроль пищевого поведения, озабоченность образом тела и социальное давление в отношении пищевого поведения).

Рост и вес сами по себе не должны коррелировать с ООСТ. Индекс массы тела отражает комплекцию, т. е. (дис)пропорцию веса и роста. Поскольку отклонение от «нормы» веса не всегда связано с переживаниями по поводу тела, можно ожидать слабой положительной корреляции ИМТ с опросником ООСТ. Показатели неудовлетворенности телом, оцениваемые по шкале ШУСТ, и образа собственного тела связаны по смыслу. Однако первый опросник дает частные оценки отдельных частей тела, а второй — обобщенные оценки, опосредованные социальным сравнением. Поэтому можно ожидать сильной, но не совершенной связи между двумя инструментами. Кроме того разумно предположить, что социальное влияние на неудовлетворенность собственным телом будет возрастать в направлении «сверху вниз»: стандарты женской красоты чувствительны к весу и тем самым к областям жировых отложений. Поэтому опросник ООСТ должен слабее коррелировать с неудовлетворенностью головой, сильнее — с неудовлетворенностью туловищем и особенно сильно — с неудовлетворенностью нижней частью тела (ягодицами и бедрами). Эта специфическая гипотеза о паттерне корреляций отражает как конвергентную, так и дискриминантную валидность теста ООСТ. Наконец, мы ожидаем средних и сильных статистических связей между ООСТ и шкалами опросника ОПП-26. Особенно тесной должна быть связь между ООСТ и шкалой «Озабоченность образом тела» (пример утверждения: «Я озабочена мыслями о жировых отложениях на моем теле»), умеренной — с «Нарушениями пищевого поведения» и «Самоконтролем пищевого поведения», слабой — со шкалой «Социальное давление в отношении пищевого поведения». Последняя гипотеза основана на изучении содержания четвертой шкалы ЕАТ-26. Такие утверждения, как «Я чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше» или «У меня есть ощущение того, что другие

заставляют меня принимать пищу» свидетельствуют об ощущаемом социальном принуждении, но вовсе не о неудовлетворенности массой и формой тела.

Результаты корреляционного анализа приведены в табл. 5.3.2. Вероятности ошибки первого рода опущены. Дело в том, что на большой выборке (863 человека) даже очень маленькие корреляции (0,07) статистически значимы на уровне $p < 0,05$. Это связано с избыточно высокой мощностью статистического критерия. Как известно, мощность критерия, или вероятность получения значимого результата, зависит от ошибки первого рода α , объема выборки N и различия между выборочными распределениями, соответствующими нулевой и альтернативной гипотезам. Лишь последний параметр, называемый «величиной эффекта», зависит не от исследователя, а от данных. Современная статистическая методология настоятельно рекомендует указывать величины полученных эффектов в публикациях. В корреляционных анализах оценкой величины эффекта является коэффициент корреляции r . По соглашению, принятому в бихевиоральных науках и отражающему более чем столетний опыт использования коэффициента корреляции Пирсона, $r = 0,1$ рассматривается как слабый эффект, $0,3$ — средний и $0,5$ — сильный эффект. Данные табл. 5.3.2 следует сопоставлять с этими значениями.

Таблица 5.3.2

Корреляции опросника ООСТ с другими показателями и конструктами

Показатель	Корреляция с ООСТ	Показатель	Корреляция с ООСТ
Рост	-0,07	Нарушения пищевого поведения	0,49
Вес	0,15	Самоконтроль пищевого поведения	0,27
Индекс массы тела	0,20		
Неудовлетворенность головой	0,25	Озабоченность образом тела	0,60
Неудовлетворенность туловищем	0,36	Социальное давление в отношении пищевого поведения	0,15
Неудовлетворенность нижней частью тела	0,45		

Практически все предложенные гипотезы подтвердились. Единственным заметным исключением является слабая (вместо нулевой) корреляция ООСТ с весом. Особенно важно, что реальный паттерн корреляций опросника ООСТ с опросниками неудовлетворенности собственным телом (ШУСТ) и ОПП-26 совпадает с теоретическими ожиданиями. Максимальная статистическая связь получена для шкалы «Озабоченность образом тела». Это означает, что опросник ООСТ измеряет именно то, для измерения чего он предназначен, и не нагружен другими неспецифическими конструктами.

Критериальная валидность. Трудно представить надежный и валидный критерий для валидации опросника ООСТ. Так, соматоформные расстройства связаны с неудовлетворенностью собственным телом, но диагностиче-

ские критерии в этом случае имеют более сложный характер. Решение о пластической операции также зависит от множества других обстоятельств, например, от социального и материального статуса индивида. Тем не менее, поскольку опросник ОСТ может служить вспомогательным средством для диагностики нарушений пищевого поведения, в качестве критерия валидизации мы использовали диагноз нарушений пищевого поведения, установленный по результатам клинического интервью. Хотя этот критерий также является несовершенным, мы исходим из того, что нервная анорексия и нервная булимия сопряжены с измененным восприятием собственного тела.

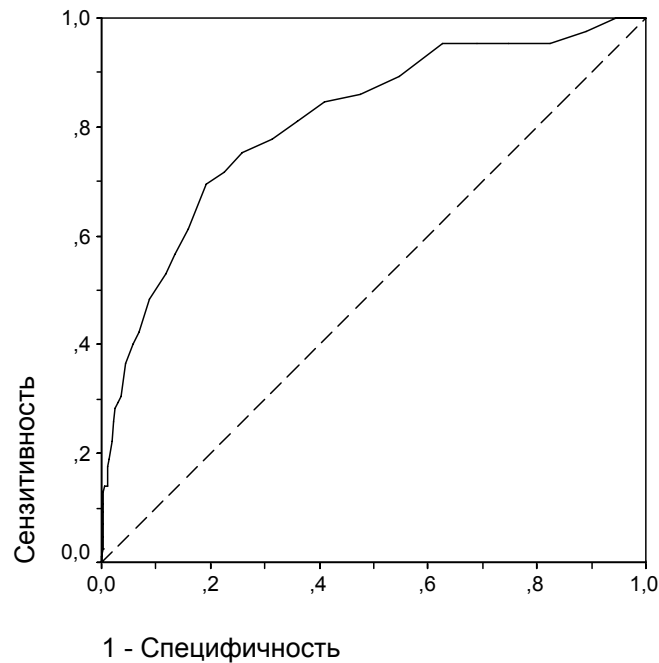
В связи с небольшим объемом выборки больных расстройствами пищевого поведения (85 человек) все клинические формы расстройств были объединены в единую группу. Средние значения суммарных баллов по опроснику ОСТ составляют 9,35 ($s = 6,40$) для здоровых и 19,27 ($s = 9,59$) для больных. Корреляция между суммарным баллом и фактом установленного расстройства пищевого поведения (дихотомическая переменная) составляет лишь 0,394. Однако для задачи различения групп адекватной мерой величины эффекта является индекс d Коэна с конвенционально принятыми пороговыми значениями 0,20 (малый эффект), 0,50 (средний эффект) и 0,80 (большой эффект). Задача оценки индекса d осложнена неравенством дисперсий и объемов выборок. Стабилизация дисперсий была достигнута переводом сырых баллов по опроснику ООСТ в z -баллы (эта процедура обсуждается ниже). Значения критерия t и индекса d вычислены по формулам для неравных выборок: $t = 10,719$ и $d = 1,22$, что указывает на очень большую величину эффекта.

Особенно успешно опросник ООСТ различает группы здоровых и больных всеми клиническими подтипами нервной булимии и анорексией с эпизодами переизбытка и/или компенсаторного поведения (DSM-IV) (т. е. все основные расстройства пищевого поведения без учета нервной анорексии ограничительного типа). В этом случае $t = 16,806$ и $d = 2,73$.

Эффективным средством оценки диагностических возможностей инструмента по критерию является характеристическая кривая теста (ROC curve). Эта кривая показывает связь между значениями диагностического инструмента, а также чувствительностью (долей позитивных случаев, для которых тестовый балл равен или превышает пороговое значение) и специфичностью (долей негативных случаев, для которых тестовый балл не превышает порогового значения). Эта кривая приведена на рис. 5.3.1. Площадь под кривой равна 0,811, что является хорошим результатом. Пороговое значение выбирается так, чтобы максимизировать показатели чувствительности и специфичности. Соответствующие показатели небольшого диапазона суммарных баллов опросника ООСТ приведены в табл. 5.3.3. Оптимальное соотношение чувствительности (0,75) и специфичности (0,74) получено для 13 баллов. Это значение можно рассматривать как пороговое при скрининговых обследованиях.

Рис. 5.3.1. Кривая диагностики расстройств пищевого поведения по суммарному баллу опросника ООСТ

**Предсказательные возможности опросника ООСТ
для диагностики расстройств пищевого поведения**



Пороговый балл по опроснику ООСТ	Сензитивность	Специфичность	Предсказательная ценность для больных	Предсказательная ценность для здоровых
...
11	0,812	0,641	0,106	0,985
12	0,776	0,687	0,116	0,983
13	0,753	0,742	0,133	0,983
14	0,718	0,775	0,144	0,981
15	0,694	0,808	0,160	0,980
...
31	0,141	0,994	0,549	0,957
32	0,129	0,996	0,650	0,956
33	0,106	0,996	0,603	0,955
...

Проблема с использованием сензитивности и специфичности состоит в том, что эти показатели не оценивают вероятности правильного диагноза на основании значений диагностического инструмента. В двух последних столбцах табл. 5.3.3 приведены доли индивидов, чье состояние здоровье было правильно диагностировано по суммарным баллам опросника ООСТ. По теореме Байеса эти индексы скорректированы с учетом распространенности расстройств пищевого поведения в популяции (5 %). Максимальная точность диагностики болезни (0,60) достигается для порогового значения, равного 32.

Эта консервативная оценка порогового значения может быть полезна в клинической практике.

Надежность теста оценивалась как внутренняя согласованность пунктов. Коэффициент альфа Кронбаха равен 0,88, что соответствует отличной надежности. Надежность отдельных пунктов (дискриминативность) оценивалась как корреляция между данным пунктом и суммой баллов по остальным пунктам. Эти показатели приведены в третьем столбце табл. 5.3.1. Все пункты являются достаточно надежными, и при удалении любого пункта общая надежность шкалы снижается.

Стандартизация опросника. Работать с сырыми баллами неудобно, поскольку разброс значений определяется количеством пунктов и диапазоном возможных ответов. Это затрудняет сопоставление результатов, полученных с помощью разных методик. Во многих опросниках, как в случае ООСТ, сырые баллы распределены не по нормальному закону, поэтому для использования в статистическом моделировании необходимо преобразование данных. Одним из распространенных методов стандартизации является приведение сырых баллов к девятибалльной шкале стейнахов со средним 5 и стандартным отклонением 2 (табл. 5.3.4).

Таблица 5.3.4

Перевод суммарных баллов опросника ООСТ в стейнавы

Сырые баллы	0	1–2	3–4	5–7	8–10	11–14	15–18	19–23	24–...
Стейнавы	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таким образом, Опросник образа собственного тела (ООСТ) представляет собой работоспособный психометрический инструмент, предоставляющий возможность формализованной оценки степени неудовлетворенности собственной внешностью как составного компонента образа собственного тела. Психометрические свойства ООСТ позволяют использовать его как в качестве скринингового инструмента в популяционных исследованиях образа собственного тела, так и в качестве вспомогательного теста в процессе клинической диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодалев, А. А. Общая психодиагностика / А. А. Бодалев, В. В. Столин. М. : Речь, 2000.
2. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 3. С. 41–44.
3. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер ; пер. с англ. М. : Медиа Сфера, 1998. 352 с.
4. *An evaluation of the In Vitro cytotoxicities of 50 chemicals by using an electrical current exclusion method versus the neutral red uptake and MTT assays* / T. Lindi [et al.] // ATLA. 2005. Vol. 33. P. 591–601.

5. *Bollen, K. A.* Structural equations with latent variables / K. A. Bollen. N.Y. : John Wiley & Sons, 1989.
6. *Cohen, J.* Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences / J. Cohen. 2nd ed. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1988.
7. *Controlled* study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands : Do familial traits exist? / H. Steiger [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 1995. Vol. 18. P. 107–118.
8. *Cooper, Z.* The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales / Z. Cooper, P. J. Cooper, C. G. Fairburn // British Journal of Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 807–812.
9. *Dolan, B.* The natural history of disordered eating behavior and attitudes in adult women / B. Dolan, C. Evans, J. H. Lacey // International Journal of Eating Disorders. 1992. Vol. 12. P. 241–248.
10. *Garner, D. M.* The Eating attitudes test : an index of the symptoms of anorexia nervosa / D. M. Garner, P. E. Garfinkel // Psychol. Med. 1979. Vol. 9. P. 273–279.
11. *Gregory, R. J.* Psychological Testing : History, Principles, and Applications / R. J. Gregory. 2nd ed. Boston : Allyn and Bacon, 1996.
12. *Jöreskog, K. G.* Lisrel 8 and Prelis 2 : Comprehensive Analysis of Linear Relationships in Multivariate Data, Lisrel 8 User's Guide / K. G. Jöreskog, D. Sörbom. London : Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
13. *Kline, P.* An easy guide to factor analysis / P. Kline. London & N.Y. : Routledge, 1994.
14. *Little, R. J. A.* Statistical Analysis with Missing Data / R. J. A. Little, D. B. Rubin. New York : Wiley, 1987.
15. *Loehlin, J. C.* Latent variable models: an introduction to factor, path, and structural analysis / J. C. Loehlin. 2nd ed. N.Y. Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
16. *Pendley, J.* Mother/daughter agreement on the eating attitudes test and the eating disorder inventory / J. Pendley, J. E. Bates // J. Early Adolescence. 1996. Vol. 16. P. 179–191.
17. *Plumb, J. A.* Effects of the pH dependence of 3-(4,5-dimethylthiazol-2-yl)-2,5-diphenyl-tetrazolium bromide-formazan absorption on chemosensitivity determined by a novel tetrazolium-based assay / J. A. Plumb, R. Milroy, S. B. Kaye // Cancer Res. 1989. Vol. 49, № 16. P. 4435–4440.
18. *Prevalence* of eating disorders on a sample of 16-year-old female students / P. Santonastaso [et al.] // Psychother. Psychosom. 1996. Vol. 65. P. 158–162.
19. *Screening* Chinese Patients with Eating Disorders Using the Eating Attitudes Test in Hong Kong / S. Lee [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 2002. Vol. 32, № 1. P. 91–97.
20. *Skuhareuski, A.* Eating disorders : oxidative stress and cytotoxicity index / A. Skuhareuski // Materials of XIII World congress of psychiatry, Cairo, September 10–15, 2005, Egypt. P. 539.
21. *Steinhausen, H. C.* Correspondence between the clinical assessment of eating-disordered patients and findings derived from questionnaires at follow-up / H. C. Steinhausen, R. Seidel // International Journal of Eating Disorders. 1993. Vol. 14. P. 367–374.
22. *Stephens, N. M.* Eating disorders and dieting behavior among Australian and Swazi university students / N. M. Stephens, J. F. Schumaker, T. E. Sibiya // J. Soc. Psychol. 1999. Vol. 139. P. 153–158.
23. *Tabachnik, B. G.* Using Multivariate Statistics / B. G. Tabachnik, L. S. Fidell. 4th ed. Boston : Allyn & Bacon, 2001.
24. *The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates* / D. M. Garner [et al.] // Psychol. Med. 1982. Vol. 12. P. 871–878.
25. *The factor* structure of the Eating Attitudes Test with adolescent schoolgirls / J. E. Wells [et al.] // Psychol. Med. 1985. Vol. 15. P. 141–146.

26. *Validity* of the eating attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa / J. Gross [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. 1986. Vol. 54. P. 875–876.

27. *Zhang, Zi-Li*. Proliferation of intestinal crypt cells by gastrin-induced ornithine decarboxylase / Zi-Li Zhang, Wei-Wen Chen // World J. Gastroenterol. Vol. 2002, № 8 (1). P. 183–187.

Репозиторий БГМУ

ГЛАВА 6

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

6.1. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Психообразование предполагает один из подходов к лечению как нервной анорексии, так и нервной булимии. Этот подход не может и не должен подменять собой иные способы лечения, но в то же время является исключительно эффективным и, по данным ряда проведенных исследований, сопоставим по результативности с психотерапевтическими вмешательствами (в частности, когнитивно-бихевиоральной терапией). Например, Olmsted et al. (1991), сравнив индивидуальную когнитивно-бихевиоральную терапию и краткосрочную психообразовательную терапию (пять 90-минутных сессий на протяжении 1 месяца, организованных в формате «уроков»), показал их сопоставимую эффективность при нервной булимии (уменьшение симптоматики на 25–45 %). Laessle et al. (1991) оценивал «менеджмент питания» (идентичный в авторском описании по целям, методам психообразовательному подходу) и «стресс-менеджмент» по сравнительной эффективности. Авторами было показано, что оба подхода приводили к существенному снижению частоты переедания и самовызывания рвоты, а также к уменьшению выраженности психопатологической симптоматики к окончанию курса лечения и на протяжении года наблюдения в катамнезе. В то же время «менеджмент питания» приводил к существенно более быстрому снижению частоты эпизодов переедания, уменьшению практики воздержания от еды и оказывался более результативным в отношении коррекции психопатологии.

Основанием для разработки психообразовательных подходов при нарушениях пищевого поведения являются следующие положения:

- нарушения пищевого поведения представляют собой многогранные расстройства, в структуре которых познавательные (когнитивные) механизмы играют существенную роль в их возникновении и сохранении (хронизации) симптоматики;
- страдание пациентов с нарушениями пищевого поведения зачастую обусловлено неадекватной трактовкой факторов, которые вызывают и в последующем способствуют сохранению болезненных проявлений;
- пациенты могут быть менее ригидными в отношении следования нездоровым стереотипам поведения, если будут обладать научно обоснованными данными в отношении факторов, которые мешают выздоровлению и способствуют поддержанию нарушений пищевого поведения.

Психообразовательный подход содержит в себе послание пациенту о его персональной ответственности за изменения (как болезненные, так и на пути выздоровления). Это, в свою очередь, ориентировано на повышение мотивации пациента и уменьшение его сопротивления изменениям, и, как следст-

вие, улучшению сотрудничества. Немаловажным следует признать и экономичность психообразовательного вмешательства. Указанные позиции позволили интегрировать психообразовательные вмешательства в структуру процесса когнитивно-бихевиоральной терапии пациентов с нарушениями пищевого поведения. Их следует считать неотъемлемым компонентом стандартного арсенала терапевтических средств.

Психообразовательные вмешательства при нарушениях пищевого поведения могут включать в себя следующие разделы: 1) многопричинность нарушений пищевого поведения; 2) культуральный контекст нарушений пищевого поведения; 3) основы физиологической регуляции массы тела; 4) влияние голодания на поведение; 5) восстановление регулярного стиля питания; 6) использование вызывания рвоты, слабительных и мочегонных средств в качестве способа контроля массы тела; 7) определение «нормальности» массы тела; 8) предотвращение обострений.

Многопричинность нарушений пищевого поведения. За последние годы сформировалось устойчивое представление о роли множества факторов в генезе нарушений пищевого поведения. Индивидуальная клиническая картина у пациента определяется взаимодействием культуральных, индивидуальных (психологических и биологических) и наследственных *предрасполагающих* факторов. Совокупность *провоцирующих* факторов неоднозначна за исключением пристрастия к диетам как первоочередного фактора. По-видимому, наиболее значимые для клинициста параметры определяются факторами, *поддерживающими* нарушения пищевого поведения — психологическими, эмоциональными и соматическими последствиями голодания.

Культуральный контекст нарушений пищевого поведения. В последние десятилетия СМИ, рекламные компании оказывают существенное давление, прежде всего на женщин, в отношении необходимости соответствия стандартам внешней привлекательности, бытующим в обществе. Поскольку указанные стандарты практически недостижимы естественным путем в человеческой популяции, это способствует распространению диетических тенденций в питании, приверженности к ограничениям в пищевом рационе, что, в свою очередь, повышает риск развития нарушений пищевого поведения.

При нарушениях пищевого поведения отмечается повышенная озабоченность по поводу массы тела, возможного ожирения, приводящая к экстремальным попыткам контролировать массу тела. Чрезмерное беспокойство по поводу внешности склонно предшествовать манифестации нарушений пищевого поведения. Проведенные исследования свидетельствуют, что диетические ограничения с целью снижения веса тела из-за опасения полноты отмечаются уже у детей 7-летнего возраста. Такого рода поведение значительно усугубляется на протяжении подросткового периода. Особенно это характерно для тех лиц, масса тела которых тяготеет к крайним границам весового спектра. Следует отметить, что риск развития нарушений пищевого поведе-

ния связан с наличием в анамнезе диетических ограничений. Так, у 15-летних девушек-подростков он в 8 раз выше в тех случаях, когда они придерживались диет по сравнению с теми, кто им не следовал [G. C. Patton et al., 1990]. Примечательны наблюдения, касающиеся стран, которые более устойчивы к стереотипам западной культуры в отношении стройности (Китай, Египет, Япония и др.). В них, по мере усвоения западных стандартов внешней привлекательности, усиления степени озабоченности формой и массой тела, отмечается тенденция к увеличению распространенности феноменологии нарушений пищевого поведения. Люди, профессия которых имеет акцент на внешности, стройности (спортсмены, танцоры, модели и пр.), имеют больший риск развития нарушений пищевого поведения.

Одним из ключевых моментов терапии нарушений пищевого поведения является ослабление жесткого гнета «стандартов красоты» и прекращение жестких и чрезмерных диетических ограничений. Для реализации этой цели следует прояснять систему мотивирующих факторов пациента в отношении предпринимаемого им контроля массы тела. В одних ситуациях это связано с эмоциональными и межличностными проблемами пациента, что должно стать фокусом внимания в процессе терапии. В других — мотивация обусловлена представлениями человека о том, что наличие стройного тела — залог личного счастья. В любом случае выздоровление подразумевает *движение против* культурального давления в отношении стройности и похудения. Исследования, посвященные содержательному анализу женских журналов, показали отчетливый акцент их на стройности тела и целесообразности диет. Это, в свою очередь, приводит к повышению уровня неудовлетворенности формой тела у читателей и увеличивает подверженность развитию нарушений пищевого поведения.

Эпидемиологические исследования различных контекстов пищевого поведения свидетельствуют о том, что за последние десятилетия увеличивается дистанция между «реальной» (объективной) и «идеальной» (желаемой) массой тела женщин в популяции, что увеличивает степень неудовлетворенности внешностью у молодых женщин. В то же время массивный прессинг в отношении стройности не трансформируется в уменьшение средней массы тела людей. Напротив, в популяции однозначно вырисовывается тенденция, характеризующаяся увеличением массы тела людей и ожирения.

Основы физиологической регуляции массы тела. Есть основания утверждать, что тело человека «сопротивляется» изменениям его массы на физиологическом уровне. У здорового человека относительно стабильная масса тела поддерживается самостоятельно без необходимости тщательного сопоставления баланса расходования энергии и ее потребления. Точность поддержания стабильного веса подтверждается, например, тем фактом, что для увеличения массы тела на 4,5 кг за год требовалась бы стабильная погрешность в еде всего на 100 калорий в день. Было показано, что на протяжении 6–10-

недельного наблюдения масса тела изменчива лишь на 0,5 % относительно средней массы тела [M. D. Robinson, P. E. Watson, 1965]. Это отклонение составляет менее чем 280 г для женщины весом 55 кг. При этом у большинства девушек-подростков отмечается по меньшей мере четырехкратная вариабельность калорийности суточного рациона [R. G. Lacey et al. 1978].

Физиологические механизмы контроля массы тела противостоят изменениям массы тела, обусловленным как переизбытком, так и недостаточным питанием. Этот механизм подобен работе термостата, например, в автомобиле или в системе кондиционирования воздуха в помещении. Будучи предварительно настроенным на поддержание стабильной рабочей температуры, такое устройство автоматически регулирует производство энергии (тепла) при снижении температуры. Одновременно механизм противодействует перегреву системы при достижении заданных значений температурного режима. Такого рода противонаправленное действие контролируется в обе стороны автоматически в соответствии с заданным режимом.

Подобным образом осуществляется регуляция массы тела по поддержанию стабильного уровня. Можно говорить о своеобразной предопределенности границ стабильной массы тела за счет прежде всего наследственных факторов и особенностей стиля питания в детском возрасте, когда эти границы еще податливы. Метаболические процессы ответственны за изменение выработки энергии под влиянием физиологических механизмов («термостат»). Существуют некоторые дискуссии в отношении физиологических механизмов, предопределяющих абсолютные пределы колебаний массы тела. Тем не менее массивный объем данных позволяет констатировать, что:

- изменение массы тела (как снижение, так и повышение) обычно приводит к активизации адаптивных физиологических механизмов, деятельность которых направлена на возвращение массы тела к адекватному стабильному уровню;

- такого рода защита массы тела от ее изменений имеет место как у животных с ожирением, так и без него;

- средовые факторы (диетические предпочтения, физические нагрузки, курение, климат, некоторые лекарственные средства) склонны, по-видимому, влиять на абсолютные границы массы тела (в определенной степени), в пределах которых осуществляется регуляция массы тела;

- генетические факторы предопределяют индивидуальную склонность противостоять колебаниям массы тела в ответ на средовые влияния.

При обсуждении вопросов «контроля массы тела», «границ здорового веса» следует иметь в виду механизмы поддержания массы тела на стабильном уровне в пределах определенных границ. За пределами таких границ механизмы защиты веса тела от изменений, по-видимому, отсутствуют. В качестве аналогов стабильности массы тела вне зависимости от внешних средовых влияний можно привести механизмы регуляции частоты сердечных со-

кращений, частоты дыхания, уровня артериального давления, температуры тела, уровня глюкозы в крови и пр. Как и масса тела, функция дыхания, например, регулируется «автоматически», а также в определенных пределах находится под осознанным контролем. Для поддержания стабильной работы этих систем организм должен постоянно отслеживать состояние внутренней среды, а также иметь возможность активировать компенсаторные механизмы для возвращения функционирования организма к стабильному уровню после того, как он был выведен из состояния равновесия какими-либо внешними воздействиями, например, физическими нагрузками.

Механизмы «автоматического» поддержания массы тела в структуре «предустановленных границ» дают основания делать серьезные предположения в отношении нарушений пищевого поведения. Семейные и генетические исследования свидетельствуют о том, что имеет место отчетливое влияние генетических факторов на формирование отдельных субъектов как худых, с избыточным весом или ожирением. Возможно, ожирение для некоторых людей соответствует нормальной или даже «идеальной» массе тела. И, напротив, те люди, которые дали положительный результат в программах по снижению веса, на биологическом уровне могут иметь недостаток массы тела. Независимо от социального давления и советов врачей по снижению массы тела существуют механизмы биологического сопротивления в отношении долговременного ее снижения. Люди, использующие диеты, и те, кто страдает нарушениями пищевого поведения, демонстрируют способность временного снижения массы тела. В то же время, биологические механизмы осуществляют постоянное физиологическое давление по возвращению массы тела в биологически приемлемое русло, предпочитаемое телом. В частности, исследования сравнительной эффективности программ по снижению веса (традиционные вмешательства, поведенческие техники) показали, что при достаточном периоде катамнестического наблюдения (например, 5 лет) после успешного снижения веса подавляющее большинство пациентов восстановило прежний вес. Биологические адаптационные изменения, происходящие при ограничении пищевого рациона, оказываются идентичными как у лиц с ожирением, так и без него. В этих ситуациях имеет место уменьшение скорости метаболических процессов в теле на 10–30 %, что является одним из биологических механизмов регуляции массы тела [D. M. Garner, S. C. Wooley, 1991]. При эффективном снижении массы тела у прежде тучного человека он становится похожим по ряду биологических параметров на тех, кто является естественно худым (масса жировой ткани, метаболизм жиров и пр.), однако различия касаются особенностей распределения жировой ткани. При целенаправленном снижении массы тела организм активирует механизмы запасания жира за счет траты прежде всего «сухой» массы — мышечной ткани, а также жизненно важных органов, например, головной мозг, сердце, почки и печень. Эти данные опираются на исследования эффективности пищевых ограниче-

ний и хирургических вмешательств (еюноилеального анастомоза) в снижении массы тела крыс, страдающих генетически опосредованным ожирением. Результаты аутопсии истощенных пациентов согласуются с указанными данными, поскольку степень истощения жизненно важных органов (например, сердце, печень, почки, селезенка) пропорциональна проценту снижения массы тела [G. L. Hill, A. H. Beddoe, 1986].

Аналогично сопротивлению организма снижению массы тела в ситуации алиментарного дефицита, организм противодействует набору массы тела. В эксперименте с осужденными, которые добровольно согласились на исследование последствий избыточного питания, их масса тела увеличилась на 20–25 % на фоне потребления на протяжении 6 месяцев пищевого рациона, который практически в 2 раза превышал калорийность их обыденного питания [E. A. H. Sims, 1976]. Большинство заключенных, участвовавших в исследовании, на протяжении первого времени набрали несколько килограммов, а затем увеличение массы тела прекратилось за счет активации гиперметаболизма на фоне продолжающегося избыточного питания. Примечательно, что один заключенный не набирал массы тела даже при потреблении 10 000 калорий в день. При возвращении количества съеденной пищи к обыденному, у большинства мужчин масса тела вернулась к таковой перед началом эксперимента. Активация метаболизма у заключенных обеспечивала расходование избыточно потребленного количества энергии посредством профузного пота и тягостного ощущения жара в теле (термогенез, индуцированный диетой). Приращение массы тела в процессе эксперимента с заключенными составило только порядка 25 % от избыточно потребленных калорий. Более того, состояние гиперметаболизма, активированное в процессе эксперимента, предполагало, что для поддержания экспериментального ожирения требуется на 50 % еще более богатый рацион. Сам процесс эксперимента становился для его участников избыточно дискомфортным, многие обдумывали возможности выйти из него. Многие участники исследования испытывали соматический дискомфорт после еды, их психологическое состояние стало ухудшаться. Как только, в соответствии с условиями эксперимента, прекратилась необходимость избыточного потребления пищи, у участников исследования масса тела начала стремительно уменьшаться и остановилась практически на уровне, предшествовавшей эксперименту. Исключение составили двое мужчин, у которых в ходе эксперимента отмечался чрезмерно быстрый набор массы тела, а также два человека, у родственников которых были отмечены наследственные случаи ожирения или диабета. Значимые различия между обследованными по скорости снижения веса тела и противодействию его увеличению, предполагают различия в биологической склонности к ожирению.

Влияние голодания на поведение. Основопологающим моментом в понимании нарушений пищевого поведения является тот факт, что интенсивные и продолжительные диетические ограничения могут приводить к выраженным

и тяжелым соматическим и психологическим нарушениям. Многие симптомы, которые принято считать кардинальными характеристиками нервной анорексии, на самом деле являются симптомами истощения. Влияние ограничений в пищевом рационе и опосредованной этим потери веса на поведение человека пунктуально было описано более полувека тому назад на основании исследований Keys et al. (1950), выполненном в Миннесоте (США). Исследование было корректно организовано с научной точки зрения и в него были включены 36 молодых здоровых мужчин-добровольцев, отобранных из 100 кандидатов на основании критериев максимального уровня соматического и психологического здоровья. Участие в исследовании было альтернативой службы в вооруженных силах. Продолжительность активной фазы исследования составляла 6 месяцев, на протяжении которых добровольцы испытывали энергетические ограничения их пищевого рациона. Накануне активной фазы исследования, на протяжении 3 месяцев за добровольцами пристально наблюдали с целью определить их поведенческие и личностные особенности, детально оценить их стереотип питания. На протяжении основной фазы испытаний добровольцы получали пищевой рацион, составляющий примерно половину от их обыденного. В результате у мужчин было отмечено примерно 25 % снижение массы тела относительно начального уровня. Вслед за 6 месяцами потери веса следовал 3 месячный период реабилитации, на протяжении которого производилось тщательное восстановление статуса питания. В целом за добровольцами, включенными в исследование, наблюдение осуществлялось на протяжении 9 месяцев после прекращения диетических ограничений. До финальной стадии исследования дошло 32 испытуемых, 4 человека отказались от дальнейшего участия в нем в период фазы диетических ограничений. Хотя индивидуальные различия между испытуемыми по характеру ответной реакции на ограничение питания и снижение веса были различными, у обследованных мужчин были выявлены драматические соматические и психологические изменения, а также эксперимент выявил отчетливые социальные последствия голодания. Причем для большинства участников исследования эти последствия сохраняли свою значимость как на протяжении этапа по восстановлению статуса питания, так и при продолжающемся наблюдении. Следует еще раз подчеркнуть, что обнаруженные в исследовании биологические, психологические и социальные последствия диетических ограничений у добровольцев идентичны кардинальным симптомам нарушений пищевого поведения. Далее мы приводим краткое описание результатов этого исследования.

Пищевые предпочтения и поведение, связанное с едой и процессом питания. Наиболее значимые изменения у участвовавших в исследовании добровольцев касались драматического искажения в сфере их интересов. При этом чрезвычайную значимость приобретали мысли и озабоченности по поводу еды. Причем на фоне критического увеличения беспокойства по поводу пи-

щи и самого процесса ее приема наблюдалось значимое уменьшение интереса испытуемых добровольцев к прежде значимым для них сферам социальной активности, сексуальным проявлениям. Эти изменения сохранялись как в процессе пищевых ограничений, так и на этапе пищевой реабилитации. Еда становилась основной темой в беседах, фантазиях, тема еды приковывала внимание при чтении. В поведении испытуемых отмечались изменения, которые бы вне ситуации эксперимента показались бы странными. Например, те, кто употреблял пищу в общей столовой, зачастую, скрывая, проносили часть еды в жилые помещения и употребляли ее на койках, организовывая своеобразные продолжительные ритуалы по ее поглощению. Книги по питанию, производству продуктов питания, приготовлению пищи стали пользоваться большим спросом у тех мужчин, которые прежде не интересовались вовсе или проявляли мало интереса к вопросам диетического питания или сельского хозяйства. Добровольцы часто сообщали о том, что испытывают большое удовольствие от наблюдения за тем, как другие едят или даже от простого обоняния пищи. Наряду с коллекционированием рецептов по приготовлению пищи, мужчины начали собирать для коллекции заварники, газовые плиты и другую кухонную утварь. Накопительство касалось также предметов, не имеющих отношения к питанию (старые книги, ненужные поношенные вещи, безделушки). Примечательно, что подобные тенденции к накопительству были в дальнейшем описаны у истощенных больных нервной анорексией и даже в экспериментах у крыс, находящихся на голодании. Примечательно, что вопреки малому интересу к кулинарии до начала эксперимента, практически 40 % мужчин сообщали о намерениях участвовать в приготовлении пищи по окончании исследования. Четверо мужчин даже сменили свою профессию по окончании эксперимента: трое стали поварами и один занялся сельским хозяйством.

На протяжении голодания серьезные изменения претерпели пищевые привычки добровольцев. Много времени мужчины проводили, планируя, например, как они будут поглощать пищу с тем, чтобы получать максимальное удовольствие от соприкосновения с нею. Например, мужчины часто предпочитали есть в тишине, чтобы все внимание было приковано к процессу поглощения еды. Участники эксперимента сообщали, что на протяжении голодания испытывали противоречивые тенденции — съесть всю пищу залпом, либо употребить ее медленно, чтобы насладиться каждым ее куском. К концу основной фазы эксперимента некоторые мужчины проводили по несколько часов за едой, тогда как ранее это занимало у них несколько минут. Мужчины требовали, чтобы пища, которой их кормили, была подана горячей. Они производили причудливые смешивания продуктов питания, даже таких, которые не подлежали этому. Чрезмерно увеличилось потребление соли и специй, чая и кофе. Причем экспериментаторам пришлось вмешиваться, чтобы директивно ограничивать потребление чая и кофе, а также жевательной резинки.

На протяжении периода восстановления (3 месяца) большинство из описанных особенностей продолжали сохраняться. По мере того, как добровольцы по окончании эксперимента получили свободу выбора пищевых продуктов, степень их «творчества» в плане причудливого смешивания и комбинаций пищевых ингредиентов усилилась, сохранялось игнорирование правил поведения за столом (например, облизывание тарелок).

Переедание. На протяжении основной фазы исследования все добровольцы сообщали о повышенном чувстве голода. Часть добровольцев смогла противостоять голоду, в то время как у других отмечалось интенсивное нарастание беспокойства, что приводило к полной утрате контроля над процессом питания. При этом у последних отмечались эпизоды переедания, некоторые пытались выкрасть продукты питания для того, чтобы употребить их втайне, отмечались своеобразные циклы переедания–освобождения от съеденной пищи, которые у некоторых добровольцев повторялись вновь и вновь. Добровольцы сообщали о том, что после периода восстановления питания (3 месяца) они испытывали чувство голода даже после употребления большого количества пищи. При этом вскоре после еды они вновь начинали «перекусывать» таким образом, что процесс еды занимал практически весь день. При этом суточная калорийность иногда достигала 8000–10000 калорий. Эпизоды обжорства приводили к различным телесным дискомфортам: головной боли, желудочно-кишечному дискомфорту, необычной сонливости. Нормализация стиля питания у добровольцев происходила постепенно, хотя даже через 8 месяцев у некоторых отмечались затруднения в контроле над объемом поглощенной пищи. В целом следует отметить, что тяжелые эпизоды переедания отмечались лишь у части мужчин, причем их проявления сохранялись у некоторых добровольцев после того, как они получили свободный доступ к пище. Для большинства испытуемых количество съеденной пищи вернулось к нормальному на протяжении 5 месяцев с момента начала вскармливания. Принимая во внимание контингент, включенный в исследование (физически и психологически здоровые люди), стоит полагать, что, по-видимому, предположение о причине переедания, связанной с первично психологическими проблемами, требует дальнейшего углубленного изучения. Указанные особенности нашли в дальнейшем подтверждение в исследованиях, в которых у людей, привычно использующих диеты, имеет место отчетливая гиперкомпенсация в пищевом поведении, подобная перееданиям у пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения [J. Polivy, C. P. Herman, 1987].

Эмоциональные и личностные изменения. На протяжении периода снижения массы тела у испытуемых отмечалось ухудшение их эмоционального функционирования, причем примерно у 20 % имел место чрезвычайно выраженный эмоциональный дистресс, который серьезно ухудшал их социальное функционирование. Тяжесть депрессии увеличивалась по мере продолжения

эксперимента. Появлялась не свойственная ранее добровольцам раздражительность и вспышки гнева, феноменология тревоги становилась более очевидной. У многих добровольцев, которые считались ранее уравновешенными и невозмутимыми, отмечались проявления повышенной тревожности — они начинали грызть ногти, курить. Среди иных наблюдаемых феноменов у обследованных отмечалась апатия, игнорирование личной гигиены.

Самоотчеты испытуемых свидетельствовали о переживаемом ими «страхе сойти с ума» на фоне колебаний настроения. Некоторые сообщали о неодолимом влечении «рыться в помойных баках» в (поисках пищи). Один из добровольцев (на 9 неделе голодания) пристрастился к грабежу безделушек в магазине, в связи с чем испытывал удовольствие; у него отмечались неистовые вспышки гнева со скачкой идей, рыданиями, разговорами о суициде и угрозе насилия.

На протяжении периода вскармливания эмоциональные нарушения ликвидировались постепенно. Некоторые из добровольцев отмечали даже усугубление эмоционального дискомфорта — они становились более подавленными, раздражительными, негативистичными, конфликтными, чем были на протяжении периода диетических ограничений.

Динамическое исследование личностного профиля у испытуемых-добровольцев (ММРІ) выявило увеличение балльной оценки по шкалам «Депрессии», «Истории» и «Ипохондрии». Следует отметить, что изменения в личностном профиле испытуемых происходили в соответствии с продолжением эксперимента на фоне дефицитарного пищевого рациона. Следует подчеркнуть, что депрессия и общая психическая дезорганизация явились наиболее значимыми последствиями истощения для некоторых мужчин, которые становились наиболее эмоционально поврежденными.

Изменения в социальном и сексуальном функционировании. Несмотря на то, что в жизни добровольцы, участвовавшие в эксперименте, считались коммуникабельными, по мере голодания они становились все более отстраненными от контактов и изолированными. У них утрачивалось чувство юмора и склонность поддерживать товарищеские отношения. Они неохотно строили планы, принимали решения, отказывались от участия в деятельности, требующей групповой активности. По мере увеличения срока диетических ограничений мужчины проводили все большую часть времени в одиночестве. Поддержание контактов с другими людьми становилось со временем чрезмерно затруднительным и утомительным.

Интенсивность и качество социальных контактов с женщинами также прогрессивно ухудшались. Те добровольцы, которые продолжали за время эксперимента социальные контакты с женщинами, свидетельствовали, что отношения становились натянутыми. Сексуальные интересы также драматично ослабевали. Сексуальные проявления (мастурбация, сексуальные фантазии и импульсы) значительно уменьшались или прекращались вовсе. На

протяжении пищевой реабилитации сексуальные интересы медленно восстанавливались. Даже после 3 месяцев после окончания диетических ограничений мужчины оценивали свое состояние в этом отношении как еще далекое от свойственного им прежде. Лишь после 8 месяцев изменения сексуального функционирования нормализовались практически у всех мужчин.

Когнитивные изменения. Было выявлено несоответствие между жалобами добровольцев (нарушение способности к концентрации внимания, подвижности психических процессов, понимания, рассудительности) и результатами экспериментально-психологического тестирования интеллектуальных способностей. Формализованная оценка интеллектуального функционирования не выявила снижения интеллектуальных способностей.

Соматические изменения. На фоне 6-месячного полуголодного существования у добровольцев были обнаружены множественные изменения телесного функционирования. Среди них: желудочно-кишечный дискомфорт, пониженная потребность во сне, головокружение, головные боли, гиперчувствительность к звуку и свету, уменьшение физической силы, затруднения в контроле движений, отеки, выпадение волос, пониженная устойчивость к холоду (холодные руки и стопы), нарушения зрения (т. е. трудность в фокусировке зрения, боли в глазах, пятна на полях зрения), слуха (ощущение звона в ушах), парестезии (особенно в руках и ногах). Многие изменения отражали замедление течения физиологических процессов в теле, что является адаптивным механизмом, направленным на сохранение энергетического баланса организма. Так, было отмечено снижение температуры тела, уменьшение частоты сердечных сокращений, а также скорости основного обмена. Как известно, скорость основного обмена отражает количество энергии, которое требуется организму в покое для поддержания нормальных физиологических процессов. Он составляет порядка $\frac{2}{3}$ от общих энергетических потребностей организма (остальное — соответствует энергии, затрачиваемой на выполнение физической активности). К концу основной фазы эксперимента скорость основного обмена у добровольцев снизилась до 40 % от ее нормального уровня. Современные исследования подтверждают значительное снижение скорости основного обмена даже у людей, которые используют диеты и никогда ранее не переживали драматической потери веса [P. Platte et al., 1996]. По мере вскармливания волонтеров-испытуемых скорость основного обмена возрастала параллельно увеличению количества поглощенных калорий. Интересно, что в группе испытуемых, которые получали относительно малое приращение рациона по калорийности (на 400 калорий больше, чем в фазу ограничений), на протяжении первых трех недель не отмечалось увеличения скорости основного обмена. Потребление же большого количества еды приводило к интенсивной активации этого процесса.

В клинике нарушений пищевого поведения особую озабоченность у пациентов вызывают изменения массы тела реальные, а также ожидаемые в

процессе пищевой реабилитации. В этом аспекте представляют интерес динамика компонентов телесной структуры в описанном эксперименте на здоровых добровольцах. Так, при снижении массы тела на 25 %, масса жировой ткани в теле уменьшалась на 70 %, а мышечной — на 40 %. В процессе вскармливания основная доля «новой массы тела» состояла из жиров. К окончанию 8 месяцев восстановления после периода ограничений пищевого рациона, масса тела добровольцев составляла в среднем 110 % от их первоначальной, при этом доля жировой ткани была порядка 140 % от изначальной. На этапе пищевой реабилитации волонтеры предъявляли жалобы на ощущение общей вялости, медлительности и сообщали о тенденции жировой ткани откладываться в области живота и ягодиц, что соответствует типичным жалобам пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения в процессе набора массы тела. При этом следует учитывать, что к окончанию 9 месяцев от начала пищевой реабилитации масса тела и среднее содержание жировой ткани в организме добровольцев достигло уровня таковых до начала эксперимента.

Уровень физической активности испытуемых на протяжении ограничений в диете существенно снизился. Они стали отмечать усталость, апатию, были бездеятельными, предъявляли жалобы на отсутствие энергии. Движения стали медлительными. Примечательно, что некоторые мужчины на фоне этого прибегали к чрезмерным физическим упражнениям (нагрузкам) для того, чтобы «получить дополнительную порцию питания... или избежать уменьшения рациона». Подобный феномен идентичен наблюдаемому при нарушениях пищевого поведения, когда пациенты «зарабатывают» для себя «внутреннее позволение» съесть больше за счет выполнения энергичных физических упражнений. Различия с описываемыми добровольцами состоит лишь в том, что пациенты, страдающие нарушениями пищевого поведения, самостоятельно и целенаправленно ограничивают себя в пищевом рационе.

Таким образом, результаты исследования добровольцев свидетельствуют о следующих важных моментах:

- многие клинические признаки, наблюдаемые у больных нервной анорексией и булимией, являются непосредственным результатом голодания;
- голодание влияет не только на весовые характеристики тела и пищевые предпочтения, но и на психологическое и социальное функционирование субъекта;
- принимая во внимание взаимосвязь голодания и нарушений психосоциального функционирования, при НПП абсолютно необходимым следует признать нормализацию массы тела;
- следует признать несостоятельным популярное суждение о том, что изменение, «перепрограммирование» стабильной величины массы тела является легко достижимым и для этого достаточно лишь волевого усилия; биологические механизмы поддержания стабильной массы тела, выработанные в

процессе эволюции, надежно защищают организм от ее изменений как на уровне внутренних регуляторных процессов, так и на психологическом и поведенческом уровне (например, переопределяя систему значимых стимулов — выводя на первый план интересы, связанные с едой и отодвигая на второй социальные и сексуальные потребности).

Восстановление регулярного стиля питания. При нарушениях пищевого поведения, особенно при затяжном течении расстройств, обнаруживаются выраженные нарушения стереотипа питания, когда пациенты сообщают о затруднениях по планированию и организации приемов пищи. Трудности состоят зачастую в том, что пациенты не знают, что и когда можно позволить себе съесть, каков адекватный объем порций они могут себе позволить. Они испытывают ужас при мысли о том, что прием пищи не находится под их контролем — одни пытаются себя «держать в руках», испытывая гордость в случае успешности попыток диетических ограничений, другие испытывают озабоченность в связи с тем, что на протяжении дня они «постоянно жуют» и не могут точно указать на границы между завтраком, обедом и ужином.

В то же время планирование каждого приема пищи в плане специфических продуктов питания, их количества, а также условий приема пищи (времени и места, где пища будет поглощена) позволяет, во-первых, снизить у пациентов тревогу по поводу их ригидных установок в отношении питания, во-вторых, придает уверенности им в отношении того, что структурированность приема пищи не позволит им «впасть в переедание», либо, наоборот, чрезмерно ограничить свой рацион. Установление регулярного стиля питания позволяет пациентам идентифицировать, каким образом их психологическое состояние может приводить к нарушениям стиля питания.

Прием пищи должен быть организован строго по часам и в соответствии с запланированным рационом. Пища должна оцениваться в качестве лекарства для предотвращения «срывов» в стиле питания и эпизодов «переедания». Исключение фазы размышлений у пациента в отношении еды чрезвычайно важно осуществить в самом начале лечения, т. к. зачастую прием пищи вызывает высокий уровень тревоги и вины. Пациент должен осознать, что, по крайней мере временно, их пищевое поведение не будет предопределяться их внутренними побуждениями, размышлениями и чувствами. Директивно введенным правилам, структурирующим прием пищи, пациент должен следовать до тех пор, пока прием пищи не начнет опираться на естественные внутренние сигналы. Навязанный паттерн питания преследует цель восстановления его здорового стереотипа, опирающегося на аппетит, что может потребовать месяцы или годы.

Многие пациенты сообщают о своих попытках «удержаться» от приема пищи на протяжении дня (некоторые используют для этого различные оправдания), либо вовсе отказаться от еды. В то же время увеличение чувства голода на протяжении дня приводит к употреблению большего количества

еды к вечеру. Причем, такого рода стиль питания, когда за ограничением следует избыточное потребление пищи, приводит к увеличению массы тела пациентов по сравнению с ситуацией, если бы они не придерживались ограничений вовсе. Приемы пищи должны быть равномерно распределены на протяжении дня, а завтрак должен быть обязательным. В идеале в течение дня должно быть три основных приема пищи и один–два «перекуса». Для пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения, структурирование пищевого поведения извне преследует цель «возродить» здоровый контроль питания. Для этого временно пациента уводят от контроля за приемом пищи с опорой на внутренние телесные импульсы, которые при нарушениях пищевого поведения оказываются чрезмерно рассогласованными с остальными компонентами каскада питания (см. главу 1). Структурирование стиля питания позволяет избежать как побуждений к чрезмерному потреблению пищи, так и недоеданию, и, как следствие, — чувства утраты контроля за едой.

Количество еды, которое употребляет пациент должно основываться на величине массы тела на момент обследования, особенностях обменных процессов в организме и способности пациента адаптироваться к изменениям. Следует придерживаться медленного увеличения калорийности пищевого рациона с целевым порогом увеличения массы тела в стационаре 1,5–2 кг в неделю (на амбулаторном этапе — 0,5–1 кг/нед.). Предписанный рацион для пациента никогда (!) не должен быть меньше 1500 ккал/сут. и к концу первой недели пищевой реабилитации должен, как правило, составлять 1800–2400 ккал/сут. Пища должна быть поглощена полностью, при этом пациент должен осознавать, что это необходимо в соответствии с планом восстановления или стабилизации массы тела. В процессе того, как пациент переходит из гипо- к гиперметаболизму, суточная калорийность должна быть увеличена вплоть до 3500–4000 калорий. В случае, если пациент имел в анамнезе ожирение, либо подобную наследственность, ему может понадобиться меньшая калорийность рациона для достижения адекватного уровня массы тела.

В начале лечения пациенты часто испытывают серьезные затруднения по поводу того, какую еду оценивать «здоровой», «нормальной». Обычно им свойственно разделять пищу на «хорошую» и «плохую» на основании имеющихся искаженных представлений (например, о «плохих жирах и углеводах» в пище, которые способствуют незамедлительному превращению в жировые отложения на теле; либо идея о том, что калории, содержащиеся в жирных продуктах питания откладываются в теле, а калории, исходящие из белков и углеводов, склонны «сгорать»). Часть таких суждений строится на основании преувеличенной оценки адекватных диетических рекомендаций (например, согласно их суждениям, красное мясо (баранина, говядина) должно быть исключено полностью, а не уменьшено его содержание, аналогично пищевые жиры и сахар должны быть не ограничены, а полностью исключены из рациона). Положительно оценивается лишь «неполнящая» пища. В ре-

зультате пациент выстраивает для себя непривлекательный пищевой рацион, который в то же время оказывается «безопасным» для пациента.

Одной из целей лечения является выработка навыков относительно более свободного выбора продуктов, включенных в рацион питания. В структуру запланированного пищевого рациона с первого дня должны включаться продукты, которые относились к «запрещенным». Продукты, которые пациент предпочитал до начала развития нарушений пищевого поведения, могут служить в качестве «проводника» к более широкому рациону питания. Необходимо предоставлять информацию пациентам в отношении того, что «полнящее» действие ранее запрещенной пищи не больше такового у «хорошей» еды. Пациенты, страдающие эпизодами переедания, должны включать в рацион небольшие количества продуктов, которые они поглощали в процессе эпизодов «кутежа». При этом важно, чтобы отношение к пище было переопределено таким образом, что регулярное потребление пищи играет защитную роль в отношении приступов переедания, тем самым способствуя восстановлению здорового чувства контроля над приемом пищи. Определенную пользу может сыграть составление иерархического списка продуктов, которые вызывают опасения и последующее поступательное продвижение по этому списку. Пища, которая вызывает опасения, должна употребляться в небольших количествах, но включаться в каждый прием пищи.

Использование вызывания рвоты, слабительных и мочегонных средств для контроля массы тела. Прием как слабительных, так и мочегонных средств не вызывает нарушения всасывания питательных веществ, а оказывает влияние на массу тела пациента при злоупотреблении этими препаратами преимущественно за счет временной потери жидкости. Одновременно их прием может вызывать серьезные соматические осложнения.

Большинство пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения и использующих экстремальные методы контроля массы тела, обнаруживают в процессе динамики своего расстройства, что способом разрешения дилеммы желая есть и ужаса перед набором веса может быть, например, самовызывание у себя рвоты. Обычно рвоту вызывают после употребления большого количества еды, но это может происходить и при поглощении малых ее объемов, становясь, по сути, ритуальным действием. Примечательно, что первоначально рвота избирается в качестве способа «контроля» пищи, но на самом деле она зачастую увеличивает частоту, продолжительность и объем поглощаемой пищи вплоть до того как пациент полностью утрачивает ощущение контроля за потребляемой едой. Рвота не только усиливает чувство голода за счет эвакуации поглощенной пищи, но и дает «внутреннее разрешение» на последующее переедание. Со временем рвота, переедание и диетические ограничения образуют самоподдерживающийся замкнутый цикл. Очистительное поведение с помощью рвоты нельзя признать абсолютно результативным в плане эвакуации пищи из желудка и по мере повторе-

ния циклов переедания и рвоты масса тела может постепенно увеличиваться [W. H. Kaye et al., 1993].

По аналогии с самовызыванием рвоты, пациенты используют мочегонные и слабительные средства с целью контроля массы тела. Интенсивность их использования (частота, дозировки) также с течением времени усиливается и становится самоподдерживающейся. Слабительные, действуя преимущественно на толстый кишечник, практически не влияют на всасывание нутриентов, происходящее в тонком кишечнике. Изменение массы тела на фоне приема слабительных происходит за счет диареи и потери жидкости. Прием же мочегонных препаратов абсолютно не вмешивается в контроль энергетического обеспечения организма. Однако такие лекарства могут, как и слабительные средства, гормональные препараты (например, инсулин, тиреоидные средства) вызывать серьезные угрожающие жизни осложнения.

Определение «нормальности» массы тела. Вопрос о том, каков желаемый вес стоит ожидать в процессе лечения, зачастую задают пациенты, одновременно опасаясь услышать на него ответ. Проблема состоит в том, что определять «целевую» массу тела не целесообразно исходя из таблиц расчета желаемого веса, например, исходя из роста пациента и его возраста. Такого рода таблицы предоставляют статистическую информацию о среднем весе для популяции с учетом нормального характера распределения массы тела. Однако такие таблицы не принимают в расчет динамику веса пациента до начала расстройства, факторы его наследственности и пр. Этим и объясняется большая вариабельность параметров веса в популяции от человека к человеку. Намного предпочтительнее не определять точные параметры массы тела, а определять его опосредованно через здоровые паттерны питания. Таким образом, масса тела человека должна быть такой, чтобы он не прибегал к ограничительным тенденциям в питании, смог контролировать эпизоды переедания, смог позволить себе не избыточную физическую активность (не направленную на коррекцию внешности), и, в итоге позволить телу «найти» свою собственную массу. Такого рода предложение зачастую встречается поначалу пациентами оппозиционно, поскольку подразумевает необходимость принятия того факта, что их вес должен быть большим, чем есть на настоящий момент.

Иной метод, который может быть рекомендован для оценки адекватной массы тела, представляет собой диапазон примерно в 2,3 кг, который на 10 % ниже максимального веса пациента до начала нарушений пищевого поведения. Эта рекомендация исходит из следующих наблюдений:

- в группе пациентов с нервной булимией прежде стабильный вес тела практически точно соответствовал 90 % от максимальной массы тела, которая когда-либо была достигнута [D. M. Garner et al., 1985];

- у больных нервной анорексией и нервной булимией нарушения в продукции половых гормонов имеют тенденцию к обратному развитию при

достижении ими массы тела, которая точнее соответствует 90 % от их прежнего максимального веса, чем массы тела, которая может быть рассчитана по таблицам [J. L. Treasure et al., 1988].

Указанные цели веса (90% от имевшегося накануне расстройтва максимального веса) могут служить лишь условным ориентиром и корректироваться с учетом актуального веса пациента и его динамики на протяжении истории жизни. Например, если накануне расстройтва имело место быстрое увеличение массы тела, хотя до этого времени масса тела оставалась стабильной, то целевой порог массы тела на 10 % ниже указанного будет неадекватно высоким. В других случаях, когда пациентка практически постоянно находилась на ограничительном пищевом рационе, представляется весьма затруднительным говорить о здоровой массе тела, которая могла бы быть путеводителем в выборе целевой отметки. В целом, следует указать на следующие рекомендации по восстановлению и контролю за массой тела:

- для пациента следует считать предпочтительным избегать установления целевого порога массы тела; необходимо ориентировать пациентов на нормализацию стиля питания и прекращения цикла переизбыток-очистка;

- естественные суточные колебания массы тела (обусловленные обменом жидкости, содержанием кишечника) определяют предпочтительность установления не жесткой границы, а приемлемого диапазона границ веса (порядка 2,5 кг);

- при установлении индивидуальной целевой границы массы тела следует принимать в расчет анамнестические данные в отношении динамики веса пациента, данные о его наследственной предрасположенности;

- удовлетворительным целевым порогом массы тела следует считать массу тела на 10 % ниже максимальной, предшествовавшей началу расстройства;

- поскольку масса тела пациента является предметом медицинского наблюдения, предпочтительным следует считать еженедельный ее мониторинг, осуществляемый опытным терапевтом.

Профилактика обострений. Процесс выздоровления обычно не происходит без эпизодических «срывов» у пациентов — зачастую возобновляются эпизоды переизбытка и очистительного поведения. Это в свою очередь вызывает у пациентов обычно разочарование и пессимистические оценки, касающиеся краха их предшествующих действий по противостоянию болезни, оживляют мысли о безысходности ситуации и о бесперспективности выздоровления и пр. Чувство безнадежности и разочарования по поводу «срыва» может в дальнейшем поддерживать болезненное поведение, приводя к известному циклу «переизбытка–очисток». Пациент нуждается в поддержке и прояснении, что успешность лечения не означает одномоментное исчезновение болезненных симптомов, и временный возврат симптоматики, часто на фоне стрессовых жизненных событий — закономерное явление. Следует

способствовать тому, чтобы пациент пытался воздерживаться от категоричности суждений по принципу «все или ничего» в отношении обострений, лучше оценить динамику состояния в целом и делать выводы в отношении общей картины симптоматики. Из обострений целесообразно «выносить урок» в отношении факторов, содействовавших его возникновению. С медицинской точки зрения следует помнить, что обострение, «срыв» может активизировать компенсаторное поведение пациента по противодействию обострению, например, в форме диетических ограничений либо избеганию следующего приема пищи по устоявшемуся стереотипу. Такого рода поведение должно быть прервано, поскольку обычно оно приводит к увеличению импульсивного стремления поесть и впоследствии к перееданию.

В случае продолжения переедания план питания должен быть подвергнут дополнительному анализу в отношении качественного и количественного состава пищи, а также регулярности ее приема. Анализ пищевого рациона должен исходить из оценок того, насколько питание адекватно может противостоять эпизодам переедания. Пациент нуждается в объяснении, что недоедание (ограничения в еде) подобны бомбе замедленного действия с часовым механизмом, где взрывателем служит еда. При этом энергетический дефицит готовит организм к эпизоду переедания на основании биологических механизмов противостояния истощению. Пациенты с достаточно большим опытом нарушений пищевого поведения обычно хорошо осведомлены в отношении как факторов, способствующих обострению, так и способов прерывания цикла переедания–очисток. Таким образом, ожидаемое обострение симптоматики при нарушениях пищевого поведения служит поводом для того, чтобы, во-первых, помочь пациенту переосмыслить эпизод не как крушение надежд на выздоровление, а как закономерный путь к выздоровлению, во-вторых, применить вмешательства, ориентированные на долгосрочное выздоровление, в-третьих, помочь пациенту возобновить регулярный стереотип питания без дезадаптивного компенсаторного поведения, в-четвертых, обеспечить поведенческий контроль по предотвращению будущих эпизодов.

6.2. Госпитализация, оценка состояния и клиническая стабилизация

С момента постановки диагноза целесообразно придерживаться конструктивного диалога с пациентом, ориентированного на предоставление ему возможности излечения. Конфронтационные вмешательства обычно малоэффективны. При первом обследовании специалистом по поводу диагностированного нарушения пищевого поведения, по-видимому, целесообразным является:

- сообщение пациенту о результатах соматических обследований и степени недостатка массы тела (если имеется);

- установление мониторинга массы тела и плана следования ему;
- обсуждение риска психических нарушений (при необходимости);
- информирование пациента и членов семьи о природе, течении и терапии нарушения пищевого поведения.

Следует отметить, что лечение больных с нарушениями пищевого поведения можно проводить амбулаторно лишь при наличии системы развитой специализированной ступенчатой помощи таким пациентам (амбулаторная, центры дневного пребывания, стационарная служба) и возможности обеспечить преемственность услуг. В целом необходимо основываться на том, что пациенты, имеющие массу тела менее чем 85 % от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, как правило, имеют существенные трудности в восстановлении массы тела при отсутствии высокоструктурированных программ помощи. При потере же массы тела около 75 % от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, целесообразно круглосуточное стационарирование. Госпитализация и терапевтические вмешательства по экстренным показаниям связаны со значительно большим риском, могут быть менее эффективны, а прогноз может быть более затруднительным по сравнению со своевременной медицинской помощью. Решение о необходимости стационарирования должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического состояния пациентов. Пациенты должны быть госпитализированы в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности.

Основными *показаниями для госпитализации* являются: тяжелая или быстрая целенаправленная потеря веса, обычно вес менее 85 % нормального или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения; недостаточная эффективность амбулаторного лечения (отсутствие нормализации веса или ликвидации симптомов переедания/очистительного поведения); значимая психиатрическая коморбидность (включая тяжелый депрессивный эпизод, выраженное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство личности с импульсивным поведением, использование психоактивных веществ или зависимость от них, и/или имеющийся план самоповреждений или активные действия по его реализации); выраженные медицинские осложнения (в т. ч. гипокалиемия, кардиологические проблемы, коморбидный сахарный диабет и т. д.); недостаток внестационарной помощи и поддержки (напр., проблемное внутрисемейное окружение или психосоциальная среда); диагностика и лечение потери веса/низкого веса или эпизоды переедания-очистки в случаях атипичных клинических проявлений, когда диагноз неопределенен, но существуют значимые проблемы в пищевом поведении или весе.

Показаниями для *неотложной госпитализации* являются: существенная ортостатическая гипотензия с увеличением частоты пульса более чем на 20

ударов или падением кровяного давления более чем на 20 мм рт. ст. за 1 минуту после принятия вертикального положения, брадикардия до 40 уд/мин, тахикардия более 110 уд/мин, неспособность поддерживать температуру тела.

Лечение в полустационарных условиях (дневной стационар психоневрологического диспансера) может проводиться при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от психоактивных веществ.

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и может осуществляться лишь при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой продолжительности симптоматики нарушений пищевого поведения, сильной мотивации у пациента и членов семьи на участие в лечении и следование врачебным рекомендациям, снижении массы тела не более чем на 20 % от здоровой массы тела при возможности осуществления тщательного мониторинга. Мониторинг должен включать как минимум еженедельную (зачастую 2–3 раза в неделю) оценку массы тела, измерение плотности мочи одновременно с оценкой основных показателей состояния организма (пульс, артериальное давление) при ортостатических пробах, а также измерение температуры. В случае отсутствия прогресса в лечении на протяжении нескольких недель условия лечения должны быть изменены на более жесткие.

Определяющими физическими параметрами, характеризующими вид и объем необходимой помощи являются вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов и, несомненно, выраженность специфических для расстройств приема пищи поведенческих нарушений.

Большинство пациентов, страдающих нервной булимией, без сопутствующих соматических осложнений получают соответствующее лечение в полустационарных и амбулаторных условиях. Показанием для стационарирования может быть наличие выраженных дезадаптивных симптомов, которые не поддаются коррекции в амбулаторных условиях (например, частые и тяжелые эпизоды переедания и очистительного поведения), тяжелое соматическое состояние, обусловленное расстройством (например, метаболические нарушения, гематемезис, нарушения сердечного ритма, неконтролируемая рвота), высокий риск суицидального поведения, психические расстройства, требующие госпитализации независимо от наличия нарушений пищевого поведения, тяжелая сопутствующая зависимость от психоактивных веществ.

Многие из выявляемых соматических последствий нарушений пищевого поведения взаимодействуют и потенцируют друг друга. Например, очень быстрая потеря 10 килограммов массы тела в отношении медицинского риска является более серьезной, чем медленная потеря 20 килограммов. Гипокалиемия при нерегулярном сердечном ритме, но без брадикардии может быть менее опасна, чем постепенно достигнутое урежение ЧСС до 40 уд/мин при регулярном сердечном ритме.

Так как по отношению к лечению многим пациентам (а часто и их семьям) присуща амбивалентность, госпитализация по поводу нарушений пищевого поведения имеет свои особенности. Пациенты могут испытывать страх по поводу того, что госпитализация приведет их к тому, что у них появится избыточный вес, а также они могут полагать, что у них будет достаточно времени, чтобы освоиться и отдохнуть, вместо того, чтобы участвовать в целенаправленной и структурированной работе.

Накануне стационарирования целесообразно организовать встречу родственников и самого пациента с врачом и персоналом. За время этой беседы пациент и его родственники получают ответы на интересующие их вопросы в отношении имеющегося расстройства и будут информированы о предстоящем лечении. Это способствует повышению уверенности в правильности выбора в пользу стационарирования у пациентов и членов их семей. После госпитализации пациентов и их родственников знакомят с распорядком лечения, что позволяет скоординировать участие семьи в процессе лечения и определить стереотип взаимодействия с семьей (см. в приложении примерный распорядок дня стационарных пациентов с нарушениями пищевого поведения).

С момента госпитализации процесс лечения определяется отчетливыми, специфическими и достижимыми целями. Среди последних восстановление веса является лишь одной целью, которую нельзя рассматривать как «способ выписаться из больницы». Напротив, принципиально ожидаемыми целями лечения являются полная реорганизация системы семейных отношений, разрешение всех динамических конфликтов, личностная реорганизация. В качестве иллюстрации значимых и практически достижимых целей стационарного лечения НА можно привести следующие:

- восстановление здорового веса тела (стабильного и адекватного, обеспечивающего нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей и подростков), а также здоровой телесной структуры;
- формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;
- развитие ощущения социального комфорта, личностной уверенности, информирования по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;
- лечение коморбидных психических расстройств;
- формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок;
- проработка искаженных когниций в отношении веса тела, образа тела, страха полноты, погони за худобой и т. д.;
- лечение значимых соматических осложнений;
- улучшение семейного/межперсонального взаимодействия;
- развитие соответствующей возрасту идентичности;
- формирование плана для амбулаторного лечения;

– выработка плана по профилактике обострений и выработка критериев повторной госпитализации.

Восстановление веса тела (витальная, если не исключительная цель лечения) подразумевает восстановление полностью здоровой массы тела с восстановлением тканей тела и органов, но не массы тела за счет избыточной жидкости, что может наблюдаться, например, при чрезмерно интенсивном вскармливании. Восстановление здоровой массы тела лучше рассматривать как промежуточный этап, а не окончание процесса лечения. Концептуальным моментом лечения следует считать фундаментальные и стабильные изменения в системе представлений о весе и форме тела в плане снижения степени переоценки стройности как центральной идеи существования (например, опосредующей регулирование настроения, идентичность или семейную стабильность), что можно достичь другими, более здоровыми и соответствующими развитию путями.

Одной из рутинных трудностей для врача-психиатра при работе с пациентами, страдающими нервной анорексией, является чувство собственной защищенности, когда обсуждается вопрос о целесообразности госпитализации. Зачастую у пациентов с нервной анорексией формально не усматриваются признаки, свидетельствующие о большом суицидальном риске или выраженных соматических нарушениях. Но в то же время следует помнить, что такие пациенты могут умирать при нормальных показателях лабораторных тестов. Основную причину госпитализации следует усматривать не в суицидальном риске или соматическом неблагополучии, а в необходимости остановить и повернуть вспять течение потенциально смертельного, тяжелого и прогрессирующего заболевания посредством структурированной стационарной программы, интегрирующей пищевую реабилитацию, психотерапию, поведенческое обучение, что недоступно в амбулаторных условиях. Есть основания полагать, что пациент с НА нуждается в получении сочетанной соматической и психиатрической помощи по поводу соматических и психических симптомов в начальном периоде терапии состояния истощения до тех пор, пока не будет достигнуто по крайней мере 90 % здоровой массы тела.

6.3. Восстановление статуса питания (пищевая реабилитация). Восстановление режима питания

Установление целевых границ массы тела. Целями по восстановлению здорового стиля потребления пищи для пациентов с выраженной потерей массы тела следует считать:

- восстановление массы тела;
- нормализация паттерна питания;
- достижение адекватного восприятия чувства голода и насыщения;
- коррекция биологических и психологических последствий истощения.

Существует несколько подходов к установлению границы желаемой массы тела. Один из них заключается в установлении ожидаемого веса с учетом имеющегося роста на основании центильных таблиц (с коррекцией на соответствующий возраст). При этом необходимо учитывать, что если у пациента до начала нервной анорексии имелась избыточная масса тела, то целевой порог веса в среднем на 4,5 кг больше. Индивидуализация целевого веса должна дополнительно учитывать нормализацию уровня Т₃, ЛГ, соотношения эстроген/тестостерон, нормализацию температуры тела.

Другой подход состоит в установлении целевого порога веса с опорой на массу тела, необходимую для восстановления менструальной функции. У пациенток в возрасте до 18 лет, имеющих вторичную аменорею по отношению к НА, необходимо иметь в виду, что необходимый вес для восстановления менструальной функции должен быть в среднем на 4,5 кг выше того, который необходим для начала циклического функционирования репродуктивной системы в случае нормального развития. Для пациенток в возрасте до 14 лет вес должен оцениваться на основании диаграмм детского развития.

Упрощенный способ оценки целевого порога массы тела, который, тем не менее, подтвердил свою обоснованность, может быть следующим. Принимая в расчет, что идеальная масса тела для субъекта с ростом 150 см составляет порядка 45 кг, на каждые 2,5 см роста выше указанного необходима прибавка в весе 2,25 кг. В общем итоге, целевая прибавка массы тела должна находиться в пределах 90 % от рассчитанной таким способом идеальной величины.

В то же время использование указанных подходов не дает исчерпывающего ответа на вопрос о целевой границе веса. Целесообразно принимать в расчет массу тела, при которой отмечалось удовлетворительное функционирование пациента до начала нарушений пищевого поведения (если имелся период относительно стабильных показателей веса и роста). В среднем пациент, страдающий нервной анорексией, начинает худеть в весе, превышающем «идеальный» на 5–10 %. Поэтому целесообразно устанавливать целевой порог веса для таких пациентов на 5–15 % превышающий «идеальный» вес, поскольку многие из таких пациентов могут реально восстановить свое биологическое функционирование только при превышении порога «идеального» веса. К сожалению, на практике мало пациентов принимают такого рода рациональное объяснение.

Учитывая предпочтительность краткосрочной терапии, умеренный набор веса (до 90 % от нормы) может быть принят в качестве цели при условии последующего тесного контакта с врачами на амбулаторном этапе (дневной стационар или программа частичного стационарирования). Целесообразно определить диапазон веса пациента (а не фиксированную его величину) с тем учетом, чтобы пациент мог комфортно функционировать в этом диапазоне (около 2 кг). Установлено, что чем ближе пациент на момент выписки из стационара к идеальной массе тела, тем меньше риск обострения состояния.

Целевой порог веса не должен быть установлен в момент поступления пациента в стационар. Возможно, пациента не следует посвящать в целевую планку веса до тех пор, пока он не достигнет ее середины. Это может помочь избежать гнева пациента или претензий в отношении того, что врач не оправдал данных обещаний в отношении ожидаемого веса. Взвешивание пациенток на протяжении активной фазы лечения целесообразно проводить 1–2 раза в неделю. Зачастую эта манипуляция осуществляется спиной к шкале весов, поскольку пациентки нередко испытывают дистресс, наблюдая за динамикой массы тела. Информация о мониторинге массы тела и планировании пищевого рациона должна быть доступна и регулярно обсуждаться членами мультидисциплинарной бригады, привлеченными к оказанию помощи пациентам с нарушениями пищевого поведения.

Следует отметить два важных аспекта восстановления пищевого статуса пациентов, страдающих нервной анорексией. Во-первых, увеличение веса само по себе не приведет к нормализации паттерна питания. Специфическое обучение сбалансированному питанию, ролевым отношениям и работа над страхом пациента по поводу ожирения в психотерапевтическом контексте важны как в процессе нормализации паттерна питания, так и при нормализации веса. Во-вторых, восстановление веса при нервной анорексии имеет цель ликвидации соматических и психических симптомов, сопутствующих истощению, и помогает нормализовать и оздоровить поведение. Само по себе истощение определяет массу психологических симптомов. Интенсивные психотерапевтические вмешательства лишь частично эффективны у истощенного пациента. По мере увеличения массы тела пациента есть основания ожидать сопряженных изменений в настроении (депрессия, тревога). Первоначально исчезает индифферентность, вялость, безразличие. Но впоследствии при изменении формы и увеличении массы тела может наблюдаться возвращение тревожных и депрессивных проявлений, раздражительности и иногда суицидальных мыслей. Такого рода аффективные симптомы, не связанные с едой, обсессивные переживания и компульсивное поведение обычно уменьшаются по мере стабилизации массы тела в пределах здоровых значений. Набор веса сам по себе является лишь началом процесса оздоровления, но это необходимый начальный этап. В качестве ориентировочных реалистичных «целей» в процессе набора массы тела следует ориентироваться на увеличение массы тела пациента при соблюдении адекватных условий лечения примерно на 1–1,5 кг/нед при стационарном лечении и до 0,5 кг/нед. при амбулаторном.

Поскольку при нервной булимии масса тела пациентов находится обычно в пределах нормальных значений, восстановление массы тела, как правило, не является терапевтической целью. В то же время целесообразно помнить о том, что даже если пациент имеет статистически нормальный вес или находится в диапазоне его формально адекватных границ, у многих пациен-

тов с нервной булимией их масса тела меньше, чем их биологически опосредованная норма. При этом даже небольшая прибавка в весе может сопровождаться соматической и эмоциональной стабилизацией. Такие пациенты нуждаются в установлении паттерна регулярного питания без эпизодов переедания наряду с вниманием к увеличению калорийности пищи и расширению выбора продуктов.

Среди целей коррекции пищевого статуса пациентов с НБ следует указать ликвидацию диетических ограничений. Проводится коррекция дефицитарности пищевого рациона, расширение меню потребляемой пищи, поощрение адекватного и здорового уровня физической активности вопреки изнуряющим физическим нагрузкам.

Базовые положения по восстановлению массы тела. Базовым требованием этой фазы лечения является то, что пища предписывается пациенту в качестве лечебного средства и употребляется в нормальной форме.

С момента стационарирования пациентов должно быть обеспечено круглосуточное 24-часовое наблюдение, осуществляемое средним и младшим медицинским персоналом. Наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи пациентом, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения. В процессе приема пищи медицинский персонал должен находиться непосредственно рядом и побуждать больного к употреблению пищи. Делается акцент на сопереживании по поводу страха пациента в связи с ожирением, обеспечении психологической поддержки и использовании атмосферы группового поощрения. Постоянно персонал заверяет пациента в том, что не имеет целью достижение пациентом избыточной массы тела. Не разрешаются дискуссии о весе или калорийности. В то же время поощряются беседы, содействующие самопониманию пациентом своих мыслей и ощущений.

Результатом такого рода вмешательств является то, что пациент начинает трехразовый прием пищи, сопровождающийся умеренным уровнем тревоги. Изредка, лишь у чрезвычайно тревожных пациентов целесообразно использовать небольшие дозы анксиолитиков (например, лоразепам 0,25–0,5 мг, феназепам 0,5 мг или диазепам 5 мг за 30–40 минут до еды) на протяжении 1–2 недель. Редко могут быть использованы небольшие дозы нейролептиков (антипсихотиков) (хлорпротиксен, флупентиксол, оланзапин, рисперидон и др.).

Следует указать на ряд методов, использование которых недопустимо: принуждение пациентов к еде; использование в качестве единственного метода пассивную интерпретативную терапию без устремлений разрушить болезненный стереотип питания; изолированное использование средств, стимулирующих аппетит без сопутствующей психологической поддержки.

Рекомендации по питанию. Для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1200 до 1500 ккал в день в зависимости от массы тела пациента при поступлении. Пища вначале

должна содержать малые количества жиров, соли и лактозы для естественного восстановления ферментативного баланса желудочно-кишечного тракта. Нецелесообразно использование никаких диетических продуктов. На протяжении 24 часов с момента поступления все пациенты должны начать употреблять обыденную пищу.

Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4–5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3500 до 4500 ккал/сут. На протяжении этапа набора веса суточный уровень калорийности может составлять до 70–100 ккал/кг/сут. На этапе поддержания достигнутой массы тела, а также для продолжения роста и развития детей и подростков суточный уровень потребления должен составлять 40–60 ккал/кг/сут. Индивидуальный уровень калорийности устанавливается в зависимости от индивидуальной скорости набора веса, роста пациента и наличия желудочно-кишечного дискомфорта. Через несколько недель с момента начала восстановления пищевого статуса, большая часть питания должна быть в достаточно густой консистенции, включая умеренное количество жиров и сладостей. В том случае, если пациенту будет позволено потребление низкокалорийных продуктов, то объем пищи, удовлетворяющий 3500–4500 ккал, может стать чрезмерным, а указанные выше цели недостижимыми. Следует помнить, что в начале этапа вскармливания масса тела может увеличиваться достаточно быстро. Это, как правило, бывает связано с задержкой жидкости в организме или пониженной скоростью обменных процессов как компенсаторным механизмом при предшествовавшем истощении. В последующем, требуемая прибавка калорийности рациона, необходимая для увеличения массы тела, должна быть достаточно оперативно скорректирована в сторону увеличения, поскольку энергетические затраты значительно возрастают уже после первой недели вскармливания.

При неэффективности указанных мероприятий может быть оправданным перевод пациента на энтеральное питание через назогастральный зонд (преимущественно), в том числе круглосуточное, либо парентеральное питание. При необходимости использования назогастрального питания одномоментное продолжительное (более 24 часов) кормление является менее предпочтительным в сравнении, например, с 3–4-кратным кормлением по причине вероятности возникновения метаболических нарушений или субъективного дискомфорта пациента. Полное парентеральное питание требуется крайне редко при угрожающих жизни состояниях и является менее предпочтительным по психологическим механизмам.

Врач-диетолог должен играть важную роль в общении как с пациентами, так и с персоналом. При этом он должен собрать исчерпывающий анамнез в отношении питания пациента при поступлении, а после этого не обсуждать лечение с пациентом напрямую до тех пор, пока вес не будет удерживаться на стабильном уровне. В то же время диетолог должен присутствовать на

врачебных консилиумах при решении вопроса об изменениях в питании пациентов. Если позволить пациенту на протяжении периода коррекции пищевого статуса вступать в дискуссии с диетологом, то пациент может начать требовать бесконечных изменений в своем меню. Пациенту, например, можно позволить удалить из своего меню три блюда, но с договором о том, что остальные компоненты меню пациент не вправе корректировать. На этапе поддержания нормального веса диетолог вновь становится активным участником взаимодействия с пациентами, обучая их организации сбалансированного питания (вначале по типу еды, а затем по ее количеству).

Медицинское наблюдение на протяжении периода набора массы тела является обязательным. Оно должно включать оценку жизненно важных функций, а также потребление пищи и жидкости наряду с их выделением; мониторинг электролитов (в т. ч. фосфора). При клиническом наблюдении обращается внимание на наличие отеков, быстрый набор массы тела (связанной преимущественно с водной перегрузкой), признаки сердечной недостаточности и симптомы со стороны ЖКТ, особенно запоры и вздутие. Для детей и подростков с выраженной потерей массы тела (< 70 % нормальной массы тела) следует рекомендовать мониторинг сердечного функционирования, особенно ночью.

Уровень физической активности пациента должен соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом, принимая в расчет выраженность процессов костного катаболизма (плотность костной ткани) и сохранность сердечного функционирования. Для пациентов с выраженным дефицитом массы тела физические нагрузки должны быть ограничены и всегда находиться под тщательным контролем. С момента достижения безопасной массы тела акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не расходовании калорий. Акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своему телу. Это будет способствовать восстановлению у пациента ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистичному самокритичному следованию ей.

Побочные эффекты и осложнения при нормализации пищевого статуса. Побочные эффекты и осложнения, появляющиеся в процессе лечения, являются следствием как предшествующего, так и, возможно, продолжающегося участия пациента в экстремальных методах контроля массы тела (прежде всего — самовывывание рвоты, использование слабительных и мочегонных средств). Часть осложнений может быть связана непосредственно с проводимыми лечебными мероприятиями. Большинство угрожающих жизни осложнений опосредовано электролитными нарушениями, нарушением кислотно-основного состояния, либо непосредственно желудочно-кишечной дисфункцией (внутреннее кровотечение, кишечная непроходимость и пр.). Чрезмерно

быстрый темп вскармливания, зондового или парентерального питания может опосредовать серьезные осложнения (синдром вскармливания) за счет выраженной задержки жидкости, сердечной аритмии, сердечной недостаточности, делирия, судорог особенно у пациентов с выраженной потерей массы тела. Гипофосфатемия с угрозой для жизни может появляться на протяжении вскармливания, когда произойдет истощение резервов фосфатов.

Начало кормления пациента иногда сопровождается кратковременной преходящей задержкой жидкости в организме. В то же время пациенты, прекратившие неожиданно прием слабительных и/или мочегонных препаратов могут отмечать выраженную задержку жидкости на протяжении нескольких недель преимущественно за счет задержки воды и натрия, опосредованной повышенным уровнем альдостерона в ответ на хроническое предшествующее обезвоживание. При этом пациенту следует рекомендовать уменьшить количество потребляемой соли, а также объяснить пациенту преходящий характер этих явлений, которые обычно проходят в течение 7–10 дней.

Выраженная гипофосфатемия в структуре так называемого *синдрома вскармливания* может развиваться на начальном этапе пищевой реабилитации у пациента, который сильно истощен и является грозным осложнением. Начальные проявления синдрома вскармливания представлены сердечно-сосудистым коллапсом после орального, энтерального или парентерального введения пищи и питательных веществ. Истощение запасов фосфатов, потенцированное вскармливанием (наряду с нарушением концентрации других электролитов), обуславливает целый ряд нарушений, в том числе остановку сердечной деятельности и делирий. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе гипофосфатемии и истощения запасов клеточной энергии, связаны с уменьшением внутриклеточного содержания аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ), а также снижения уровня 2,3-дифосфоглицерата в эритроцитах. Это в свою очередь приводит к уменьшению сердечного выброса, что на фоне увеличившегося ОЦК, может привести к застойной сердечной недостаточности. Предотвращение этого синдрома возможно за счет медленного увеличения объема пищи в процессе вскармливания на протяжении первых 2–3 недель. Определение в сыворотке крови содержания электролитов и фосфора каждые 2–3 дня также уменьшает риск таких осложнений (табл.). Через несколько недель поступательного набора массы тела, частота мониторинга может быть уменьшена.

Мероприятия по предотвращению синдрома вскармливания

- Оценка степени риска синдрома вскармливания (например, любой пациент, который имел хроническое недоедание, либо который не ел на протяжении 7–10 дней).
- Определение концентрации электролитов в сыворотке крови и коррекция нарушений перед началом вскармливания.

- Проведение биохимического исследования сыворотки крови ежедневно на протяжении первых 7–10 дней, затем еженедельно до окончания периода вскармливания.
- Медленное увеличение калорийности рациона (на 200–300 ккал каждые 3–4 дня) до достижения адекватного рациона по калорийности.
- Регулярное наблюдение за частотой пульса и наличием отеков у пациента.

6.4. Психотерапия нарушений пищевого поведения

6.4.1. Общие замечания в отношении психотерапии

На сегодняшний день отсутствуют единая точка зрения на предпочтительный вид психотерапевтического вмешательства у больных с нарушениями пищевого поведения. Психосоциальные вмешательства должны быть выбраны индивидуально на основании уровня когнитивного и психологического развития, психодинамических аспектов его состояния, когнитивного стиля пациента, выраженности коморбидной психопатологии, пожеланий пациента и характера его внутрисемейных отношений. Психотерапия как единственный вид терапевтического вмешательства недостаточна при лечении значительно истощенных пациентов с нервной анорексией. В то же время когда последствия недоедания будут скорректированы и начнется этап набора массы тела психотерапия может быть весьма полезной для пациентов, страдающих этим расстройством. Целесообразно сочетание индивидуальных, семейных и групповых форм работы. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и поведенческие техники (например, формирование навыков планирования приемов пищи, самонаблюдение, поощрение за адаптивный характер поведения и пр.) следует рассматривать как один из аспектов общей программы лечения, включающей психосоциальные и соматические вмешательства. Психообразовательные вмешательства следует считать эффективными, начиная с этапа набора пациентом массы тела. Психодинамически- и психоаналитически ориентированная психотерапия является уместной особенно после прекращения эпизодов переедания и очистительного поведения.

В целом психотерапия ориентирована на осознание пациентом того, что с ним происходит; каковы семейные, культуральные и индивидуальные предпосылки заболевания; каким образом заболевание пациента является избранным им дезадаптивным способом совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляцией; каким образом избежать или минимизировать риск обострений; каким образом можно эффективнее справляться с жизненными трудностями в перспективе. Психотерапевтическая работа должна быть начата по возможности сразу после ликвидации угрожающих жизни последствий нарушений пищевого поведения.

При нервной булимии целями психотерапевтического вмешательства являются: уменьшение или прекращение нарушенных стереотипов пищевого поведения (переедание, очистительное поведение), минимизация пищевых ограничений, расширение диапазона потребляемых продуктов, поощрение здоровых, но не избыточных физических нагрузок, лечение коморбидных расстройств и клинической симптоматики, ассоциированной с нарушенным пищевым поведением. Должен быть сделан акцент на аспектах, предрасполагающих к развитию этих расстройств, таких как: проблема индивидуального развития, формирование идентичности, озабоченность в отношении образа собственного тела, самооценка, не связанная с характеристиками массы тела и его формой, проблемы в проявлениях сексуальности и агрессивности, регуляция аффекта, ожидания в отношении половой роли, нарушения семейного функционирования, механизмы совладания со стрессом и способы решения проблем.

Индивидуальная психотерапия представляет собой наиболее распространенную психотерапевтическую интервенцию в процессе стационарного лечения больных с нервной анорексией. Это является базовым методом лечения нарушений пищевого поведения, учитывая значимость повреждений психосоциального функционирования, особенно ощущение собственной неэффективности и дисфории. Такого рода проблемы препятствуют социальному, профессиональному, семейному, образовательному развитию. Индивидуальная терапия обычно используется с целью изменения нарушенных предпочтений, ожиданий и поведения. Несмотря на то, что лишь небольшой объем терапии может быть осуществлен за время стационарирования, этот компонент может быть исключительно значимым в отношении долгосрочного прогноза. Психотерапия на стационарном этапе лечения обеспечивает возможность плавного перехода к жизненно необходимой долгосрочной амбулаторной психотерапии. За рубежом большинство программ стационарной помощи интегрирует индивидуальную, семейную терапию и групповые методы.

Пациенты с нарушениями пищевого поведения зачастую оценивают психотерапию в качестве угрожающей интервенции. В процессе терапии ожидается отказ пациента от поведения, верований и жизненных стратегий, которые обеспечивали относительно простой и частично эффективный способ решения сложных проблем. Стройность и способность контролировать вес воспринимается обычно пациентами как легко определяемый маркер способности самоконтроля и самооценки. Без таких простых, но опосредованных болезнью оценок, жизнь кажется более сложной и неопределенной.

Тревога пациента с нервной анорексией может возрастать, если не удастся немедленно достичь адекватной компенсации истощения. Соматическое восстановление при нервной анорексии (позитивная цель лечения для многих врачей соматического профиля) может восприниматься пациентом как утрата собственной уникальности и индивидуальности, и оцениваться как негатив-

ное явление, если сопутствующая психотерапия, направленная на коррекцию отношения к собственному весу, не будет подключена в процессе восстановления массы тела. К сожалению, несмотря на образовательную информацию и предлагаемые терапевтические возможности, некоторые пациенты остаются безучастными в отношении возможных изменений. Принятие лечения пациентом и возможность долгосрочной психотерапевтической коррекции зависит от построения доверительных отношений, адекватно замещающих имеющееся расстройство.

Усиление мотивации пациента участвовать в лечении может быть достигнуто через содействие в пересмотре его взгляда на лечение как на признак здоровья. Это способствует формированию позитивного отношения к лечению с самого начала. Оценка необходимости лечения как возможности пересмотреть несостоятельные механизмы совладания со стрессом, а не личный провал пациента, помогает избежать стигматизации, которая очень деморализует пациента. Индивидуальная терапия нацелена на то, чтобы донести пациенту идею о том, что лечение включает объединенные усилия по выработке новых успешных стратегий по прямому и эффективному взаимодействию с личностными факторами и нюансами развития, опосредованными расстройством.

Поведенческую терапию следует рассматривать как один из аспектов общей программы лечения, включающей психосоциальные и соматические вмешательства.

Когнитивно-бихевиоральная модель нервной анорексии (многие аспекты которой применимы и для нервной булимии) делает акцент на первичной заинтересованности познавательных процессов и механизмов. Когнитивные процессы рассматриваются в качестве посредника между эмоциональным дистрессом и аномальным поведением. Согласно этой модели, различные жизненные обстоятельства («схемы») способствуют формированию специфических болезненных представлений в отношении себя, окружающего мира и будущего, которые, будучи усвоенными, делают индивида подверженным расстройству. Когнитивная модель рассматривает нервную анорексию как общий финал множества жизненных событий или опыта. Подверженные нервной анорексии подростки чаще всего интровертированы, сенситивны, настойчивы и изолированы. У них возникает идея о том, что снижение веса может каким-то образом способствовать облегчению психологического дистресса и дисфории. Диета и достижение стройности становится для таких индивидов наиболее частым способом осуществления контроля над их внутренней и внешней средой. В то же самое время снижение потребления пищи пациентом поддерживается социальным давлением в отношении похудения. Впоследствии снижение веса приводит к усилению социальной изоляции и укреплению искаженных когний и дезадаптивного поведения больных нервной анорексией.

Когнитивно-бихевиоральная терапия уделяет большое внимание выражению и пониманию эмоциональных реакций. Повышение осведомленности в отношении эмоций постепенно достигается через наблюдения терапевта по поводу непоследовательности и несоответствия эмоциональных реакций пациента ситуациям в процессе ежедневного наблюдения. Подтверждение и подкрепление эмоциональных проявлений как неотъемлемой части прошлого и настоящего опыта пациента следует считать обязательным. Аналогично обсуждение гипотетических ситуаций и осуществление «Сократического диалога» может быть полезным для того, чтобы пациент увидел, что его реакции в специфических ситуациях являются искаженными. Пациент поощряется правильно идентифицировать и выражать все эмоции, особенно «неприятные». На опыте терапевта, как модели эмоциональной выразительности, пациент со временем обучается тому, что открытое выражение эмоций не приводит к отвержению или неспособности контролировать поведение. Для эмоционально незрелых, но высокоинтеллектуальных молодых пациентов могут быть полезными непрямые методы терапии, такие как чтение поэтических произведений или попытка их создания.

Попытки помочь пациенту распознать и изменить ригидные стандарты направлены на поддержание его собственной значимости. Установление обоснованных стандартов собственной компетентности (именно адекватных, но не перфекционистских) и обучение видеть полутона (а не только черное и белое) представляется крайне важным. Самопринятие, несмотря на личностные особенности и неудачи в достижении нереалистичных стандартов, следует признать фундаментальной целью психотерапевтической работы с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения. Ощущение беспомощности и некомпетентности может быть уменьшено при поддержке попыток пациента в продвижении к изменениям в тех областях, которые избегались из-за опасения провала.

Согласно психодинамической парадигме нарушения пищевого поведения представляют собой борьбу пациента за чувство собственного достоинства и развитие безопасной идентичности. Согласно этой концепции, основным фактором в развитии обсуждаемой психопатологии является провал родительских ожиданий в отношении подростка без учета его автономности. С ребенком обращаются с позиций соответствия родительским нуждам.

Индивидуальный формат психотерапии на протяжении стационарного лечения обычно комбинируется с семейной и групповой терапией. *Групповая терапия* в лечении нарушений пищевого поведения оценивается как важный, эффективный и экономически целесообразный психотерапевтический инструмент. Сочетание процессуально ориентированного и когнитивно-бихевиорального принципов, по-видимому, является наиболее эффективным, т. к. позволяет в групповом формате прорабатывать внутриличностные и межперсональные проблемы с акцентом на когнитивные факторы и особенности раз-

вития, связанные с нарушенным пищевым поведением. Группа также может оказывать влияние на характер восприятия пациента и позволяет ему быть участником процесса само- и взаимовыздоровления посредством самораскрытия и конфронтации с болезненным поведением, мыслями и отношением. Отличительной особенностью стационарной группы от амбулаторной является то, что когорта пациентов ограничивается госпитализированными пациентами. Стационарная группа может быть более гетерогенной в диагностическом плане (включать пациентов с нервной анорексией и нервной булимией), но общие темы нарушений пищевого поведения объединяют разнородную группу в психологически гомогенную. По-видимому, есть основания для включения в состав группы пациентов, нуждающихся в групповой психотерапии, но с другими диагнозами (не страдающие нарушениями пищевого поведения), поскольку пациенты с нарушениями пищевого поведения, согласно психодинамической парадигме, являются дисгармоничными с нарушенной доэдипальной личностной организацией. В этом случае групповой динамике будут способствовать различия в личностной зрелости участников группы.

Групповой процесс делает акцент на терапевтических факторах группы — элементах группового процесса, которые становятся базовыми инструментами, способствующими изменениям. Они включают: внедрение надежды, универсальность ощущений, возможность альтруизма и межперсонального обучения, информационное обогащение, развитие техники социализации, коррекция внутрисемейных отношений. Групповая терапия нарушений пищевого поведения позволяет находящимся в изоляции индивидам справиться с ощущением стыда и загадочности. Центральным фактором для внедрения надежды является демонстрация того, что возможно вступать в конфронтацию и изменять кажущиеся неподдающиеся изменению контексты питания и веса.

Группы по телесноориентированной работе способствуют проработке пациентом искажений восприятия собственного тела. Вначале оценивается то, каким образом такое искажение влияет на жизнь пациентов и поддержание нарушенного стиля питания. Затем в групповом процессе оказывается помощь в приспособлении пациентов к более здоровой перспективе. Контекст групповой терапии позволяет реализовывать как поддерживающие, так и фрустрирующие стратегии друг в отношении друга, что невозможно в индивидуальном формате. Зачастую не удается достигнуть полного разрешения проблемы искаженного восприятия формы и размеров тела, однако пациенты научаются различать влияние таких мыслей и начинают их коррекцию в более здоровом направлении.

Семейная терапия. Данные научных исследований и клинический опыт однозначно свидетельствуют в пользу того, что некоторые формы семейной терапии (или, как минимум, семейные встречи) *обязательны на протяжении стационарного этапа лечения.* Это особенно справедливо для пациентов в

возрасте до 18 лет, проживающих в домашних условиях и имеющих дезадаптивный характер межличностной коммуникации. Стационарное лечение пациентов с нарушениями пищевого поведения обычно предоставляет семье возможность стать эффективно функционирующим механизмом. Члены семьи не порицаются за их прошлые проблемы, а, наоборот, получают заинтересованное внимание и поддержку наряду с сообщением о том, что параллельные изменения в семье необходимы для улучшения самочувствия пациента.

Подходы, используемые в семейной терапии, охватывающей все возрастные категории и всех членов семьи, характеризуются прагматизмом, эклектичностью и гибкостью и используют элементы структурной, стратегической и когнитивно-бихевиоральной интервенций. Терапия фокусируется на ситуации «здесь-и-теперь», содействуя изменениям в семье. Семейный терапевт должен вырабатывать и обсуждать в непорицающем контексте конструктивные гипотезы, касающиеся значения нарушенного пищевого поведения как в целом для семьи, так и для пациента.

Семейная терапия может ставить множество целей. Они включают перестройку внутрисемейных границ, уменьшение роли пациента в родительских и семейных разногласиях, образование семьи в отношении этиологии и симптомов расстройства. Кроме того, семейная терапия, удерживаясь от порицания, помогает членам семьи осуществлять более эффективное взаимодействие друг с другом, а пациенту становится более независимым индивидом. Семейная терапия также способствует развитию соответствующего возрасту стиля индивидуального и семейного функционирования, уменьшению проявлений запутанного или изолированного стилей и помогает детям достигнуть соответствующей возрасту зрелости. Основной целью следует считать содействие или подготовку перехода коммуникационного стиля к взаимодействию «взрослый–взрослый» вместо реально присутствующего «ребенок–родитель».

В тех ситуациях, когда члены семьи не способны к изменению своего поведения, особенно в тех случаях, когда поведение деструктивно в отношении перспективы выздоровления, отделение пациента от семьи может быть обоснованным на протяжении лечения и иногда после него. Для членов семьи может быть одинаково важно начать психотерапевтическое лечение самим. В этом отношении полезным может быть индивидуальная или супружеская терапия, особенно тогда, когда у членов семьи имеются неразрешенные проблемы с использованием психоактивных веществ или депрессией. Продолжительная семейная терапия на амбулаторном этапе должна быть настоятельно рекомендована после выписки пациента из стационара, особенно в том случае, когда возраст пациента до 18 лет.

ПРИМЕРНЫЙ РАСПОРЯДОК ДНЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
8:00–9:00	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак Врачебные назначения, процедуры	1-й завтрак
9:00–9:30	Психообразовательная группа	Психообразовательная группа	Психообразовательная группа	Психообразовательная группа	Психообразовательная группа		
9:30–10:00	Свободное время (в отсутствии учебы)	Свободное время (в отсутствии учебы)	Свободное время (в отсутствии учебы)	Свободное время (в отсутствии учебы)	Свободное время (в отсутствии учебы)	Свободное время (в отсутствии учебы)	
10:30–11:00	2-й завтрак	2-й завтрак	2-й завтрак	2-й завтрак	2-й завтрак	2-й завтрак	2-й завтрак
11:00–11:30			Образовательная группа по организации досуга				
11:30–13:00	Групповая терапия	Групповая терапия	Группа по обучению приготовлению здоровой пищи	Групповая терапия	Групповая терапия	Групповая терапия (арт-терапия)	
12:30–13:30			Группа тренинга навыков совладания со стрессом		Группа тренинга навыков совладания со стрессом		
13:00–14:00	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия		
13:00–14:00	Группа телесноориентированной терапии		Группа телесноориентированной терапии		Группа телесноориентированной терапии		
14:00–15:00	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед
15:00–17:00	Семейная терапия	Группа по когнитивно-бихевиоральной терапии	Семейная терапия	Группа по когнитивно-бихевиоральной терапии	Семейная терапия	Свободное время	
17:00–17:45	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин
18:00–19:00	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	
19:00–20:30	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	
20:30–21:00	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)
23:00	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну

Репозиторий БГМУ

6.4.2. Когнитивно-бихевиоральный подход в лечении нервной булимии

Обоснованность использования когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) в лечении нервной булимии исходит из признания критической роли когнитивных и поведенческих факторов в развитии и сохранении расстройства. Принципиальная схема, в пределах которой рассматривается самоподдерживающийся цикл развития расстройства, представлен на рис. 6.4.2.1.



Рис. 6.4.2.1. Когнитивно-бихевиоральная модель поддержания нервной булимии

Основопологающим моментом являются сверхценные представления в отношении формы и массы тела, что заставляет женщин ригидным образом ограничивать потребление пищи. Это в свою очередь создает психофизиологические условия (см. главу 1) для появления затруднений в отношении контроля за принятием пищи (т. е. перееданием). Эпизоды переедания усиливают степень беспокойства в отношении формы, размеров тела и его массы, еще более усугубляя дефицит самооценки. На этом уровне развития расстройства самовызывание рвоты, как и другие способы экстремального контроля массы тела становятся способом противостояния полнящему действию пищи, поглощенной за эпизод переедания, т. е. своеобразным дезадаптивным способом компенсации. Одновременно очистительное поведение способствует поддержанию эпизодов переедания за счет уменьшения тревоги по поводу возможного набора веса, а также нарушения в каскаде насыщения, при котором человек отвыкает от ощущения сытости, регулирующего потребление пищи. Это, как известно, является большой проблемой у пациента, когда он предъявляет жалобы на затруднения в определении «нормального объема своей порции». При этом эпизоды переедания и очисток вызывают дистресс у пациента и усугубление его самооценки, что, в свою очередь, создает усло-

вия для неизбежных, возможно еще более жестких диетических ограничений и переедания.

Когнитивно-бихевиоральная модель свидетельствует о том, что объектом пристального внимания в процессе терапии должно быть нечто большее, чем предъявляемое пациентом дезадаптивное поведение с эпизодами переедания и очисток. Следует признать абсолютно необходимым нормализацию питания с исключением диетических ограничений. В фокусе терапии должны быть также коррекция дисфункциональных мыслей и чувств, опосредующих личностную значимость массы и формы собственного тела.

Ниже мы приводим описание основных моментов модели структурированной процедуры КБТ [С. G. Fairburn, M. D. Marcus, G. T. Wilson, 1993]. Процесс терапии обычно занимает около 20 недель с последующими несколькими встречами для оценки достигнутого эффекта на протяжении нескольких месяцев. Как и при ином когнитивно-бихевиоральном подходе, терапия является полуструктурированной и проблемноориентированной. Временной вектор терапии касается прежде всего настоящего состояния пациента и его будущей перспективы. Делается упор на прекращении функционирования механизмов, участвующих в поддержании расстройства, а не причинах, ранее влиявших на его манифестацию. Терапия строится на доверительных отношениях в диаде терапевт-клиент со взаимным уважением позиций всех участников терапевтического процесса. Успешность терапии зависит во многом от установки пациента и его активной роли в процессе лечения с выполнением домашних заданий, которые оказываются, особенно в первое время, весьма дискомфортными и угрожающими в отношении закрепившейся у пациента системы дезадаптивного поведения. Пациенты с нарушениями пищевого поведения часто стыдятся своего поведения и очень чувствительны к разного рода намекам и репликам, связанным с неодобрением и отвержением. Это требует от терапевта выражения принятия пациента и понимания его проблем.

Терапия включает три стадии.

Стадия 1 ограничена первыми 8 сессиями и ориентирована в основном на поведенческие изменения. Цели первой стадии следующие:

- установление прочных терапевтических отношений;
- разъяснение пациенту когнитивной точки зрения в отношении поддержания нервной булимии и объяснение необходимости как поведенческих, так и когнитивных изменений;
- установление стереотипа регулярного еженедельного взвешивания;
- образование пациента в отношении регуляции массы тела, негативных эффектов диетических ограничений, соматических последствий перееданий, самовызывания рвоты и злоупотребления слабительными средствами;
- снижение частоты переедания за счет внедрения регулярного стереотипа питания и организации альтернативного поведения;

– уменьшение секретности в отношении имеющихся расстройств и обеспечение взаимодействия с друзьями и родственниками.

На этом этапе терапии пациенту объясняется когнитивно-бихевиоральная модель расстройства, применительно к истории и динамике проблем конкретного человека. Важно донести до пациента необходимость воздействия на все грани расстройства. Обсуждаются структура и цели лечения, а также вероятный его прогноз. Частота встреч индивидуальна и составляет, как правило, 1 раз в неделю. Большая частота сессий необходима, например, если имеет место большая частота эпизодов переедания (по несколько раз в день).

Самомониторинг должен быть внедрен на первой сессии в качестве домашнего задания. Пациенту дается задание отмечать все, что было съедено на специальных листах (формах) для мониторинга. На этих формах отмечается время дня, что было съедено, в каком месте произошел прием пищи, был ли этот прием пищи очередным, либо перекусом, либо перееданием. Пациента просят указать сопутствующие процессу принятия пищи мысли и чувства. Не надо указывать количество потребленных пациентом калорий (поскольку их подсчет является проявлением компульсивности в отношении еды и, таким образом, специфическим психопатологическим феноменом, акцент на котором усугубляет озабоченность пациента). Пациента информируют о том, что крайне важно заполнение формы мониторинга непосредственно после акта потребления пищи, а не в конце дня. Важно подчеркнуть значимость процедуры самомониторинга, поскольку на нем строятся дальнейшие этапы лечения. Терапевт должен сделать акцент как минимум на двух важных аспектах самомониторинга: во-первых, он дает терапевту детальную информацию о характере проблем пациента и условиях, при которых эти проблемы актуализируются; во-вторых, повышение осведомленности пациента по поводу того, что он ест и как это взаимосвязано со специфическими триггерными механизмами (условиями), например, при каких обстоятельствах чаще всего наблюдается эпизод переедания, это помогает пациенту восстановить контроль над процессом еды.

Еженедельное взвешивание. Пациента инструктируют в отношении целесообразности взвешивания один раз в неделю. В соответствии с диагностическими критериями, вследствие озабоченности весом и формой тела, пациенты взвешиваются либо чрезмерно часто (по несколько раз в день), либо не делают этого вовсе. При любом варианте они испытывают затруднения в связи с рекомендацией по поводу однократного еженедельного взвешивания.

Такой характер взвешивания является важной составной частью процесса лечения. Во-первых, в процессе изменения пищевых привычек пациента в процессе терапии, а также при актуализации у пациента озабоченности по поводу веса и формы тела, необходимо располагать объективной информацией. Что касается пациента, то важным является внимание к испытываемой им озабоченности по поводу массы тела; пациенту предпочтительнее пребы-

вать в известной доле неопределенности в отношении массы тела, чем концентрироваться на бесконечных ежедневных ее колебаниях. Принимая во внимание свойственную для пациентов тенденцию к полярности суждений, их привычку делать глобальные выводы на основании обыденных краткосрочных колебаний массы тела, целесообразно инструктировать пациента в отношении адекватности выводов с опорой на результат как минимум четырех взвешиваний.

Информирование пациента в отношении питания и массы тела. Пациенту достаточно подробно предоставляют информацию в отношении механизмов регуляции массы тела, негативных последствий ригидных диетических установок и переедания, а также неблагоприятных соматических последствиях рвоты и злоупотребления слабительными препаратами. В отношении очистительного поведения, например, сообщается о том, что слабительные практически неэффективны в качестве способа контроля массы тела, использование мочегонных средств с этой же целью не имеет абсолютно долгосрочного эффекта, а снижение массы тела достигается за счет нарушения обмена жидкости, а не энергии. Самовызывание рвоты как способ контроля массы тела следует признать лишь частично эффективным, однако его последствия для здоровья драматичны, а механизм подкрепления, связанный с ним, опирается в основном на субъективное ощущение кратковременного облегчения, которое приносит рвота. Следует обсудить с пациентом, что самовызывание рвоты у больного с НБ способствует перееданию посредством двух механизмов. Во-первых, поскольку пациент полагает, что, вызывая рвоту, он избегает всасывания съеденной пищи, он раскрепощается в отношении своих диетических ограничений и становится более склонным к перееданию. Во-вторых, пациенты обнаруживают, что легче вызывать рвоту на полный желудок. В результате, «замкнутый круг» делает пациента чрезмерно зависимым от рвоты для того, чтобы компенсировать увеличенное потребление пищи. Уместно также отметить, что после потребления большого количества пищи на протяжении эпизода переедания, рвота не удаляет из организма всей съеденной пищи. Это проясняет, почему пациенты, которые вызывают рвоту после каждого приема пищи, не обязательно имеют дефицит массы тела.

Что касается диетических ограничений, то они могут иметь одну из следующих форм: избегание приема пищи на протяжении длительного времени, избегание потребления отдельных видов пищи и ограничение общего количества еды. Для большинства пациентов с нервной булимией типичным является использование всех трех типов. Обычно они имеют жесткие представления о том, что и когда они могут съесть, но следовать этим установкам им достаточно сложно, особенно на фоне стрессовых событий. Пациенты склонны оценивать отклонения от этих правил скорее как свидетельство их слабого самоконтроля (а не как ошибочную попытку следовать нездоровым нормам) и болезненно реагируют на проявление своей «развязности». В случае

«срыва» пациенты, оценивают себя как нарушивших диетические правила, обещают восстановить свою приверженность диетам в ближайшем будущем. Когда такое «внутреннее соглашение» будет принято, иные факторы начинают актуализировать переедание. Среди них удовольствие от потребления «запрещенной» пищи, отсоединение от текущих проблем, временное облегчение ощущений тревоги и депрессии. В этом отношении терапевт должен сделать акцент на том, что диетические ограничения способствуют актуализации переедания и они не могут быть показаны пациенту.

Предписание регулярного паттерна питания, по-видимому, является наиболее важной составной частью программы лечения. Большинство пациентов с нервной булимией целенаправленно избегают приемов пищи или придерживаются чрезмерно бедного рациона. Необходимо пациенту рекомендовать жесткое структурирование режима питания на протяжении дня. Ежедневно пациент должен иметь три больших приема пищи (завтрак, обед и ужин), перемежающихся двумя перекусами. Эти приемы пищи не должны сопровождаться какими бы то ни было очистительными процедурами. Пациент должен четко представлять время следующего приема пищи, причем промежутки между ними не должны превышать трех часов. Никакие жизненные обстоятельства или ощущение отсутствия аппетита не должны мешать регулярности потребления пищи: ни основные приемы пищи, ни перекусы не должны пропускаться. Более того, в промежутках между приемами пищи пациент должен воздерживаться от еды.

Обычно, такого рода структурирование режима питания пациента (с прекращением эпизодов голодания и перемежающихся перекусов) активизирует опасения пациента в отношении избыточности поглощенной пищи и, как следствие, последующей полноты. Пациентам необходимо пояснить, что внедрение регулярного паттерна питания имеет цель прекращения эпизодов переедания и, следовательно, уменьшения количества поглощенных калорий. Несмотря на эти заверения, пациенты зачастую продолжают употреблять еду с малой питательной ценностью. На этой стадии терапии большую значимость имеет регулярность питания (т. е. когда осуществляется прием пищи), чем его пищевая ценность (т. е. что пациент ест). Пациентов нужно всегда ограничивать от использования практики подсчета калорий и тенденции постоянно что-либо жевать на ходу.

На протяжении лечения пациенты обнаруживают, что они могут есть намного больше, чем они себе представляли, и при этом масса из тела не будет увеличиваться. Ранее, когда имели место эпизоды переедания и очисток, невозможно было оценить количество поглощенных калорий. Пациенты зачастую интересуются количеством еды, которую им надо есть, спрашивают о необходимости есть до наступления чувства полноты желудка и просят указать время, когда им принимать пищу. В ответе на эти вопросы необходимо информировать их о том, что их переживание аппетита, чувство голода и

полноты желудка, по-видимому, нарушены вследствие развившегося нарушения пищевого поведения. Поэтому, опираться на них нецелесообразно в выборе времени начала и окончания приема пищи. Напротив, важно придерживаться предписанного паттерна питания, а употреблять необходимо пищу в объеме средней порции. (Размер средней порции необходимо определять с учетом привычек родственников, друзей, рецептов еды, инструкций на упаковках продуктов).

Пациенты часто сообщают о чувстве полноты, распираания в желудке после употребления даже небольшого объема пищи, что их закономерно побуждает к самовызыванию рвоты. Эти ощущения переполнения являются во многом когнитивными по своей природе и наиболее дискомфортны после употребления еды, которую пациент оценивает как полнящую. Их появлению способствует неадекватная (избыточная) степень внимания к ощущениям в животе после еды (от которых пациент отвык), которые в норме проходят незамеченными. Для пациентов, испытывающих беспокойство от ощущений переполнения в животе после еды, зачастую полезными оказываются рекомендации одевать на время еды более свободную одежду и включаться сразу после еды в такую деятельность, которая отвлекала бы их от процесса поглощения пищи. Необходимо поддерживать пациента в необходимости перетерпеть дискомфортные ощущения, которые ослабевают обычно на протяжении часа.

Несмотря на то, что акцент на этой стадии лечения делается преимущественно на поведенческих изменениях, терапевту удобно использовать их для влияния на мысли и чувства пациента. Например, зачастую эффективным оказывается вмешательство, при котором, опираясь на личную динамику веса пациента, он обнаруживает, что его масса тела с большей вероятностью увеличивалась, а не уменьшалась, если пациент придерживался жестких диетических ограничений, предвосхищая затем цикл переедания-очистки.

Методы самоконтроля и контроля стимулов. Для того, чтобы пациенту было легко проживать эпизоды от одного приема пищи до другого, когда он может испытывать побуждение к внеочередному приему пищи (который может вылиться в булимический эпизод), ему рекомендуется определить формы комфортного времяпрепровождения, несовместимого с эпизодом компульсивного переедания (например, позвонить по телефону или навестить друзей, выполнить какие-либо упражнения, принять ванну или душ). Причем важно быть «наготове» возможного проблемного поведения: когда вероятен эпизод (например, по результатам анализа формы самооценки), целесообразно заняться этими видами деятельности.

Среди иных методов контроля стимулов можно использовать следующие простые поведенческие вмешательства, помогающие пациенту следовать предписанному режиму питания. Рекомендуется в процессе еды параллельно не заниматься иными делами, прием пищи производить в одном и том

же помещении, ограничивать объем доступной для поглощения пищи в процессе еды, стараться оставлять какое-то количество пищи на тарелке нетронутой, избавляться от несъеденной пищи. Необходимо ограничивать количество «опасной» пищи в доме (т. е. тех продуктов, которые с большой вероятностью смогли бы быть употреблены в процессе переедания), такая пища должна быть относительно недоступной. Напротив, в достатке должна быть «безопасные» продукты питания. Пациентка должна научиться тщательно планировать свои покупки и использовать перечень необходимых покупок. Целесообразно воздерживаться от покупок в том случае, если пациентка голодна, либо предполагает переедание. Предпочтительно приобретение продуктов, нуждающихся в дополнительной кулинарной подготовке перед употреблением, а не тех, которые могут быть поглощены непосредственно. В том случае, если пациентка ощущает, что степень самоконтроля невысока, целесообразно оставлять при себе минимально возможное количество денег.

Использование рвоты, слабительных и мочегонных средств. Дополнительные вмешательства по поводу самовызывания рвоты, как правило, не нужны в случае прекращения переедания. В то же время пациентке рекомендуется употребление продуктов, которые она готовит не для того, чтобы потом вызвать рвоту. Если пациентка испытывает побуждение вызывать рвоту после еды, ей может быть рекомендована организация ее деятельности после еды в соответствии с рекомендациями, приведенными выше.

Пациенткам, злоупотребляющим мочегонными и слабительными препаратами, после объяснения их неэффективности необходимо посоветовать прекращение их приема. Для тех, кто считает осуществление этого невозможным, следует дать жесткие инструкции по поступательной отмене этих препаратов. Уместным будет предупредить пациентов о возможном кратковременном наборе массы тела непосредственно вслед за отменой этих препаратов, что связано с компенсаторной задержкой жидкости в организме.

Интервью с родственниками или друзьями пациентки. Ко времени окончания первой фазы лечения целесообразно организовать одну–две сессии, пригласив на них тех, с кем проживает пациентка. Такое вмешательство преследует следующие цели. Во-первых, оно позволяет вскрыть проблему, делая ее доступной для понимания окружения и ликвидирует завесу таинственности над ней, что способствовало поддержанию и сохранению эпизодов переедания и очистительного поведения. «Разглашение» затрудняет возможность дальнейшего беспрепятственного следования эпизодам переедания и очисток. Во-вторых, предоставляя пациентке логическое обоснование и принципы терапии, терапевт имеет возможность убедиться в том, насколько они поняты. В-третьих, предоставляя информацию родственникам или друзьям пациентки и отвечая на их вопросы, терапевт способствует организации понимающего и принимающего окружения для пациента, помогающего ему справиться с проблемой.

В подавляющем большинстве случаев первый этап лечения позволяет добиться существенного снижения частоты переяданий и очисток наряду со снижением выраженности общей психопатологической симптоматики. В тех случаях, если сохраняется выраженная депрессивная симптоматика, целесообразно рассмотреть вопрос о ее фармакотерапии или психотерапии.

Если за время первой стадии КБТ не достигнуто улучшения, то мала вероятность прогресса состояния на второй стадии. В этом случае необходимо решать вопрос о лечении в условиях, которые позволили бы организовать более интенсивную программу терапии и обеспечили бы в определенной мере внешний контроль над едой. Этим условиям может удовлетворять специализированные центры и пребывание в них круглосуточно или на условиях дневного стационара.

Стадия 2 ориентирована преимущественно на когнитивные изменения. На этом этапе лечения (сессия с 9 по 16) техники первого этапа дополняются разнообразными вмешательствами, ориентированными на уменьшение диетических ограничений и выработку когнитивных и поведенческих навыков совладания с переяданием.

Предпочтительная динамика вмешательств на втором этапе лечения строится следующим образом. Вначале целесообразно провести работу, ориентированную на прекращение диетических ограничений. Затем через 1–2 сессии может начаться работа по когнитивному переструктурированию. Тренинг решения проблем логично начать вслед за тем, когда будут идентифицированы индивидуальные пусковые механизмы для переядания. На любом этапе могут быть внедрены поведенческие техники, ориентированные на озабоченность формой и массой тела. Частота сессий на второй стадии лечения — 1 раз в неделю.

Устранение диет. На этом этапе пациентка получает понимание того, каким образом ригидное следование диетам делает ее склонной к переяданию. Имея свой личный опыт по изменению стереотипа питания, полученный на первом этапе лечения, пациентка получает поддержку в процессе оценки того, *что* и *сколько* она ест. На первом этапе лечения в фокусе внимания оказывалась одна из форм диетических ограничений — избегание приема пищи. На второй стадии акцент делается на двух других формах — избегание отдельных видов пищи и уменьшение общей суточной калорийности.

Пациентке предлагают составить список из 40 наименований «запрещенных» продуктов, ранжировав их с учетом степени их «вредности». Затем пациентку инструктируют в отношении того, что она должна постепенно включать в свой рацион «запрещенные» продукты, начиная с менее опасного. Целью настоящего вмешательства является систематическое экспериментирование с употреблением умеренных количеств «запрещенной» пищи как части обыденных приемов пищи или перекусов до тех пор, пока

пациент не будет более испытывать тревогу по поводу утраты контроля. Таким образом, указанное вмешательство отражает использование принципа экспозиции по прерыванию дисфункциональных мыслей пациентки и повышению ощущения самоэффективности. В итоге, когда пациентка приобретет гибкость в отношении включения в рацион различных продуктов, наступает момент обратить внимание на достаточность в количественном отношении пищевого рациона — третью форму диетических ограничений. Для этого с помощью прямых вопросов и анализа листов самонаблюдения производится оценка достаточности пищевого рациона. В случае его дефицита пациентке дается указание увеличить пищевой рацион до, как минимум, 1500 ккал ежедневно, а предпочтительнее — до 1800 ккал.

Небольшое количество пациентов сообщает о невозможности следовать такого рода поведенческим инструкциям. Они могут испытывать затруднения от внедрения «запрещенной» пищи, а после эпизода еды впадать в переедание и очистительное поведение. В этих случаях полезным может оказаться организация сессий, где в присутствии терапевта пациент употребляет избегаемую пищу, а затем терапевт помогает ему справиться с побуждением к перееданию либо вызыванию рвоты. Такие сессии должны быть тщательно спланированы, а пациент полностью информирован в отношении того, что будет происходить на сессии и для чего это делается. Рационально, чтобы на такой сессии пища была поглощена вначале, чтобы остаток времени посвятить помощи пациентке в совладании с чувствами и мыслями, возникающими при таких обстоятельствах. Обычно оказывается достаточным несколько сессий такого рода с различными видами потребляемой пищи. В промежутках между сессиями пациенту необходимо употреблять такую еду без последующего перерастания акта приема пищи в эпизод переедания или очистки.

Далее предлагается расширять диапазон условий и обстоятельств, в которых осуществляется прием пищи, и что пациентка ранее избегала. Например, ей предлагают употреблять пищу в ресторанах, в гостях, т. е. в тех условиях, где ей недоступен полный контроль над тем, как будет сервирован стол и каким образом будет готовиться пища. Такие ситуации создают возможность для обучения навыкам совладания в ситуации неопределенности.

Обучение навыкам решения проблем. Эпизод переедания зачастую запускается с помощью разнообразных обстоятельств, включающих специфические мысли, негативные эмоции и межличностные стрессоры. КБТ позволяет пациентам развить когнитивные и поведенческие навыки совладания с такими ситуациями без активации дезадаптивного пищевого поведения. Одной из стратегий является укрепление навыков пациента по решению проблем. Эта процедура включает несколько последовательных шагов:

- 1) идентификация и обозначение проблемы по возможности непосредственно сразу после того как она возникла; в случае, если имеются несколько

сопутствующих проблем, каждая из них должна анализироваться изолированно; полезным зачастую оказывается перефразирование проблемы;

2) выработка разнообразных вариантов решения проблемы; пациенту дается возможность предложить максимально возможное количество вариантов, некоторые из которых на первый взгляд могут показаться бессмысленными и невыполнимыми, тем не менее они должны быть включены в список возможных альтернатив; чем больше вариантов будет предложено, тем больше вероятности отыскать нужный выход из ситуации;

3) оценка выполнимости и возможной эффективности каждого их предложенных вариантов;

4) выбор наилучшего варианта и определение возможного способа его реализации; зачастую это происходит интуитивно, иногда лучшим вариантом является комбинация решений;

5) реализация выбранного варианта;

6) оценка результата и общей эффективности процесса. Необходимо подчеркнуть, что конечной целью является не решение какой-то проблемы, а улучшение навыков совладания.

На сессии терапевт демонстрирует на примере механизм работы указанной процедуры, а затем предлагает пациентке поэкспериментировать самой в реальной ситуации проблемы. Результаты должны быть обсуждены на следующей сессии. Пациенты нуждаются в поддержке в отношении того, что навыки совладания укрепляются по мере тренировки, а эта техника может применяться в процессе решения обыденных ежедневных проблем.

Когнитивное переструктурирование: озабоченность массой тела и формой. Чрезмерная озабоченность весом и формой тела считается базовым психопатологическим феноменом у пациенток с нервной булимией. Без вмешательства, ориентированного на коррекцию дисфункциональных представлений в отношении веса и формы тела, долгосрочный прогноз таких состояний оказывается мало утешительным. Первым шагом в процессе обучения пациента когнитивному реструктурированию является выбор дисфункциональной идеи. Обычно это не составляет большого труда, поскольку они составляют ядро психопатологической симптоматики. В случае затруднений, можно попросить пациентку представить, например, какие мысли посетят ее, если, став на весы, она обнаружит, что ее вес увеличился на 1 кг. Как только подходящая идея будет выбрана, она может быть подвергнута анализу на следующих четырех этапах:

1. Необходимо записать непосредственно саму по себе дисфункциональную мысль, которая посетила голову пациентки, а не ее квинтэссенцию.

2. Последовательно изложить аргументы и данные в поддержку этой мысли. Например, если пациентка набрала вес, то этот факт может служить подтверждением мысли «Я становлюсь толще» (либо более точной «Я набрала вес»), но он не удовлетворяет такой мысли как «Я толстая».

1. Должны быть изложены аргументы и данные, которые ставят под сомнение дисфункциональную мысль. Здесь необходимо выявить субъективный для пациента смысл его дисфункциональной идеи. Например, мысль «Я чувствую, что я толстая (жирная)» может иметь разные значения, в том числе «У меня избыточный вес» или «Я выгляжу как человек с избыточным весом», либо это может иметь отношение к дискомфортному эмоциональному состоянию, когда человек воспринимает себя непривлекательным. Чувство полноты должно быть разграничено от факта полноты, а факт полноты должен быть разграничен от представлений об избыточной массе тела в контексте биологических представлений о здоровой массе тела, а также от набора веса. Например, если масса тела увеличилась на 1 килограмм, то это не означает неминуемого ожирения. Используя метод Сократовского диалога, терапевт может увлечь пациента дискуссией в отношении этого: «В какой момент человек становится ожиревшим?», «Можно ли ожирение приравнять к какой-либо определенной форме или массе тела (например, к размеру одежды)?» и, если так, то «Достиг ли я этой формы или массы тела?».

Как только прояснено истинное значение дисфункциональной мысли, пациентка должна оценить что бы думали другие люди при подобных обстоятельствах. Действительно ли другие люди сочтут ее ожиревшей, если она набрала один килограмм? Пациентка должна оценить соизмеряет ли она требования, предъявляемые к себе, с таковыми, предъявляемыми окружающим. Она должна оценивать тот факт, что она не должна смешивать субъективное впечатление (например, ощущение полноты) и объективную реальность (наличие статистически доказанного ожирения). Пациентка также должна быть начеку ошибок атрибуции (например, может ли происходить увеличение массы тела в связи с задержкой жидкости на протяжении менструального цикла), а также логических ошибок, во многом обусловленных дихотомическим мышлением.

2. Пациентка должна придти к мотивированному заключению, которым руководствоваться при выборе своего поведения. На этом этапе не обязательно, чтобы пациентка верила этому мотивированному заключению. Достаточно того, чтобы она знала, что оно само по себе является подходящим поводом для размышлений, и она использовала его как руководство к действию.

Важно, чтобы пациенты понимали этапы этой технологии и систематически к ним обращались при появлении дисфункциональных мыслей. Им следует рекомендовать записывать свои попытки реструктурировать свои дезадаптивные мысли (вести так называемый перечень дисфункциональных мыслей), что должно быть подвергнуто анализу на последующих сессиях, для оказания помощи пациенту в этой важной работе.

Частой проблемой у пациенток является их затруднение в непосредственной идентификации дисфункциональных мыслей. Они возникают обычно в реальных ситуациях под влиянием различных обстоятельств, например, ко-

гда пациентка полагает, что переела, когда видит свое отражение в зеркале или окне, либо когда получает комплименты по поводу своей внешности. В то же время полезной следует признать тактику не оберегания пациенток от ситуаций, провоцирующих дисфункциональные суждения, а, напротив, содействия конфронтации с ними. Ряд таких рекомендаций уже к этому этапу лечения был внедрен в качестве домашних заданий (например, еженедельные взвешивания и употребление избегаемой пищи). Пациентке можно рекомендовать самонаблюдение перед зеркалом высотой в полный рост, сравнение своей фигуры с таковой у других женщин, ношение одежды, подчеркивающей фигуру (например, трико), занятие деятельностью, которая подразумевает сравнение фигуры с таковой у других женщин (например, посещение физкультурных залов), примерка одежды в магазинах. Пациенткам предлагают записывать на листках самонаблюдения мысли, которые появляются в такие моменты для того, чтобы затем подвергнуть их описанному выше анализу.

Несомненно, дисфункциональные мысли отражают имеющиеся у пациента предпочтения и представления. Среди наиболее распространенных следует указать на представление о том, что все трудности пациента будут одновременно разрешены непосредственно с достижением целевой массы тела; все затруднения связаны с ее проблемным питанием или проблемой массы тела; те люди, которые стройны и счастливы — они успешны и удовлетворены своей внешностью, а те, кто имеет избыточный вес, — те неуспешны и несчастливы. Несомненно, эти представления являются преувеличенными формами широко распространенных суждений. Их интенсивность, личностная значимость и негибкость делают их проблемными.

Методики, ориентированные на переработку представлений во многом подобны таковым при переработке дисфункциональных мыслей. В то же время представления не могут быть четко переопределены и обозначены с помощью слов, а в последующем подвергнуты анализу. Они являются частью целостной картины мира пациента, имплицитны. Они обычно выявляются по косвенным признакам — по наблюдаемому поведению (например, избегание взвешивания), либо по содержанию дисфункциональных мыслей (приравнивание полноты тела к собственной несостоятельности, провалу), а не напрямую.

Принципы работы с дисфункциональными представлениями идентичны таковым при работе с дисфункциональными мыслями, но большая часть работы проводится непосредственно на терапевтической сессии. Еще одно отличие заключается в том, что терапевт обсуждает с пациенткой те преимущества/недостатки, которые дает ей ригидное следование ее представлениям в контексте процедуры рефреминга. Например, если пациентка склонна давать оценку собственной значимости с позиции формы или веса тела, то можно думать, что она обладает объективным и простым мерилем ее слабости и си-

лы. Если она приравнивает свою способность контролировать еду к способности самоконтроля в целом, то, когда она успешна в своих диетических ограничениях, она демонстрирует самой себе свое умение быть полностью контролирующей себя. Напротив, пациентки, называющие себя толстыми, зачастую таким образом прибегают к удобному и простому оправданию в отношении множества межличностных проблем. Обычно становится понятным, что большинство выгод от дисфункциональных представлений являются условными и кратковременными, в то время как долгосрочные последствия обычно неблагоприятны. Терапевт должен способствовать тому, чтобы пациент четко осознал эти последствия. Например, большинство пациенток полагает, что они никогда не смогут быть удовлетворены собственным весом или формой тела. В этом случае, если они будут придерживаться такой системы ценностей, где форма и масса тела становятся во главу угла, то они наверняка останутся навсегда неудовлетворенными самими собой. Более того, будучи озабоченными формой и весом тела, они никогда не смогут узнать причины своих проблем и справиться, например, с такими, как застенчивость, пониженная самооценка, трудности в установлении взаимоотношений.

Иногда прояснение причины дисфункциональных представлений помогает пациенту в понимании своего прошлого, а также предоставляет ему в определенной мере защиту против возникновения проблем в будущем. Пациент может рассматривать динамику нарушений пищевого поведения в этом контексте и определять роль и характер влияния родственников, сверстников, а также социального давления в отношении похудения. Пациент должен различать те факторы, которые сопутствовали началу расстройства и те, которые обеспечивали его поддержание.

По итогам анализа дисфункциональных мыслей и представлений важно, чтобы пациентом были сделаны выводы. Терапевт должен поощрять пациентов к принятию менее угловатых, более гибких верований и ценностей. Например, что касается степени самоконтроля, то предпочтительным является представление пациента об оправданности в определенной степени желаемого самоконтроля, но непродуктивным следует признать требование полного, постоянного самоконтроля во всех сферах жизни.

Когнитивное переструктурирование у конкретного пациента касается ограниченного количества стереотипных проблемных мыслей и убеждений. Поэтому регулярная практика пациентов по их переоценке на протяжении нескольких недель вскроет их и подвергнет переработке.

В дополнение к когнитивным процедурам, сфокусированным на озабоченности по поводу веса и формы тела, терапевт должен внедрить соответствующие поведенческие технологии. По аналогии с работой с диетическими ограничениями, уместно использование экспозиционных вмешательств. Например, некоторые пациенты активно избегают выставлять свое тело на обозрение и, таким образом, никогда не одевают обтягивающие наряды, избега-

ют плавания и стремятся свести к минимуму любые телесные контакты. Такого рода избегание, утяжеляется вплоть до того, что пациент начинает избегать даже самого себя, одеваясь и раздеваясь в темноте, избегает зеркал, носит бесформенную одежду, принимает душ или ванну в одежде. По аналогии с частым взвешиванием, другие пациенты проявляют свое избыточное беспокойство по поводу внешности, перепроверяя возможные изменения в форме тела (регулярно обхватывают двумя пальцами кисти запястье, ощупывают во время сидения бедра или измеряют их окружность, носят одежду определенного размера, рассматривают себя в зеркале и пр.). Помощь всем пациентам такого рода состоит в том, чтобы помочь им найти возможности предъявить себя, например, с помощью ношения более обтягивающей одежды, либо посещение бассейнов, тренажерных залов. Кроме того, тем, кто избегает смотреть на себя со стороны, пользу окажут постоянное наблюдение за собой в зеркале и упражнения самомассажа. Напротив, тем, кто постоянно перепроверяет собственное тело, необходимо оказать помощь в прекращении такого поведения. Во всех случаях целесообразно поощрять женщин оценивать форму и размеры тела других женщин, сопоставляя их с собственным. Пациентке можно рекомендовать выбрать привлекательную, на ее взгляд, женщину, проанализировать формы и размеры ее тела, уделяя пристальное внимание внешнему виду ее живота, бедер, ягодиц. Обычно пациенты обнаруживают, что многие привлекательные женщины не идеальны. Все эти поведенческие вмешательства провоцируют дисфункциональные мысли, которые должны быть подвергнуты указанной выше переработке.

Такие зачастую встречающиеся когнитивные искажения, как дихотомическое мышление (по типу «все или ничего»), чрезмерный перфекционизм и пониженная самооценка также должны быть проработаны с использованием указанных когнитивных процедур.

К концу второй фазы лечения ожидается закрепление достигнутого успеха. Эпизоды переживания и очистительного поведения становятся нерегулярными или исчезают вообще, а дисфункциональные мысли становятся менее значимыми. В том случае, если со стороны поведенческих проявлений имеет место явное улучшение, а когнитивное улучшение неполное, по видимому, нет необходимости увеличивать продолжительность лечения, поскольку показано, что улучшение самочувствия часто наблюдается за пределами временных рамок лечения, хотя такие пациенты имеют больший риск обострений.

Стадия 3. На третьей стадии фокус терапии смещается к использованию стратегий предотвращения рецидивов для того, чтобы сохранить изменения, полученные в процессе лечения. Сессии обычно проводятся каждые 2 недели (3 сессии). Такая периодичность позволяет пациентке эффективно усваивать полученный в процессе терапии опыт, закреплять достигнутое улучшение и

продолжать прорабатывать некоторые сохраняющиеся проблемные области. На этой стадии терапевт занимает относительно второстепенную роль, наблюдая за реализацией пациентом навыков, полученных на 1 и 2 этапах лечения.

На этом этапе лечения целесообразно поинтересоваться у пациентки о реалистичности ее представлений в отношении видения времени, последующего за прекращением терапии. Основная цель для пациентки на этом этапе лечения состоит в предвосхищении возможных будущих трудностей и подготовке к совладанию с ними. Пациентка должна быть информирована о том, что даже если у нее полностью прекратились эпизоды переедания и очистительного поведения, она останется всегда уязвимой к возврату проблемного пищевого поведения, особенно если столкнется с непривычно стрессогенными обстоятельствами. Другими словами, пациенты должны быть готовы к неожиданным обострениям. Тем не менее, они должны научиться справляться с отдельными проявлениями обострений, не позволяя этим нарушениям переходить в развернутый рецидив.

Обычно пациенты сообщают о своем желании прекратить самомониторинг по окончании терапии. При этом целесообразно поинтересоваться об их мотивах. Возможно, это связано с их убеждением о маловероятности рецидива расстройства по прекращении терапии, что должно быть обсуждено дополнительно. Пациентку необходимо информировать о том, что постепенно восстановятся нормальные ощущения голода и полноты желудка после еды (если они еще не восстановились к этому моменту) и тогда они станут своего рода сигналами в отношении того, когда надо начинать следующий прием пищи до той поры, пока не восстановится стереотип регулярного питания.

Важно уметь предвосхищать специфические обстоятельства, которые могут актуализировать проблему и репетировать эффективные стратегии совладания с ситуацией. В качестве примеров могут быть взяты ситуации, когда пациентке предстоит, например, поехать во время отдыха на море, где ее тело в купальнике станет объектом внимания окружающих, либо поводом для обсуждения может быть увеличение массы тела после родов. Подобного рода обстоятельства могут быть пусковыми механизмами в возобновлении расстройства (диетические ограничения, переедание, очистительное поведение и пр.). Важно, чтобы пациентка знала, что она обладает навыками и умениями справиться с ситуацией, которые она получила за время лечения. Уместно вспомнить, например, что случалось в прошлом, когда она возвращалась к диетам, что способствовало прекращению диетических ограничений и последующих перееданий. Кроме того, пациент поощряется к исследованию своего чрезмерно самокритичного мышления в отношении своей внешности.

Пациентке необходимо напомнить, что практически все люди временно съедают больше, чем они, как полагают, должны. Если такое произойдет и с ней, то это не означает проявления расстройства и не является признаком

ухудшения контроля над едой, даже если за этим последует очистительный ритуал. Пациенты оказываются склонными к повышенной чувствительности по отношению к любым признакам, которые могут указывать на их переедание и склонны расценивать любой такой эпизод как эпизод обжорства, что не является таковым. В действительности, периодически они могут позволять себе переесть и не оценивать это негативно.

Каждой пациентке предлагается подготовить письменно «план поддерживающего этапа лечения», которому она должна следовать после окончания терапии. Терапевт рассматривает этот план совместно с пациентом на предмет реальности его исполнения. Он должен включать следующие пункты.

- Если проблема пищевого поведения вернется, то первым шагом для пациентки является осознание того, что произошло.

- Пациентка возобновляет самонаблюдение как над целостным процессом питания, так и над обстоятельствами, при которых он происходит. Это должно позволить пациентке обнаруживать жизненные события, связанные с возобновлением проблем пищевого поведения.

- Пациентка предпринимает планомерные усилия для того, чтобы следовать прежним наработкам, как, например, есть трижды в день, а также иметь запланированные «перекусы».

- Пациентка использует стратегию решения проблем для совладания с трудными жизненными обстоятельствами.

- Пациентка возобновляет использование технологии когнитивного реструктурирования, нацеленной на снижение беспокойства о весе и фигуре или на совладание с другими стрессорами.

- Пациентка ставит краткосрочные, реалистичные цели, планируя на один день вперед. Она должна помнить, что один или более эпизодов переедания или даже очистки не значит, что наступил рецидив и произошел крах всех достижений, полученных за время терапии. Возврат симптоматики ожидаем и ему можно противостоять, используя стратегии, освоенные за время терапии.

Опыт применения процедуры КБТ нервной булимии позволил выделить некоторые нюансы использования метода, которые были своеобразным «узким местом». Некоторые замечания в отношении эффективного использования методики приводятся ниже.

Методика КБТ нервной булимии, изложенная выше, является высокоструктурированной терапией. Структура важна по ряду оснований: она гарантирует высокосконцентрированный и системный подход к нарушениям пищевого поведения, а также она объединяет много различных терапевтических элементов для достижения прогресса лечения.

Пациенты с нервной булимией имеют нарушенные и часто хаотичные паттерны питания. У многих из них также выявляется дезорганизованный жизненный стиль, что, в свою очередь, усугубляет чувство утраты контроля.

Сфокусированный и структурированный подход, который несет в себе КБТ, может оказать существенное содействие в структурировании жизни пациента, а также будет содействовать приверженности специфическим терапевтическим вмешательствам в контексте КБТ.

Изложенная выше процедура КБТ нервной булимии координирует курс терапии. Важно, чтобы это понимал также и пациент. Терапия подразделяется на три стадии. В целом ранний акцент на поведенческих изменениях совмещается с более выраженным фокусом на когнитивных изменениях. Терапевт должен постоянно контролировать освоение пациентом задач ранних стадий терапии, прежде чем внедрять дополнительные техники по ходу процесса лечения.

Полезный способ иллюстрации интегративной сущности терапии — возвращение к схеме когнитивно-бихевиорального подхода в понимании НБ. Используя копию модели (см. схему), терапевт может показывать пациентам где у них сохраняются проблемы. Терапевт также может заострить внимание на том, как различные поведенческие и когнитивные вмешательства дополняют друг друга в различных частях этой модели.

Целесообразно следовать последовательности вмешательств, описанной выше, хотя скорость, с которой различные элементы внедряются, может варьировать в соответствии с нуждами пациента. Например, некоторые пациенты быстро отвечают на терапевтические вмешательства и прекращают переедание и очистку до окончания восьмой сессии первой стадии. В таких случаях имеет смысл ускорить введение когнитивного переструктурирования, адресованного нарушенным представлениям в отношении массы тела и фигуры, которые обычно занимают больше времени, чем изменение пищевого поведения. И наоборот, имеет смысл ускорить внедрение когнитивной реструктуризации, если пациент демонстрирует малые признаки изменений. Например, у пациентки эпизоды перееданий могут стать редкими, но сохраняться эпизоды очисток с помощью рвоты даже после нормальной еды или небольшого количества пищи. Пациентка может спорить и утверждать, что освобождается от «чрезмерного» количества съеденной ею пищи, когда фактически она ела только очень легкую еду. Она также может оправдывать рвоту как попытку уменьшить то, что она характеризует как «огромный живот». Эти проблемные мысли и отношения нуждаются в том, чтобы адресоваться к ним напрямую, используя как поведенческие, так и когнитивные техники.

Переход от преимущественно поведенческого к более когнитивному фокусу терапии, т. е. от стадии 1 к стадии 2, является плавным. Переход от стадии 2 к стадии 3 наоборот более заметен. На стадии 3 преимущественный акцент на предотвращении рецидивов означает направленность временного вектора вмешательства в большей степени на будущее, чем на настоящее.

Условно в структуре терапевтической сессии можно выделить четыре части: 1) рассмотрение и анализ формы самонаблюдения пациента; 2) регу-

лировка и внедрение программы сессии; 3) краткое сообщение о том, какие вопросы будут обсуждаться во время сессии; 4) предписание специфических домашних заданий.

После введения формы самонаблюдения в сессию 1 каждая последующая сессия начинается с рассмотрения записей пациента. Эти записи должны детально обсуждаться на протяжении первых пяти сессий. Систематическое самонаблюдение является ключевым в успехе КБТ, и кооперация пациента в этом отношении большей частью связана с вниманием, которое уделяет этому терапевт.

После нескольких первых сессий, когда пациент успешно согласился с этими инструкциями, рассмотрение записей мониторинга становится короче (от 5 до 15 минут, в зависимости от конкретного пациента и обстоятельств). Цели этого рассмотрения следующие: 1) контроль и усиление продолжительного взаимодействия при мониторинге и других домашних заданиях; 2) отслеживание процессов и проблем с определением вопросов, которые должны быть в центре внимания на конкретной сессии; 3) идентификация и акцентирование внимания на специфических улучшениях, достигнутых пациентом. Акцент на улучшении придает позитивный тон сессии и отражает общий акцент КБТ на силе пациента и его способностях, нежели на слабости и несостоятельности.

Среди проблем, касающихся руководства сессиями, следует отметить нежелательную чрезмерную торопливость терапевта и неумение анализировать проблему целиком. При этом может быть «выхвачена» для вмешательства проблема, стоящая первой в списке самонаблюдения. Также можно увязнуть в ненужных деталях, упорно изучая каждый прием пищи на протяжении последней недели. Такая тактика является непродуктивной, потому что удерживает терапевта от следования лечебному плану, сессия начинается на негативном базисе и, обычно, занимает слишком много времени. Практикуясь, терапевты могут научиться быстро анализировать записи мониторинга для идентификации основных тем, которые требуют внимания. Например, отчетливо видно, если пациентка ограничивает потребление пищи на протяжении большинства дней предыдущей недели. Это означает, что терапевт должен проработать на этой сессии (хотя бы частично) общие аспекты проблемы и результаты использования диет. Если адресоваться к проблеме диет позднее в сессии, то терапевту можно использовать один или два хороших примера того, как ограничение питания привело к проблемам на неделе, без рассмотрения каждого отдельно взятого приема пищи.

После анализа листка самонаблюдения, терапевт планирует программу сессии вплоть до ее окончания. Это планирование исходит из того, на какой стадии лечения находится пациент, и, с другой стороны, результатов анализа записи самонаблюдения. Терапевт определяет программу, объясняет выбор пациенту и приглашает его включиться в ее выполнение с помощью сле-

дующих вопросов «Имеет ли это смысл для Вас?» и «Есть что-нибудь еще, что бы Вы хотели добавить?». Здесь, так же как и везде, важно выработать активное сотрудничество между терапевтом и пациентом в понимании и модификации нарушения пищевого поведения.

После создания и обсуждения программы ее реализации уделяется оставшаяся большая часть сессии. Терапевт должен постоянно помнить о продолжительности сессии и планировать достаточное время (от 5 до 10 минут) для ее окончания и определения домашнего задания. Цель структурированного завершения сессии — это подведение итогов и подчеркивание информации и опыта сессии; что естественным образом приводит к проговариванию домашнего задания, необходимого для выполнения к следующей сессии.

Нецелесообразно начинать лечение, если пациент не имеет возможности регулярно посещать терапевтические сессии в последующие 4–6 месяцев. Участие в терапии является приоритетом. Значимые жизненные события, которые могут непосредственно мешать ей как приоритету, обуславливают необходимость отсрочки лечения (например, срочные дела или путешествие на длительный период времени).

Мотивация пациентов в отношении приверженности лечению различна. Некоторые начинают лечение в полной готовности противостоять нарушениям пищевого поведения. В контексте модели стадий психологических изменений Prochaska и DiClemente (1986) они находятся либо в стадии «детерминации» либо в стадии «действия». Они готовы к изменениям и охотно следуют работе в программе КБТ. Другие пациенты, которые менее склонны к изменениям, могут характеризоваться как находящиеся на стадии «размышления». Они амбивалентны. Часть из них хочет прекратить эпизоды переяданий и очистительного поведения, другая часть менее уверена. Эта амбивалентность происходит в основном из-за неизвестности последствий изменений и из-за страха, порожденного этой неизвестностью. Задача когнитивно-бихевиорального терапевта заключается в редукации этой амбивалентности и усилении мотивации пациента к изменениям. Развитие приверженности изменениям является постоянной задачей. Мотивация нарастает и убывает в процессе лечения и может требовать постоянного внимания.

Ожидаемые результаты. Важным элементом 1 сессии программы КБТ является ориентация пациента на лечение. Пациента надо заверить, что вероятный исход является позитивным, что лечение эффективно у большинства пациентов. Это сообщение может повторяться и на последующих сессиях. Некоторые пациенты могут быть удручены отсутствием явного прогресса. Некоторые могут читать популярные или профессиональные статьи, которые ошибочно описывают булимию как «труднокурабельную» или они могут читать о значительно менее благоприятных исходах лечения нервной анорексии и путать анорексию со своими собственными проблемами. Пациенты не должны ожидать сиюминутного успеха. Необходимо прояснить, что наруше-

ния пищевого поведения не исчезают за несколько недель. Аналогично, нереалистично ожидать гладкого и устойчивого прогресса; чаще бывает неравномерный прогресс с эпизодическими обострениями. Эти возвраты симптоматики должны служить основанием для обучения возможности выявлять и справляться с причинами обострений. Нередким является ощущение пессимизма по поводу изменений у пациентов, которые в терапии рано бросаются в борьбу. Бывает полезно в таких случаях обратить внимание на преждевременность заключения о неэффективности терапии до завершения полной программы. Терапевт также должен сделать акцент на том, что программа лечения включает много терапевтических стратегий, которые по-разному полезны разным пациентам.

Редко встречаются пациенты, которые не испытывают трудностей при проведении терапевтических стратегий. Пациентов необходимо постоянно поощрять к упорному продолжению, вопреки трудностям в следовании инструкциям терапевта и вопреки ограниченному или медленному улучшению. Некоторые пациенты, у которых остаются симптомы к концу КБТ, прекращают переизбыток и очистительное поведение в последующие годы [Agras et al., 1994; Fairburn et al., 1995].

Анализ преимуществ и недостатков перемен. Амбивалентность пациента может быть разрешена через обсуждение значимости для пациента сохранения болезненных проявлений пищевого поведения и прояснение кратко- и долгосрочной пользы от возможных изменений. Терапевт может помочь пациенту, разъяснив значимость строгих диет с их сопровождением переизбытком и очищением. Сюда включаются потенциальные медицинские осложнения; психологические последствия (например, вина, ненависть к себе и тирания постоянной озабоченностью едой и весом, фигурой); межличностные проблемы (например, скрытность); трудности в школе, на работе (например, нарушение концентрации). Необходимо объяснить, что эти проблемы самопроизвольно не исчезнут. Они склонны к хронизации, и, если ничего не предпринимать, то их выраженность усиливается. Цель здесь состоит в прояснении персональной значимости для пациента приостановления мыслей и действий, которые определяют нарушения пищевого поведения.

Для большинства пациентов страх потенциального набора веса компенсируется неудобствами их нарушенного пищевого поведения. Здесь терапевт может сделать акцент на существующих исследовательских данных, показывающих, что большинство пациентов, которые преодолевают булимию и возвращаются к нормальным паттернам пищевого поведения, не набирают вес, даже в долгосрочной перспективе [Fairburn et al., 1995]. Часто полезно показать пациентам, на основании их собственных записей самонаблюдения (или их весового анамнеза), что их вес скорее повышался, чем снижался в периоды переизбытков и очисток.

Терапевт в своих вмешательствах должен сохранять независимую позицию и не оказывать давления на пациента. Прямая конфронтация может ощущаться как персональное нападение и вызывает сопротивление. Терапевты должны противостоять желанию проговорить дезадаптивную сущность симптомов нарушений пищевого поведения в их собственном понимании. Наоборот, терапевты должны побуждать пациента выражать свои собственные мысли в отношении происходящих изменений.

Пациенты должны искренне верить в анализ индивидуальной значимости и успех изменений. Этому способствуют начальные сессии, на которых обсуждаются образовательные моменты в отношении нарушений пищевого поведения и рекомендации по питанию. Позднее, когнитивное реструктурирование оказывается особенно полезным в отношении пациентов, настороженных в отношении изменений и способствует их вовлеченности в терапию.

Сотрудничество по поводу домашних заданий. Для того чтобы КБТ была эффективной, пациенты должны выполнять терапевтические инструкции и домашние задания. Соответственно терапевт должен быть бдителен в отношении проблемы сотрудничества уже с самого начала. Главенствующий принцип КБТ состоит в том, что недостаток сотрудничества является поведенческой проблемой, которая должна быть решена. Это не рассматривается как характеристика черт личности, которые пациенты либо имеют, либо нет; как проявления «отрицания» либо как проявление некоторых бессознательных, интрапсихических сопротивлений. Отсюда и исходят различные когнитивные и поведенческие стратегии, которые могут использоваться для решения проблемы сотрудничества.

Для иллюстрации можно представить, что пациентка приходит на 11 сессию без выполненного домашнего задания за предыдущую неделю. Она это объясняет мыслями о прекращении терапии, потому что терапия усугубила ее проблему. Она особенно возражала против планирования ежедневной еды, перекусов и мониторинга потребления пищи, потому что это вызывало у нее тревогу и обеспокоенность проблемой питания. В КБТ терапевт предполагает, что проблемные мысли ответственны, хотя бы частично, за недостаток вовлеченности в терапию. Эти мысли должны идентифицироваться и прорабатываться посредством когнитивного реструктурирования, также как и негативные мысли о диетах и весе. Например, терапевт может работать с суждением «от терапии мне становится хуже». Какие у пациентки доказательства «за» и «против» этого заявления? Изменилась ли у нее частота переживания и очистительного поведения по сравнению с началом терапии? Изменился ли ее вес? Как эта объективная информация приводит к заключению о терапевтическом прогрессе или его недостатке?

В приведенном гипотетическом случае, частота пережиданий и очисток у пациентки несколько уменьшилась, а ее вес не изменился. Но она констатировала тревогу и дискомфорт при планировании еды три раза в день. Тера-

певт должен сделать акцент на этом и, проявляя эмпатию и понимание, должен побудить пациентку к настойчивому следованию процессу терапии. Необходимо объяснить, что тревога является временным состоянием и пройдет, когда установится новый стиль питания. Это может также служить хорошим поводом к рассмотрению неблагоприятных последствий возврата к диетам и дезорганизованному питанию в надежде, что проблема уйдет.

Описанная техника КБТ нервной булимии структурирована таким образом, что пациент продвигается в направлении «освоения» здорового поведения от простого к сложному — от относительно простых поведенческих вмешательств по структурированию процесса приема пищи до когнитивного переструктурирования. Закономерные успехи пациента на этом пути способствуют повышению уверенности его в собственных силах, укреплению его самооценки. Стиль лечения, который может быть охарактеризован как «совместный эмпирицизм», аналогично содействует комплаенсу. Пациенты поощряются к рассмотрению своих суждений как гипотезы, которая должна постоянно тестироваться и оцениваться по аналогии с тем как ученый проверяет вероятность своих исследований. Значимая цель терапии состоит в том, чтобы пациент принял новую концепцию своей проблемы и в конечном итоге мог быть открытым для «аномальных данных» и переосмыслению ключевых суждений, которые могут быть ответственны за имеющиеся проблемы. Когнитивно-бихевиоральный терапевт ищет развития открытых, доверительных отношений с пациентами, когда происходит кооперация для идентификации и решения проблем. Каждый пациент активный участник своей терапии. Обратная связь терапевтического подхода и поведения поощряется; традиционная роль пациента как относительно пассивного реципиента авторитарных назначений врача намеренно избегается. Делается акцент не на «контроле», а на выборе пациента.

Терапевтические отношения являются ключевыми в достижении сотрудничества. Пока пациент не верит в своего терапевта, нет чувства понимания его и компетентности, того, что терапевт заслуживает доверия, качество взаимодействия будет страдать. Успешное применение КБТ требует благоразумного сочетания эмпатии и непоколебимости. Эмпатия важна, потому что пациенты с нарушениями пищевого поведения чрезвычайно чувствительны к неодобрению, как мы уже отмечали ранее в этой главе. Некоторые могут только начинать впервые раскрывать детали своих проблем питания в процессе терапии. Они также чрезвычайно чувствительны к отказу от экстремальных (хотя и дезадаптивных) методов контроля веса из-за страха его набора. Непоколебимость диктуется последовательностью вмешательств. Так, пациенты должны хранить записи о питании. Некоторые пациенты первоначально испытывают дискомфорт в связи с самоисследованием, заявляя, что это просто повышает их беспокойство по поводу пищи. (Однако это является более частым и более проблематичным для пациентов с анорексией,

чем с булимией). Терапевт занимает сочувственную, но стойкую позицию, подчеркивая необходимость самонаблюдения. Пациенту можно предложить подумать о своем недавнем прошлом и понять, что его беспокойство о еде, массе тела и фигуре являлись чрезмерными накануне терапии. Их необходимо заверить, что это временная реакция, которая пройдет, когда они начнут продвигаться в терапевтической программе.

Наибольшие затруднения в терапии обычно вызывает когнитивное реструктурирование. Среди всех техник КБТ, когнитивное реструктурирование является наиболее сложной для исполнения и в большей степени требует технического мастерства. Оно (в отличие от вербального убеждения) требует от терапевта навыков обращения к сократовскому диалогу. Пациента нужно побудить к его собственной переоценке проблемных мыслей и предпочтений, что и будет примером совместного эмпирицизма, описанного выше.

Например, одна пациентка, которая испытывала значительные трудности в том, чтобы уйти от чрезвычайно жестких диет, сообщила, что сразу после еды она может ощущать как «распухают ее жировые клетки». В этот момент было бы легко (и с большой вероятностью бесполезно) авторитетно сообщить, что это невозможно по биологическим законам — еда не может так быстро перерабатываться, что у человека нет возможности непосредственно ощущать жировые клетки и т. д. Но, в соответствии с положениями КБТ, как только проблемная мысль идентифицирована, пациент должен приступить к взвешиванию всех «за» и «против» нее. В поддержку своей мысли пациентка сообщила, что она чувствует покалывание, особенно в ее бедрах, где «обычно набирает вес». Вначале она не могла привести противоположных утверждений. С подавленностью и категоричностью она утверждала, что это истинная правда. В этот момент прямая переоценка логики пациентки была бы непродуктивной. Напротив, терапевт, заботливо подтвердив состояние дистресса пациентки, корректно, но настойчиво показывает ей, что ее ощущения, реальные и значимые настолько, насколько только могут быть, в то же время не являются обоснованными. Терапевт помогает пациентке просмотреть листы мониторинга, из чего следует, что только после еды определенных домашних печений (запрещенная еда) на протяжении последующего дня (нарушение одного из ригидно поддерживаемых пациентом диетических правил) она чувствовала «распирание» жировых клеток. В то же время в другие дни, когда она ела намного больше еды, чем в обсуждаемый проблемный день, она не испытывала этих ощущений. Терапевт предлагает пациенту осмыслить эти разные точки зрения, а также предлагает подумать над тем, чем еще можно было бы объяснить ощущение покалывания в бедрах. Интересуется, например, чувствительностью пациентки и ее сфокусированностью на бедрах. Здесь терапевт предлагает возможную альтернативную интерпретацию ощущений (хотя всегда предпочтительнее, чтобы клиент пытался сам прийти к альтернативным точкам зрения). В результате этих корректных

прямых вопросов пациентка огорченно согласилась, что это есть проявление ее чувствительности к поглощению сладкой домашней выпечки, которая запускает процесс самотирании по поводу набора веса и соответствующие ощущения. Обоснованное заключение, которое пациентка смогла вынести из анализа, состояло в том, что она может есть пищу, не набирая веса, и что она нуждается в работе со своим страхом по поводу еды запрещенной пищи. Терапевт ее поддержал в том, что она самостоятельно сделала предположение, которое можно проверить поведенческим экспериментом, в отношении того, что можно есть более нормально, нежели соблюдать жесткую ограничительную диету и это необязательно приведет к набору веса.

Необходимо отметить, что необязательно следует ожидать от пациента полной веры в альтернативную точку зрения в отношении проблемных мыслей или предпочтений. Когнитивная работа, особенно достигнутые обоснованные заключения, приводят к действиям. Результирующие поведенческие изменения усиливают изменения в мыслях и предпочтениях.

Следует учитывать, что обычно нервной булимией сопутствует широкий спектр сопряженной психопатологии. Пациентам целесообразно рекомендовать завершить лечение нервной булимией, прежде чем обращаться за поиском сочетанного или дополнительного лечения. Исключением из этого правила является тяжелая депрессия, высокий суицидальный риск и серьезные состояния, связанные с использованием ПАВ. Пациентам следует объяснить, что успешный исход нарушений пищевого поведения будет способствовать улучшению при других психологических проблемах. Вслед за успешным курсом КБТ отмечено улучшение показателей тревоги, депрессии, межличностного функционирования, самооценки и выраженности личностных расстройств.

В целом при подборе терапии целесообразно ориентироваться на симптоматику наиболее актуального расстройства. Например, пациенты с сопутствующей тяжелой депрессией могут получать сопутствующую антидепрессивную терапию, которую стоит назначать с учетом способности пациента участвовать в КБТ нервной булимией.

Несмотря на эффективность КБТ, не более 50 % пациентов с нервной булимией прекращают эпизоды перееданий и очисток. Из остальных большая часть имеет частичный ответ и небольшая группа не получает вообще никакого результата. Встает вопрос о том, какой наиболее практичный подход к этой когорте пациентов. Возможно ли расширение возможностей КБТ? Углубленный анализ проблем пациента и возможность использования терапевтом большого набора поведенческих и когнитивных стратегий предполагает, что терапевт должен быть способен приспособить терапию к специфическим нуждам конкретного пациента.

Применение техник КБТ при нервной булимией может иметь несколько форм. Одним из вариантов является акцент на экспозиционном компоненте

лечения [Carter & Bulik, 1993; Wilson, 1988]. Наиболее используемый способ представляет собой *сочетание экспозиции с предупреждением ответной реакции*, применяемый для предупреждения самовызывания рвоты [Rosen & Leitenberg, 1985]. Использование этой техники уместно в тех случаях, когда пациент не следует инструкции употреблять запрещенную пищу или при употреблении небольших количеств пищи у него возникает рвота. Пациенту дается инструкция употреблять пищу, типичную для эпизода переедания, до того момента, когда пациент обычно вызывает у себя рвоту. Под руководством терапевта пациенту помогают противостоять рвоте и справиться с сопутствующей тревогой. Техника рассматривается как способ разрыва стереотипа связи между индуцированной едой, тревогой и рвотой, а также как способ повышения ощущения самоэффективности в связи со способностью противостоять побуждению к рвоте.

Иным вариантом метода экспозиции является *акцент на триггерных сигналах, запускающих эпизод переедания*, а не рвоту. При этом пациент употребляет небольшое количество запрещенной пищи, которая обычно приводила к запуску неконтролируемого переедания. Далее он сопровождается терапевтом на пути по предотвращению последующего переедания [Jansen, Broekmate & Neumans, 1992].

Еще один метод экспозиционного лечения нервной булимии известен как *«экспозиция беспокойства»* [Craske, Barlow & O'Leary, 1992]. При его выполнении пациента просят сконцентрироваться на провоцирующих тревогу мыслях о весе или фигуре (например, «я ем слишком много, и сейчас мой живот чрезвычайно велик»). Необходимо в воображении отчетливо в деталях представить пугающие мысли и образ, а затем оставаться в нем как минимум 25–30 минут, несмотря на вызываемый дискомфорт. Важно, чтобы пациент прочувствовал эмоциональный дискомфорт в ответ на экспозицию и не прибегал к попыткам ослабить экспозицию за счет разного рода когнитивного избегания. По окончании периода экспозиции используется когнитивное переструктурирование при обращении к проблемным мыслям и предпочтениям, вызванным экспозицией. Как и при иных формах экспозиционного лечения, такое вмешательство целесообразно повторять регулярно и целенаправленно. Целью экспозиции беспокойства является привитие навыков оценки нереалистичных мыслей и ощущений, провоцирующих тревогу. Рациональным обоснованием этого метода является принцип теории обучения о затухании реакции.

Интенсивная краткосрочная терапия нервной булимии проводится в стационарных условиях [Tuschen & Bent, 1995]. Продолжительность вмешательства составляет 10–14 дней с прямым терапевтическим контактом с терапевтом по 10–12 часов в день. С самого начала суточная калорийность при регулярных приемах пищи устанавливается 2000 кКал. В соответствии с планом еды производится систематическая экспозиция пациенту необходимости

употребления прежде запрещенной пищи и пищи, которая ранее «запускала» эпизоды переедания. Например, в процессе еды запрещенной пищи пациента просят вербализовать ее вкус, запах, внешний вид, консистенцию. Избегающее поведение не допускается. Основная цель такого рода экспозиционных сессий состоит в снижении тревоги и повышении способности самоконтроля при регулярном питании и употреблении умеренных порций высококалорийной пищи. Экспозиция форм тела обеспечивается с помощью зеркала, при помощи которого удается наблюдать все тело целиком, а также использование видеозаписи.

Важным моментом этого подхода является то, что терапевт включает в работу реальные жизненные стрессоры (например, плохое настроение) при стационарном лечении с целью проработать реальные триггерные механизмы эпизодов переедания в естественных условиях. Это позволяет интегрировать аффективный, межличностный контексты со специфическими, связанными с едой. При этом повышается уровень физиологической реактивности и побуждений у больных с нервной булимией, что подчеркивает важность ассимиляции в процессе лечения соответствующих аффективных реакций.

6.4.3. Когнитивно-бихевиоральный подход в лечении нервной анорексии

КБТ при нервной анорексии имеет общие черты с идентичным подходом при нервной булимии. Среди причин этого следует указать на определенную общность психопатологической симптоматики этих расстройств. Уместным следует признать использование когнитивного переструктурирования при работе с характерными для этих расстройств искаженными представлениями о форме и массе тела. Стратегический характер в отношении обоих расстройств имеют психообразовательные вмешательства, ориентированные на восстановление регулярности пищевого поведения, массы тела, понимание симптомов, обусловленных истощением, рвотой, злоупотреблением слабительными средствами. Сходные стратегии воздействия могут использоваться в терапии НА с эпизодами переедания и/или компенсаторного поведения и нервной булимией. Несмотря на сближение терапевтических подходов в лечении НА и НБ за последние 15 лет, следует отметить значимые различия между ними. Эти различия хотя бы частично обусловлены различиями в личностной структуре пациентов, их мотивацией в отношении лечения и набора веса как целевого симптома, что предопределяет различия в структуре и содержании подходов.

Так, при нервной анорексии начало КБТ ориентировано на формирование устойчивой мотивации к изменениям и, прежде всего, на увеличение массы тела. Уже этот момент разделяет терапевтические стратегии для НА и нервной булимией, при которой в начале лечения акцент делается на устране-

нии эпизодов переедания. Для этого пациентам позволяется даже употреблять «незапрещенную» пищу в процессе приемов пищи, но контролируется их кратность. Пациенты с НБ получают заверение о том, что набор веса, как правило, не наблюдается как в процессе терапии, так и по ее окончании, а пациенты расширяют свой рацион обычно вслед за тем, как убеждаются, что они могут позволить себе есть больше, чем они полагают, и это не приводит к увеличению веса. Несмотря на то, что и для НА, и для НБ свойственен болезненный страх ожирения, в случае нервной анорексии он становится в фокусе внимания лишь тогда, когда масса тела пациентки начинает действительно увеличиваться. Если при НБ еженедельную оценку массы тела можно поручить самому пациенту и не тратить на это время на протяжении сессии, то при нервной анорексии проблема массы тела занимает центральное место в сессии и ее оценка должна производиться непосредственно врачом или надежным информантом.

При нервной анорексии внедрение самомониторинга должно происходить более поступательно, поскольку крайне мало пациенток (за исключением, возможно, тех, кто страдает НА с эпизодами переедания и/или компенсаторного поведения) изначально мотивированы на изменения, т. к. это связано с набором веса. Многие пациенты НА нуждаются в планировании приемов пищи.

Когнитивная схема понимания НБ в случае работы с пациенткой, страдающей НА без эпизодов переедания, должна быть скорректирована, поскольку пациенты с НА зачастую сообщают, что их самооценка (кардинальный пункт схемы для НБ) повышается соразмерно с успешностью их действий по снижению веса.

В терапии пациентов, страдающих нервной анорексией, чрезвычайно важным следует признать привлечение контекста межличностных отношений в фокус терапии. Это определяется, в частности, выраженной социальной отгороженностью таких пациентов, необходимостью вовлечения членов семьи в процесс лечения, большей продолжительностью лечения (в сравнении с нервной булимией). Следует помнить о необходимости более директивного подхода к пациентам с НА (по сравнению с больными НБ), т. к. первые склонны к дифлексии (уклонению от обсуждения) своих эго-синтонных переживаний.

Продолжительность и структура терапии. Средняя продолжительность лечения НА значительно больше, чем при нервной булимии, поскольку необходимо существенно больше времени, чтобы преодолеть мотивационные затруднения, достигнуть адекватного увеличения веса. Сам процесс лечения зачастую сопряжен с периодом стационарирования. Процесс лечения условно может быть подразделен на три части: 1) формирование доверительных отношений и установки на лечение; 2) изменение установок в отношении еды и массы тела с расширением фокуса терапии; 3) профилактика обострений и

подготовка к окончанию терапии. Частота сессий обычно составляет 2 раза в неделю на первом этапе лечения (первый месяц терапии), еженедельно на второй фазе (первый год терапии) и вплоть до 1 раза в месяц на третьей фазе (6 месяцев). Целесообразно планировать первичное интервью продолжительностью от 2 до 3 часов для того, чтобы иметь возможность охватить все необходимые моменты и провести работу по мотивации к изменениям.

Сессии по своей структуре должны учитывать индивидуальные особенности больных нервной анорексией. Так, например, возраст пациенток, клинические особенности симптоматики определяют формат сессии как индивидуальной, семейной или смешанной. Структура сессии может быть условно представлена следующим образом:

- 1) взвешивание пациентки и обсуждение массы тела в контексте целей лечения;
- 2) оценка и обсуждение соматических осложнений, наблюдаемых у пациентки;
- 3) план сессии определяется исходя из актуальной массы тела и потенциальных осложнений;
- 4) анализ и/или коррекция плана потребления пищи и процедуры самонаблюдения;
- 5) выявление и коррекция дисфункциональных систем поведения и установок;
- 6) подведение итогов сессии;
- 7) предписание домашних заданий.

В том случае, если удалось достигнуть целевого порога массы тела, то, отдавая приоритет пациенту, целесообразно провести работу с внутри и межличностными проблемами. В случае, если масса тела не достигнута, то необходимо сделать практические выводы, вновь провести работу по усилению мотивации и сделать акцент на стратегиях решения проблем, ориентируясь вновь на нормализацию массы тела и паттерна питания. Выявление и изменение поведенческих стереотипов и когнитивных установок определяет основную часть сессий. В соответствии с предложенной выше структурой сессии очередные взвешивания и оценка осложнений со временем перестают иметь свою новизну по мере улучшения состояния пациентов.

Основные цели терапии в соответствии с фазами лечения пациенток, страдающих нервной анорексией, следующие:

Стадия I:

- построение позитивных терапевтических отношений;
- определение основных ключевых признаков нарушений пищевого поведения;
- информирование пациента в отношении симптомов, опосредованных голоданием и иных аспектов НПП;

- объяснение многофункциональности симптоматики нервной анорексии;
- определение направлений лечения (разрешение биологических, поведенческих или психологических проблем);
- предъявление когнитивной базы для процесса лечения;
- прояснение смысла и ожиданий в отношении нормализации массы тела и процессов питания;
- включение в процесс лечения самонаблюдения и планирования еды;
- предписание стереотипа питания;
- прекращение переяданий и очистительного поведения;
- осуществление предварительных когнитивных вмешательств;
- повышение мотивации к изменениям;
- определение оптимального уровня вовлечения семьи в процесс терапии.

Стадия 2:

- сохранение акцента на нормализации массы тела и паттерна питания;
- пересмотр отношения к обострениям;
- определение дисфункциональных мыслей, установок, паттернов мышления;
- выработка навыков когнитивного реструктурирования;
- модификация «Я-концепции»;
- увеличение межличностного контекста в терапии;
- вовлечение семьи в терапию.

Стадия 3:

- обобщение достигнутого в терапии прогресса;
- обсуждение основы для дальнейшего улучшения;
- оценка факторов, которые могут способствовать обострениям расстройства;
- оценка признаков, свидетельствующих об обострении;
- определение критериев своевременности обращения за терапией.

Стадия 1. Диспропорционально большая доля задач, свойственных первой стадии КБТ нервной анорексии, определяется необходимостью создания массивной информационной базы для последующих этапов, а также тем, что обозначенные в качестве целей вопросы не являются «жестко привязанными» лишь ко второй стадии. Многократный возврат к ним на протяжении следующих этапов лечения является закономерным, в то же время первая фаза лечения должна создать устойчивый фундамент для изменений в дальнейшем.

Построение позитивных терапевтических отношений. Установление надежного терапевтического альянса в начале терапии больных НА является залогом эффективности психотерапевтического вмешательства. В то же время необходимо подчеркнуть ряд обстоятельств, связанных с особенностями установления терапевтических отношений. И прежде всего стоит помнить,

что, как правило, пациенты вначале не готовы смириться с психологическим дискомфортом, сопряженным с лечением. Их обращение за помощью зачастую опосредовано месяцами борьбы со своим ближайшим окружением (родители, партнеры, друзья и пр.) и часто является прежде всего желанием последних. Пациентка, как правило, при первом визите, ожидает такого же давления в отношении изменений со стороны терапевта, какое имело место со стороны ее ближайшего окружения. В этом случае очень важно занять независимую от родственников позицию и определить цели терапии с позиции решения непосредственных проблем пациентки. Терапия обречена на провал, если будет восприниматься пациенткой как способ достижения ожиданий других в отношении набора веса или прекращения поведения по контролю массы тела. Поскольку аффективные, когнитивные и поведенческие характеристики во многом определяются информацией, предоставленной самой пациенткой, надежный терапевтический альянс абсолютно необходим для сбора требуемой для лечения информации. Качество терапевтических отношений (с пациентом, амбивалентным в отношении целей терапии) является надежным предиктором эффективности лечения. При этом в терапии больных НА важно, чтобы терапевт осознавал, что на протяжении терапии сам пациент постоянно оценивает качество этих отношений. Терапевт должен стараться быть чувствительным, душевным, сопереживающим, искренним, честным, гибким, принимающим и позитивным; он должен быть чувствительным к тому, что испытывает пациент в отношении самого прогресса терапии, роли терапевта. Уверенность пациента в эмоциональной стойкости самого терапевта, его профессионализме является ключевым моментом в установлении терапевтических взаимоотношений.

В начале лечения, несмотря на важность реалистичного информирования пациентки в отношении долгосрочных прогнозов для НА, крайне значимо искреннее содействие для вселения надежды на выздоровление. Многие пациенты, которые достигают выздоровления, делают это не с первого «захода на лечение». Заверение в отношении возможного позитивного прогноза терапии необходимо осуществить на протяжении первого контакта с пациенткой и постоянно поддерживать в процессе терапии. Необходимо поддерживать надежду на выздоровление и у тех пациентов, кто не получил целостного объема помощи. Предоставив им симптоматическое лечение, целесообразно помочь сохранить надежду на возможность позитивных изменений в будущем.

В процессе структурирования терапевтических отношений в диаде терапевт–клиент, стиль, которым пользуется клиент, формируя взаимоотношения с терапевтом, во многом может пролить свет на проблемы (прошлые или настоящие) межличностных отношений самого клиента. Учет этих закономерностей пересечения контекста [О. А. Скугаревский, 2005] в последние десятилетия достаточно конструктивно принимается специалистами когнитивного направления, что и интегрируется непосредственно в сам процесс терапии.

Среди всех пациентов, страдающих НПП, именно пациенты с НА слышат как сопротивляющиеся лечению. Их зачастую называют упрямыми, непокорными, дерзкими, неисправимыми. Взаимодействие с ними может вызывать у терапевта чрезвычайно интенсивные эмоциональные переживания, чувство агрессии (что, в свою очередь, требует необходимости организации мероприятий по супервизии терапевта) и, по-видимому, может обуславливать стремление терапевта избирать более директивные методы лечения. Нежелание участвовать в психотерапевтическом лечении может быть также отражением неудовлетворенности пациентки в ее отношениях с окружающими в целом. Нередко наблюдается пассивная позиция пациентки, даже если она формально сотрудничает, что связано с переживанием ею ощущения униженности, некомпетентности, подверженности влиянию.

Достаточно частым, но ошибочным мнением является представление о том, что все больные нервной анорексией недоверчивы в терапевтических отношениях и немотивированны на лечение. На протяжении первичной консультации большинство пациенток начинает осознавать хрупкость своего физического и эмоционального состояния, а также то, что их расстройство мешает их нормальному существованию. За исключением меньшинства, которое серьезно парализовано выраженным истощением, пациентки осознают, что нуждаются в помощи, но опасаются, что дистанцирование их от эгосинтонных симптомов приведет к еще большей глубине переживаний и дискомфорту. Решение пациентки следовать плану лечения зачастую основывается на представлениях о том, что терапевт способен, выявив причину ее несчастий, связанных с расстройством, и, актуализировав ресурс, обозначить направление ее дальнейших действий.

Определение основных ключевых признаков нарушений пищевого поведения. Оценка специфических характеристик нарушенного пищевого поведения удобно производить, ориентируясь на следующую схему.

Оценочный перечень симптомов в процессе клинического интервью

1. Анамнестические сведения: демографические характеристики, применявшееся лечение, обстоятельства, способствующие началу лечения и вовлечению семьи в терапию.

2. Актуальная масса тела и ее динамика в анамнезе:

А. масса тела и рост на момент обследования;

Б. диапазон колебаний массы тела при данном росте (максимальная и минимальная масса тела; максимальная величина массы тела, стабильно наблюдаемая до начала расстройства; хронология динамики массы тела по годам).

3. Поведение по контролю внешности (частота, интенсивность, продолжительность):

А. диеты, полное воздержание от пищи;

Б. рвоты;

- В. сплевывание пищи;
- Г. физические нагрузки;

Д. злоупотребление веществами с целью контроля массы тела (слабительные, мочегонные, рвотные средства, гормональные препараты, амфетамины, кокаин, алкоголь)

4. Переедание и пищевое поведение:

А. частота перееданий за последние 3 месяца (с указанием колебаний по частоте и длительности наибольшего периода воздержания);

Б. продукты, обычно используемые для переедания и те, которые провоцируют эпизод;

В. типичное время и обстановка для переедания;

Г. настроение до, в течение и после эпизода переедания;

Д. ощущение утраты контроля над едой;

Е. описание процесса питания (продукты, употребляемые за время ограничений в еде; продукты, которые употребляются при нарушении ограничений, т. е. «срыве»; калорийность пищевого рациона на протяжении следования пищевым ограничениям; определение диетических «правил», которым следует пациентка)

5. Предпочтения в отношении веса и формы тела, которым следует пациентка:

А. степень недовольства (телом в целом и отдельными его частями);

Б. нарушение восприятия форм тела;

В. гипотетический вопрос: «Если бы набор 2–3 кг массы тела нивелировал бы все симптомы, смогли ли бы Вы перенести это?» Каково влияние увеличения массы тела на настроение и самооценку?

Г. частота взвешиваний, характер озабоченности по поводу массы тела, навязчивые переживания по поводу массы тела, реакция на взвешивание;

Д. реакция окружающих в отношении массы тела пациента

6. Соматические симптомы.

7. Информация о психологических особенностях, межличностных отношениях и семье (с акцентом на наличие депрессии, злоупотреблении психоактивными веществами, нарушениях контроля импульсивности, сексуальном насилии, профессиональном статусе, характеристиках межличностных и внутрисемейных отношений).

Сбор анамнестических сведений о динамике массы тела может обеспечить терапевта важной информацией о последовательности событий, приведших к формированию НА. Обсуждение вопросов, связанных с массой тела, является обычно достаточно спокойной темой для разговора и способствует установлению терапевтического контакта. Обычно сбор данных о динамике массы тела уместно проводить в индивидуальной беседе, поскольку разговор может содержать лично значимые аспекты проблемы пациента. В иных случаях, особенно с молодыми пациентами получение этой инфор-

мации целесообразно организовать с привлечением родственников (родителей) и, непосредственно, самого пациента. В последнем случае уместно помнить, что зачастую вопросы веса пациентки уже стали серьезной внутрисемейной проблемой, сопровождающейся выраженным эмоциональным напряжением.

Оценка в процессе интервью методов контроля массы тела, наряду с самовызыванием рвоты и приемом слабительных средств, должна включать и более «изошренные» способы, такие как использование лекарственных средств или алкоголя для контроля аппетита, жевание и сплевывание пищи, не допуская ее проглатывания, чрезмерные физические нагрузки, продолжительные периоды голодания. Пациенты, одновременно страдающие сахарным диабетом и нервной анорексией, могут манипулировать уровнем инсулина для того, чтобы контролировать массу собственного тела. Иные пациенты могут принимать значительные дозы гормонов щитовидной железы, стимулируя катаболические процессы.

Так, одна из наших пациенток, после установления доверительных терапевтических отношений поделилась сокровенной для нее информацией о том, что нашла «выгодный» способ поддерживать массу своего тела на низком уровне и добиваться прогрессирующего ее снижения. На фоне имеющегося у нее инсулинзависимого сахарного диабета она «...поняла что намного проще и менее обременительно... игнорировать своевременность введения инсулина... Таким образом, на фоне высоких сахаров, тело интенсивно теряет в весе... это намного удобнее, чем изнурять себя диетами или вызывать у себя рвоту...».

Следует быть весьма осторожным с формализованной интерпретацией результатов психологических и личностных тестов у больных с нарушениями пищевого поведения и НА, в частности. Продолжительное недоедание может имитировать наличие у пациенток первичных расстройств личности и поведения. Таким образом, при оценке необходимо учитывать особенности личностной организации до начала расстройства. Так, пациенты зачастую оказываются весьма контактными и уверенными в себе до начала НПП, а в последствии — одинокими и нелюдимыми. Другим пациенткам оказывается свойственна пассивность, уступчивость и сдержанность.

В то же время часто у больных нервной анорексией выявляются преморбидные расстройства личности (избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное и пассивно-агрессивное расстройство по DSM-III-R) и расстройства настроения. Примечательно, что определенные личностные черты сохраняются на протяжении длительного времени после выздоровления от нарушений пищевого поведения. Было показано, что даже через 8–10 лет после выздоровления сохраняются такие черты, как склонность к избеганию риска, сдержанность в эмоциональной выразительности и проявлениях инициативы, соглашательская позиция в отношении авторитетов, перфекционизм, потреб-

ность в соблюдении симметрии и склонность к навязчивостям [R. C. Casper, 1990; N. M. Srinivasagam et al., 1995].

Информирование пациента в отношении симптомов, опосредованных голоданием и иных аспектов НПП. Пациенты, страдающие НПП, зачастую не связывают имеющиеся у них озабоченность по поводу еды, побуждения к перееданию, проявления эмоционального дистресса, когнитивные нарушения, социальную отгороженность с предпринимаемыми ими интенсивными попытками снизить или контролировать вес. Эти симптомы считаются патогномичными нарушениям пищевого поведения и должны быть обсуждены с пациентками с позиции того, что они являются следствием диет и голодания (см. раздел по психообразовательным вмешательствам при НПП). Описание состояния истощения как закономерного физиологического следствия снижения массы тела, будет способствовать облегчению чувства вины у пациенток и уменьшению степени их сопротивления по сравнению с тем, если считать эти проявления первично психопатологическими. В то же время нужно быть достаточно осторожным, чтобы не обесценить интенсивность собственных переживаний пациенток и предположений о том, что нарушения, обусловленные голоданием, являются единственной целью терапии.

Последствия голодания

Пищевые предпочтения и поведение, связанное с едой:

- озабоченность по поводу еды;
- коллекционирование рецептов, поваренных книг и меню;
- необычные пищевые привычки;
- избыточное потребление кофе, чая, специй;
- жевание жевательной резинки;
- переедание.

Эмоциональные и социальные изменения:

- депрессия;
- тревога;
- раздражительность, злобность;
- лабильность;
- «психотические» эпизоды;
- личностные изменения при психологическом тестировании (должны быть четко отграничены первичные расстройства личности и вторичные изменения вследствие голодания);
- понижение самооценки;
- социальная изоляция.

Когнитивные изменения:

- снижение способности к концентрации;
- бедность суждений;
- апатия.

Соматические изменения

- нарушения сна;
- слабость;
- желудочно-кишечные расстройства;
- повышенная чувствительность к свету и звукам;
- отечность (задержка воды, в особенности на голених);
- гипотермия и чувство холода;
- парестезии;
- уменьшение скорости обменных процессов;
- снижение сексуального влечения;
- сухость кожи;
- выпадение волос;
- лануго (тонкие, мягкие волосы на лице или иных частях тела).

Пациентки также должны получить полную информацию о влиянии ограничений пищевого поведения на переживание, биологической основе неэффективности следования диетам в долгосрочной перспективе, механизме существования самоподдерживающегося цикла переживания и очистительного поведения, последствиях злоупотребления препаратами с целью контроля массы тела.

Объяснение многофункциональности симптоматики нервной анорексии. После тщательного сбора информации о проблеме целесообразно обсудить с пациенткой адаптивность, которую несет с собой нервная анорексия. Начать можно с функционального анализа специфических позитивных и негативных подкреплений, которые играют, по-видимому, роль сохранения нарушения пищевого поведения.

Негативное подкрепление. Принцип негативного подкрепления является одним из главных среди влиятельных этиологических теорий нервной анорексии. Эти теории склонны рассматривать анорексию как «фобию веса» или «фобию ожирения», т. к. ее развитие и поддержание симптоматики согласуется с парадигмой избегающего поведения. Диеты и потеря в весе поддерживаются за счет негативного подкрепления (т. е. получение вознаграждения авersiveвыми стимулами), обеспечивая избегание (или обратное развитие) препубертатной формы тела — предвестника драматических психосексуальных изменений и конфликтов. Иные теории привлекают парадигму избегания как способа удаления от страхов, связанных с сексуальностью, высокими ожиданиями, отделением от семьи и семейных конфликтов.

Поскольку выученное избегание является феноменом приобретенным, его продолжительность определяется степенью автоматизированности поведенческих паттернов. Как только поведенческие паттерны закрепились, человек становится нечувствительным к прекращению влияния авersiveвых стимулов. Когнитивные процессы могут этому сопутствовать. Beck (1976) показал, что избегающее поведение может закрепляться с помощью «гипер-

активных» когнитивных установок, которые, в конечном счете, начинают работать в автономном режиме. Вырабатывается система идиосинкратических верований на основании избегаемых внутренних посылов. Эти верования затем способствуют тому, чтобы преобразовывать всю входящую информацию в такую форму, чтобы соответствовать собственным верованиям. Со временем превосхищающее воздействие угрожающих стимулов (таких как определенные виды пищи, либо увеличение массы тела по стрелке весов) вызывает такую тревогу, что вырабатываются ригидные правила, чтобы противостоять пугающим последствиям. Эти правила и определяют постепенное исключение из рациона пугающей пищи, а также установление более низких границ для допустимого веса.

Своеобразной чертой избегающего поведения больных нервной анорексией является тот факт, что они нечетко разграничивают себя и «пугающий объект». При этом угрожающим стимулом становится сама пациентка с большим весом. Поскольку в этой ситуации полное освобождение от угрожающего стимула невозможно, его можно контролировать лишь, будучи постоянно начеку. Особенностью больных НА (в отличие от других расстройств, где избегание также имеет весомую роль) является то, что они могут не желать облегчения тревоги по поводу еды и набора массы тела.

О *позитивном подкреплении* в отношении больных НА можно говорить, когда они подпитываются в своем поведении ощущением триумфа, мастерства, превосходства, самоконтроля при успешных попытках снижения веса. Тот факт, что большинство пациентов восхваляют преимущество своего болезненного состояния и активно лелеют эго-синтонные проявления, отличает нервную анорексию от простой фобии. На ранних стадиях расстройства значимыми также могут быть социальные влияния, подкрепляющие начальные попытки снижения веса и активизацию самоконтроля при следовании диетам. В качестве позитивного подкрепления можно рассматривать также ситуации, когда первые «успехи» по снижению веса начинают привлекать к себе внимание родителей, а порой вызывать у них беспокойство. Но система социальных подкреплений перестает быть эффективной с того момента, когда истощение пациентки превзошло социальные стандарты привлекательности внешности. С момента начала расстройства когнитивное самоподкрепление занимает главенствующую роль.

С практической точки зрения полезным может быть обсуждение с пациенткой вопросов, касающихся *личностного смысла* нервной анорексии и ее симптомов. В процессе этой беседы становится понятным, что существует намного больше факторов, нежели только диетические ограничения, которые способствуют возникновению чувства утраты контроля. Если пациентка сообщает о своих преморбидных проблемах и опасениях, то они могут быть интегрированы в данное обсуждение. Если же специфические опасения и страхи она отрицает, то целесообразно построить беседу, основываясь на ги-

потетическом объяснении длинника болезни. При этом целесообразно сообщить, что сами внутренние механизмы расстройства обычно становятся понятными на протяжении процесса излечения. Такой подход, с одной стороны, позволяет избежать прямой конфронтации с глубинными проблемами пациента, с другой, проясняет намерение терапевта работать со вскрываемыми в процессе лечения опасениями пациентки.

Нормализация массы тела и пищевого поведения в процессе лечения рассматриваются в контексте достижения других индивидуальных целей, таких как удовлетворенность, счастье, компетентность, навыки межличностного общения. Уместно отметить, что на протяжении подросткового периода проблемы, которые возникают у подростка на фоне созревания, зачастую сопровождаются ощущением неуверенности и переживанием стресса. Поэтому в качестве их решения может быть выбрана попытка снижения веса. Снижение веса при анорексии приводит к таким изменениям во внешности, гормональном функционировании и эмоциональной реактивности, что осуществляется поворот в определенном роде часов развития вспять. Дискомфорт и конфликты, сопутствующие взрослению больше не беспокоят, а заменяются субъективными ощущениями контроля и уверенности. Появление аменореи обозначает биологический переход к более раннему периоду развития, которому соответствуют форма тела, гормональные уровни и даже особенности мышления пациентки. Таким образом, достижение препубертатной массы и формы тела создает впечатление о разрешении большого количества проблем, связанных с развитием. Дальнейшее снижение веса обеспечивает прогрессивное удаление от дискомфортных переживаний и, возможно, даже успокаивает некоторые непроговоренные родителями страхи. Начиная с этого момента, возможна различная динамика массы тела: состояние некоторых становится плачевным, кто-то пытается балансировать на грани биологического и психологического созревания, никогда реально его не достигнув, третьи выздоравливают. Целесообразно сделать акцент на том, что выздоровление не обозначает простого увеличения веса. Оно означает разрешение проблем взросления, которые опосредовали снижение веса наряду с биопсихосоциальной регрессией. Таким образом, в процессе выздоровления, на фоне набора абсолютно необходимого веса, терапевт заверяет в возможности оказать помощь при разрешении проблем, которые будут возникать на этом пути. На этом этапе терапии в целом обсуждается возможность поиска альтернативных путей решения проблем, приобретения личностной уверенности, но более здоровыми методами, нежели снижение массы тела. Терапевту важно без давления на клиента обозначить возможные иные фокусы терапии, которые не связаны с массой тела, но которым необходимо уделить внимание в работе.

Определение двух направлений лечения. Необходимо разделить два направления в терапии. Первое связано с разрешением, прежде всего, биологических и поведенческих проблем — нормализация веса, прекращение пере-

едания и рвот, усердных диетических ограничений, ориентированных на контроль массы тела. Второе направление ориентировано на разрешение психологических проблем, таких как самооценка, самопредставление, самоконтроль, перфекционизм, контроль импульсов, эмоциональная выразительность, внутрисемейные конфликты и проблемы межличностного взаимодействия. Оба направления лечения связаны с работой над искаженными представлениями, логическими ошибками, дисфункциональными мыслями. Между этими двумя направлениями терапии есть постоянное взаимовлияние. Вначале основное внимание уделяется первому (преимущественно биологическому и поведенческому) аспекту лечения. При этом важно подчеркивать взаимовлияние психического и физического функционирования. По мере достижения успехов в плане нормализации массы тела и паттернов питания лечение смещает постепенно свой акцент ко второму фокусу (преимущественно психологическому). В то же время пациенты в начале лечения обычно в большей мере мотивированы на решение психологического груза проблем, избегая работы с проблемами, связанными с массой тела и процессом еды. При этом необходимо объяснить пациенту тот факт, что истощение и хаотичное питание оказывают сильное влияние на психологическое функционирование человека. Поэтому определенный прогресс должен быть достигнут в отношении биологических и поведенческих проблем, чтобы определиться в отношении того, что изменится во втором фокусе терапии.

Предъявление когнитивной базы для процесса лечения. Обсуждение с пациенткой процесса когнитивно-бихевиоральной терапии нервной анорексии должно опираться на ее мотивацию. В отличие от нервной булимии, для которой симптомы субъективно дискомфортны, при нервной анорексии на этом этапе лечения целесообразно воздержаться от обучения непосредственно когнитивной модели НА или преждевременного внедрения техник по выявлению и коррекции дисфункциональных убеждений. Пациентки с малой вероятностью примут эти убеждения на веру, если они отдают предпочтение своим эго-синтонным симптомам и не желают следовать терапии. Желательно, чтобы принципы КБТ нашли свое постепенное развитие на начальных этапах лечения. Образовательные вмешательства являются в принципе когнитивным вмешательством, ориентированным на изменение убеждений за счет усвоения новой информации или ее коррекции. Другим подходом КБТ может быть представление примеров. Терапевт может использовать терминологию КБТ для того, чтобы сделать акцент на предопределяющей роли убеждений и предположении в отношении человеческого поведения.

Прояснение смысла и ожиданий в отношении нормализации массы тела и процессов питания. Как правило, при наличии сопротивления пациента в отношении участия в лечении целесообразно сделать упор на повышении мотивации к изменениям. При отсутствии формального согласия пациента на коррекцию симптоматики НПП, уместно продолжить «эксперименты» по

стабилизации массы тела, нормализации стиля питания, увеличению контроля над перееданиями, рвотой и злоупотреблением слабительными средствами.

Зачастую к началу первичного обследования пациентка сопротивляется тому, чтобы ее вес определил врач. К определенному моменту беседы, когда раппорт будет установлен, желательно определить точный вес пациентки в обыденной ежедневной одежде. Это необходимо сделать корректно, но целенаправленно. Сопротивление пациентки стать на весы необходимо трактовать с позиции причин, почему пациентки с нервной анорексией избегают определения собственного веса. Во-первых, регулярное наблюдение за динамикой веса отражает взаимозависимость между психологическими и соматическими аспектами расстройства. Во-вторых, по аналогии с нецелесообразностью игнорировать суицидальные интенции у пациента, нецелесообразно не принимать в расчет динамику массы тела пациенток. В-третьих, если масса тела пациентки не является критически низкой, необходимо учитывать динамику веса при оценке когнитивного функционирования. Например, терапевтические подходы на конкретной сессии будут различаться в случае, если одна пациентка сообщила об улучшении настроения и успешном выполнении домашнего задания, но потере 1 кг массы тела за прошедшую неделю, по сравнению с другой пациенткой, которая при тех же равных условиях набрала 1 кг. Также необходимо учитывать, что некоторые пациентки могут быть непоследовательными в оценке собственной массы тела и, например, либо взвешиваться многократно на протяжении дня, либо вовсе избегать этой процедуры. Для тех, кто вначале активно протестует против того, чтобы им рассказывали об их массе тела, может быть полезным взвешивание спиной к шкале весов. Информация о реальной массе тела пациентки должна быть доступна КБ-терапевту при каждой сессии, давая почву для работы с когнициями, аффектом и поведением. Полезным будет построение графика массы тела для каждой пациентки на фоне регулярного еженедельного взвешивания.

Пациентке необходимо сказать, что ее амбулаторное лечение возможно лишь в том случае, если масса тела не будет опускаться ниже определенного минимума. Если масса тела пациентки во время первичного осмотра находится в непосредственной близости к этому минимуму, то его величина должна быть четко оговорена. В то же время отсутствуют жесткие правила по определению этого минимума (см. раздел по диагностике НПП), т. к. он зависит от уровня общего здоровья пациентки, наличия сопутствующих осложнений и возможности оказания специфической помощи в амбулаторных условиях. Если масса тела пациентки опускается ниже установленного минимума, то должны быть использованы иные, более структурированные подходы к лечению в условиях, например, стационара. Важно, чтобы порог минимального веса не стал предметом «торга», при котором терапевт будет отступать, устанавливая все более низкие его границы. В случае, если же вес

находится на достаточно стабильном уровне, при отсутствии иных критериев, требующих неотложной госпитализации, обычно нет необходимости определять нижнюю границу массы тела непосредственно в этот момент, т. к. это может быть ошибочно интерпретировано пациенткой как приглашение проследовать к этой новой «безопасной границе веса».

Обсуждение «целевого» диапазона для массы тела в процессе лечения зависит от того, насколько пациент готов включиться в терапевтический процесс и следовать ему. При отсутствии мотивации к излечению определение «целевой» массы тела может не быть полезным. В любом случае, пациентка должна быть информирована о биологической значимости определенного весового порога и осознавать, что ее достижение абсолютно необходимо для выздоровления. Необходимо оговорить индивидуальные различия по массе тела людей, включая фактор конституции. В целом достижение 90 % от ожидаемой массы тела у женщины в возрасте после начала менструальной функции приводит к нормализации гормонального функционирования и возобновлению месячных. Как нами указывалось ранее, целесообразно установить целевой диапазон для массы тела в пределах 1,5–2,5 кг (превышающих целевой порог), который будет соответствовать нормальным колебаниям массы тела человека. Следует сказать, что для некоторых эта масса тела может быть немного большей, для других — меньшей, чем следует, но она является удовлетворительной для первоначальной оценки. Возвращение массы тела к значениям, которые были до болезни, является лучшим предиктором для нормализации менструальной функции при нервной анорексии и нервной булимии по сравнению с формальными оценками «нормального» веса с учетом индекса массы тела. На этом моменте не стоит делать акцент у пациенток, для которых был характерен высокий вес перед манифестацией расстройства. В любом случае, обсуждение вопросов массы тела требует от терапевта большой аккуратности, т. к. рекомендации чрезвычайно большого веса могут спугнуть пациентку от участия в дальнейшем лечении, а отказ от обсуждения этих тем вовсе обусловит игнорирование ведущего аспекта терапии и, с большой вероятностью, приведет терапию в тупик.

В качестве достаточно «безобидного» способа лечения можно предложить стратегию лечения, подобную процессу экспериментирования. При этом пациентке предлагается самой организовывать и оценивать каждый шаг эксперимента на предмет его успешности, прежде чем приступать к следующему. Зачастую сопротивление пациенток лечению обусловлено ошибочными представлениями о том, что принятие ими решения о возможности даже минимального набора веса приведет их каким-то фантастическим способом к неминувому выздоровлению. Это связано с представлениями о том, что ослабление контроля приведет к полной его утрате. В качестве части «эксперимента» пациентке предлагается немного увеличить свой вес, причем, если она не будет удовлетворена результатом эксперимента, она сможет легко от

него избавиться. Данное вмешательство может быть уместным, например, в той ситуации, когда пациентка утверждает, что сама может контролировать свой вес и не нуждается в более структурированном лечении. Тогда в качестве цели «эксперимента» предлагается набор массы тела на 0,5–1 кг на протяжении следующих 2 недель для того, чтобы определить, на самом ли деле пациентка способна «контролировать» свой вес. Обычно, пациентки оказываются неспособными увеличить свою массу тела даже в качестве временной меры для того, чтобы избежать стационарирования. Это является весьма драматичной иллюстрацией реального «отсутствия контроля» над едой и необходимости дополнительных вмешательств.

Включение в процесс лечения самонаблюдения и планирования питания. Разработка плана питания ориентирована на то, чтобы позволить пациентам с нервной анорексией отдалиться от собственных ригидных установок в отношении еды. Одновременно это способствует сохранению определенного чувства безопасности для пациентов, что они не смогут удалиться чрезмерно далеко как в сторону недоедания, так и переедания. План питания отличается от самонаблюдения при нервной булимии тем, что в нем четко детально определены типы пищевых продуктов, их количество и условия, которые должны быть соблюдены при их потреблении (место и время). Планирование еды следует рассматривать как часть плана по нормализации стиля питания и каждая сессия должна начинаться с рассмотрения вопроса о том, насколько пациентке удалось следовать этому плану, а также выявления сопутствующих убеждений, которые должны стать целью терапии.

Предписание стереотипа питания. Пациенту необходимо указать на то, что еда должна быть употреблена «механически» в соответствии с оговоренным временем и планом питания. В частности, должны быть оговорены тип пищи, т. е. то, что надлежит съесть пациентке, количество пищи, а также условия (где и когда), в которых должен произойти прием пищи. Целесообразно обсудить с пациенткой отношение к еде как лекарству, призванному защитить ее от ожидаемого переедания.

Такого рода планирование питания, произведенное заблаговременно, оказывается крайне необходимым особенно в начале лечения, когда пациентки склонны к переживанию тревоги в связи с имеющимся проблемным стилем питания. Необходимо постоянно обсуждать имеющиеся отклонения от предписанного по плану паттерна питания как в сторону недоедания, так и при наличии перееданий. Предписание «механического» стиля питания нацелено на уменьшение степени болезненной ответственности за недоедание или, напротив, за попытки начать есть. Пациентки должны принять идею о том, что по крайней мере временно на этом этапе лечения они не должны руководствоваться при организации еды имеющимися побуждениями (т. к. они отталкиваются от болезненно измененного стереотипа питания) и когнитивными представлениями. Такого рода «неаноректические» правила питания

должны быть приняты на тот момент времени, пока регуляция паттерна питания не восстановится до предболезненного уровня, когда пациентка сможет опираться на адекватные внутренние сигналы, опосредованные биологически. Предписание механического стиля питания в определенной мере склонно вызывать тревогу пациенток, опосредованную соматическими сигналами (дискомфорт, вздутие, боли в животе и пр.), которые являются закономерными. В то же время должны пройти месяцы, а иногда и годы, прежде чем вернется нормальный аппетит. В качестве образной метафоры полезно привести образ гипсовой повязки при переломе кости. Существует временная потребность во внешней жесткой опоре, прежде чем восстановится собственная прочная костная мозоль.

Многие пациенты с нарушениями пищевого поведения пытаются «откладывать на потом» потребление пищи или надеются на то, что вовсе смогут воздержаться от еды. Это, как известно, приводит к увеличению степени голода и с большой вероятностью к появлению переедания к вечеру. Таким образом, структурирование во времени приемов пищи, с одной стороны, ориентировано на нормализацию паттерна питания и предотвращение перееданий, а с другой, предотвращает вероятность избыточного потребления калорий, что сами по себе пациенты считают нежелательным. Жесткая привязка ко времени приема пищи является предпочтительной, нежели опора на интернальные стимулы, связанные с переживанием голода. Так, завтрак должен присутствовать в структуре суточного рациона обязательно. Причем на протяжении дня должно быть два полноценных приема пищи и один–два перекуса.

Калорийность пищевого рациона зависит от реальной массы тела на момент обследования, степени нарушений обменных процессов, сохранности пищевого рациона и выраженности сопротивления изменениям. Критерием адекватной калорийности питания является увеличение массы тела на 0,5–1 кг/нед. Для стационарных пациентов эта величина составляет 1–1,5 кг/нед. Пищевой рацион для стационарных больных ни при каких условиях не должен быть менее 1500 ккал/день и обычно повышается до 1800–2400 ккал на протяжении первой недели. По мере того, как пациенты переходят из гипо- к гиперметаболическому состоянию, калорийность рациона должна достигать 3500–4000 ккал. Если индивидуальный или наследственный анамнез пациентки отягощен ожирением, обычно калорийность рациона оказывается меньшей, чтобы удовлетворить желаемой скорости набора веса. В отношении амбулаторных пациентов скорость набора массы тела не столь важна, по сравнению с актуальностью планомерного поступательного набора веса.

Пациенты с нарушениями пищевого поведения, как правило, руководствуются своеобразными «мифами» о еде и продуктах питания, на основании чего выделяют «опасную» и «безопасную» пищу. Также они склонны трактовать обоснованные советы диетологов с учетом свойственной им полярности суждений («все или ничего»), постепенно исключая из рациона по-

лезные нутриенты. В итоге сформированный непривлекательный пищевой рацион, опасный в плане своей дефицитности, признается пациенткой как единственно «безвредный». Планомерная работа по расширению рациона, включению в него «плохой» пищи, либо той, которая оставляется для поглощения во время эпизода переедания, ориентирована на противодействие болезненно измененному стереотипу питания. Даже после проработки и разрушения такого рода мифов о «безвредной», «полезной» пище, пациентки зачастую испытывают выраженную тревогу в отношении определенных пищевых предпочтений. Это является еще одним поводом для жесткого структурирования пищевого рациона.

Внедрение самомониторинга (с целью обязательного регулярного дальнейшего его анализа) при нервной анорексии также преследует цель возобновления регулярного питания и получения возможности контроля над имеющимися симптомами (рвота, переедание, использование слабительных). В то же время сопротивление со стороны пациенток при нервной анорексии в отношении проведения самомониторинга может потребовать от специалистов большей гибкости в плане его поступательного внедрения в лечебный процесс с учетом актуального состояния мотивационных процессов у пациенток.

Прекращение перееданий и очистительного поведения. Помимо описанных выше вмешательств по прекращению цикла переедание–очистка (самомониторинг, предписание жесткого режима питания, информирование о том, что регулярное питание и планомерный набор веса являются наиболее эффективным средством прекращения порочного круга), некоторые пациенты нуждаются в дополнительных вмешательствах по противодействию очистке. Среди них — отсрочка переедания и очистительного поведения, диссоциация и планирование альтернативных форм поведения.

Отсрочка переедания и очистительного поведения основывается на том, что интенсивность побуждений к использованию такого поведения уменьшается со временем. Суть стратегии состоит в том, что пациентке предлагают отсрочить эпизод переедания или очистительного поведения с момента возникновения такого побуждения на некоторое время (например, на 30 минут). Эффективным тактическим ходом может быть предложение пациентке на протяжении 10 минут детально описать что произойдет, если она либо продолжит «включаться» в эпизод, либо избегнет его. Пациентке дается инструкция о том, что она должна сделать детальные пометки в отношении того, что она будет чувствовать и думать на протяжении эпизода и после его окончания, либо, наоборот, избегнув эпизода.

В ряде случаев пациентки испытывают выраженные затруднения в связи с необходимостью когнитивной переработки проблем. Это, например, имеет место при переживании выраженной тревоги после приема пищи либо в ситуациях переживаний по поводу затруднений в межличностных отношениях. Терапевт может побудить пациентку подготовиться к такой ситуации

с помощью стратегии диссоциации. Этот подход нацелен на перемещение фокуса внимания от проблемных мыслей, т. н. «смену когнитивного канала» [D. M. Garner, K. M. Bemis, 1985]. Пациентке предлагается составить перечень фраз для совладания и перечитывать их в проблемных ситуациях, например, когда после еды она почувствует побуждение к перееданию или очистке. В качестве примеров фразы могут быть следующими: «Я должна принимать пищу в качестве лекарства», «Вызывание рвоты сейчас лишь увеличит риск переедания позже», «Я не должна доверять своему восприятию собственного тела сейчас». Подобного рода фразы могут быть использованы также в ситуациях, когда пациентки испытывают побуждение есть меньше: «Еда обеспечивает защиту», «Я нуждаюсь в еде, чтобы чувствовать себя здоровой», «Независимо от того, что я чувствую, я стройна и имею нормальный вес». Целью использования таких фраз для совладания является прерывание автоматизированной когнитивной последовательности, приводящей к дезадаптивному поведению.

Планирование альтернативного поведения призвано прервать порочный круг перееданий–очисток. Виды альтернативных форм поведения должны быть обсуждены во время терапевтической сессии, и пациентки должны согласиться следовать этому поведению прежде, чем реализовать свое побуждение. Формы такого поведения могут быть записаны на карточках небольшого размера. Сами по себе варианты поведения должны быть по своей выраженности адекватно яркими, чтобы обуздать тревогу и дезадаптивные мысли, запускающие цикл перееданий–очисток. В качестве примеров такого поведения могут быть: неожиданное покидание дома и выход на прогулку, телефонный разговор с человеком, дающим поддержку, прослушивание громкой музыки, просмотр телевизора.

Осуществление предварительных когнитивных вмешательств. Ожидаемые от пациента поведенческие изменения по нормализации питания и увеличению массы тела на первой фазе лечения закономерно вызывают сопротивление изменениям. Это определяет целесообразность внедрения когнитивных вмешательств. Когнитивные вмешательства ориентированы на переработку убеждений, верований и предположений, определяющих сопротивление пациенток процессу лечения. На ранних этапах лечения терапевт занимает ведущее место, привлекая актуальный опыт пациентки в отношении дезадаптивного пищевого поведения с тем, чтобы впоследствии аккуратно противопоставить ему контраргументы. Такая стратегия быстро выявляет содержание и выраженность системы дисфункциональных убеждений пациентки, а также способствует определению сопутствующих смыслов и схем, предопределяющих дезадаптивное поведение.

На этом этапе лечения когнитивные вмешательства ориентированы на решение, например, таких общих вопросов, свойственных пациенткам с нервной анорексией, как желание улучшить эмоциональное состояние без

разрешения проблемного стиля питания, опасения по поводу того, что, расширив пищевой рацион, они не смогут остановиться и располнеют, напрочь утратят чувство «контроля над едой», страх изменения формы тела в процессе лечения, а также пищевых привычек «здорового питания».

Повышение мотивации к изменениям. На протяжении процесса лечения уровень мотивации к изменениям не является линейным. Одновременно мотивация характеризуется и нестабильностью, чему сопутствует известная амбивалентность в отношениях желаний пациенток. Уровень и характер мотивации изменяется по спирали и сопряжен с тем, как пациентка воспринимает цели лечения. При нарушениях пищевого поведения (как и при других формах аддиктивного поведения) актуальное состояние мотивации, как правило, не соответствует целям лечения. Поэтому, формулируя цели лечения, принципиально важно учитывать реальный уровень мотивации пациентки и возможные механизмы ее изменений.

В процессе беседы нецелесообразно подвергать сомнениям верования пациенток в отношении того, что масса тела, его форма и стройность служат источником личностной значимости и самооценки. Это закономерно приведет к усилению чувства вины, ощущению непонимания и отдалению пациентки, что, в свою очередь, обеспечит незыблемость ее дисфункциональных установок. Напротив, терапевт должен осознавать, что эти установки являются искренними и их понимание открывает путь к прояснению индивидуальных механизмов расстройства.

В процессе усиления мотивации к изменениям целесообразно помочь пациенту составить список всех причин «за» и «против», которые способствуют в настоящее время поддержанию расстройства. Для того, чтобы уменьшить интенсивность сопротивления, составление списка и анализ преимуществ и недостатков всех причин можно представить с позиции того, что все симптомы НПП имеют своеобразный адаптивный характер. Это упражнение не имеет цель заставить пациентов стать на защиту правильности их поведенческих паттернов и верований. Напротив, оно ориентировано на выявление иерархии установок, посредством которых пациентки переопределяют уровень своей самоэффективности, автономии, межличностной уверенности. В последующем эти установки используются для переработки с тем, чтобы показать их неэффективность в процессе достижения поставленных целей.

Это упражнение ориентировано на достижение следующих целей: 1) пациентка обезоруживается, видя перед собой клинициста, который готов обсуждать потенциально позитивный смысл НПП, а не только говорить об их угрозе; 2) упражнение открывает путь к психообразовательному вмешательству в отношении различных аспектов расстройства; 3) оно позволяет исследовать мотивационные особенности пациента и опыт его расстройства; 4) упражнение позволяет начать внедрять стратегии когнитивного реструктурирования.

Зачастую в начале лечения у пациенток существует представление о том, что в любой момент, когда она этого захочет, ее дезадаптивное поведение может быть ею прекращено. Этим убеждениям можно противопоставить информацию о том, что такой взгляд свойственен достаточно часто пациенткам, в частности, тем, у кого расстройство имеет хроническое течение. При этом эффективным вмешательством в плане повышения мотивации к изменениям является предложение пациентке спроецировать в будущую перспективу те установки, которых она придерживается в настоящее время и представить свою жизнь, например, через 5 лет в том случае, если методы контроля массы тела сохранятся. Реализовать эту стратегию можно, например, посредством написания «письма» самой себе или лучшей и понимающей подруге, которая живет в будущем.

Определение оптимального уровня вовлечения семьи в процесс терапии. Обычно взаимодействие между членами семьи пациенток с нарушениями пищевого поведения посредством чувств, мыслей и поведения проявляется настолько драматично, что предопределяет всю семейную атмосферу. В тех случаях, если пациентка находится в зависимых отношениях с членами семьи (например, она несовершеннолетняя), а также тогда, когда напряженная внутрисемейная психологическая атмосфера имеет место, целесообразно организовать семейные сессии терапии как в структуре специфического терапевтического подхода, так и тематически ориентированные в разрезе любой терапевтической школы. В том случае, если пациентки совершеннолетние, живут независимо от родителей, но внутрисемейные конфликты значимы во внутрисемейном взаимодействии, привлечение максимально возможного количества членов семьи для участия в терапевтической сессии является оправданным. В то же время если пациентки, страдающие нервной анорексией, оказываются взрослыми, начало терапии предпочтительно бывает осуществить с индивидуальных сессий, тем самым выражая уважение к автономии пациентки, делая акцент на том, что в фокусе внимания в терапии является индивидуальность самой пациентки. Начало лечения с индивидуальных сессий также облегчает сбор информации о характере нарушений пищевого поведения у пациентки, что может быть затруднительным в присутствии других.

С другой стороны, важно, чтобы члены семьи осознали, что характер внутрисемейных отношений чрезвычайно значим в плане создания условий для хронизации расстройства. В то же время чрезвычайно интенсивные переживания вины и стыда у членов семьи могут быть следствием предположений о том, что нарушение пищевого поведения развилось из-за неправильных подходов в воспитании или дурной наследственности. Необходимо заверить членов семьи в том, что такая точка зрения не имеет достаточных доказательств, но наличие в семье пациентки с нарушением пищевого поведения является избыточным стрессовым фактором для любой «нормальной семьи».

Стадия 2 преследует цель постепенного перевода фокуса внимания от пищи и формы тела как таковых к осознанию личностного смысла, который пациентки связывают со стройностью. В начале каждой сессии этой стадии КБТ нервной анорексии необходимо обобщать прогрессивные изменения, достигнутые пациенткой в плане коррекции паттерна питания, набора веса и прекращения (уменьшения) проявлений компенсаторного поведения. Этот этап лечения ориентирован на формализованное применение когнитивных процедур с опорой на мотивационный и образовательный фундамент, сформированный на протяжении первого этапа терапии.

В начале второй стадии лечения вновь важен акцент на необходимости достижения целевых границ массы тела для восстановления адекватного биологического функционирования организма. Каждая сессия связана с повторными обращениями к анализу различных аспектов проблемы НПП — приема пищи, массы тела и пр. с различных позиций. Как и на первой стадии лечения, необходимо проводить исследование записей пациенток по самонаблюдению, оценивать их последовательность в следовании запланированным приемам пищи, обсуждать эпизоды переедания или недоедания. На этом пути целесообразно обращать внимания на характер убеждений пациенток, актуализирующихся в связи с необходимостью следовать предписанным паттернам питания.

Процесс терапии, как правило, имеет характер нелинейный. Эпизоды позитивных изменений склонны прерываться усугублением специфической симптоматики. Пациенты, в свою очередь, имеют тенденцию катастрофизировать последствия ухудшений, полагая, например, что появление эпизодов переедания свидетельствует о необходимости начинать «все с начала». Такого рода оценки, выполненные пациентами, имеют тенденцию приводить к замкнутому кругу, где ощущение безнадежности и отчаяния предопределяют возобновление специфической симптоматики. В этом месте необходимо помочь пациенту как бы отступить на шаг назад и взглянуть на общую картину в целом. Важно поддержать пациента в необходимости *пересмотра отношения к обострениям* со следующих позиций:

- 1) пересмотреть восприятие эпизода возвращения симптоматики не как крах процесса выздоровления, а как оплошность, которая может быть исправлена;
- 2) возобновление приверженности долгосрочному процессу выздоровления;
- 3) возобновление следования плану регулярного питания без последующего компенсаторного поведения;
- 4) восстановление поведенческого контроля для прерывания возможных эпизодов в будущем.

В случае, если эпизоды переедания–очисток будут продолжаться, целесообразно вернуться с пациенткой к обсуждению планов питания. Это может

вскрыть характер адекватности пищевого рациона в количественном и качественном отношении в плане возможного противостояния эпизодам очистительного поведения. Игнорирование пациенткой плана питания может привести к дефициту рациона, уменьшению массы тела и, как следствие, учащению циклов переедания–очисток. Обсуждение с пациентками биологической predisпозиции к эпизодам переедания, содержания плана питания, а также проведение психообразовательных вмешательств позволяют улучшить их навыки в противостоянии обострениям саморазрушающего поведения.

Определение дисфункциональных мыслей, установок, паттернов мышления является важнейшей частью второго этапа лечения. Эти когнитивные процессы касаются прежде всего приема пищи, аспектов, связанных с формой тела и очистительным поведением. Такого рода дисфункциональные когнитивные паттерны актуализируются в ситуациях, когда есть основания констатировать сопротивление изменениям со стороны пациента. Например, с одной стороны, пациент заверяет, что рассчитывает на излечение, а с другой, проявляет нежелание конструктивно взаимодействовать с врачом. Важно, чтобы пациентка была информирована в отношении того, что врач не считает ее поведение проявлением агрессии в его адрес лично. Напротив, ее поведение предопределяется собственными убеждениями и установками, которые могут быть выявлены, проанализированы и подкреплены или опровергнуты. С этого момента важно провести информирование пациенток в отношении особенностей и возможностей когнитивного функционирования человека для того, чтобы в дальнейшем иметь возможность работать с дисфункциональными убеждениями. Пациенток целесообразно научить некоторым аспектам «словаря» КБТ для того, чтобы в последующем этим пользоваться для идентификации проблемных паттернов мышления [Р. МакМаллин, 2001].

Одним из значимых когнитивных феноменов является представление об автоматическом мышлении. Согласно представлениям Beck et al. (1979), «когниции» представляют собой автоматизированные, привычные и правдоподобные мысли или зрительные образы, которые находятся вне непосредственного процесса осознания, но которые могут быть идентифицированы. Автоматизированные операции в мышлении являются обыденными и оказывают весомое влияние на функционирование. Автоматизированные процессы мышления как бы экономят психическую энергию и в то же время непосредственно предопределяют перевод стимула в действие, оставаясь для человека неосознанными. Например, при появлении зеленого сигнала светофора человек обычно не начинает осознанно размышлять о том, что теперь ему следует начать движение в автомобиле и пересечь улицу, если он пешеход. Он непосредственно делает это, хотя, несомненно, эти мысли предопределяют его поведение. То же уместно сказать и о законопослушном поведении, политических и религиозных убеждениях человека. Варианты ответной реакции ин-

дивида и способы его оценки всего комплекса информации в ситуациях межличностных отношений также находятся под влиянием относительно автономных убеждений и предположений. Терапевту следует выделить дисфункциональные убеждения пациента для того, чтобы проиллюстрировать то, какое влияние они оказывают на поведение. Исследуя, что происходит в голове у пациентки, когда она видит стройную девушку или смотрит на еду, которую оценивает как «недиетическую» в отношении содержания калорий, можно определить, как поведение приобретает осмысленность под влиянием таких мыслей. Если человек научится определять такие мысли, это позволит ему предопределять направленность своего поведения по адаптивному, либо по дезадаптивному пути.

Когнитивные схемы представляют собой устойчивые когнитивные структуры, предназначенные для обработки, организации и интеграции сложных видов информации. Человек соответственно стремится организовать присущий ему социальный опыт и информацию о самом себе в специфические категории, также представляющие собой когнитивные схемы (так называемые «self-schemata» или «schemas»). Ж.Пиаже описывал их как «мобильные рамки», автоматически приспособляющиеся к различному контексту, при этом сам контекст модифицируется таким образом, чтобы удовлетворять структуре схемы. Согласно Beck et al. (1979), схемы представляют собой относительно стабильные когнитивные паттерны, которые составляют основу для закономерной интерпретации определенного рода ситуации. При нервной анорексии опыт пациентов организован в когнитивные схемы, опосредованные весом. Масса тела или его форма становятся рамкой для контекста самооценки. Особенно вес тела становится измерительным инструментом для самооценки, поскольку он носит объективный характер, подвержен наблюдению и оценке, измеряем.

Когнитивные схемы ригидны к изменениям. В то же время практика показывает, что многие убеждения у больных могут стать подвержены изменениям при появлении новой информации (например, при сообщении о неработоспособности слабительных в плане долгосрочного влияния на массу тела). Когнитивные схемы, являясь более жестко организованной когнитивной структурой, руководят процессами обработки новой информации. В процессе этой обработки требуется время, чтобы организовать, интерпретировать и ассимилировать новую информацию для того, чтобы она пришла в соответствие с имеющимися представлениями. Поэтому и когнитивные схемы в итоге тоже подвержены изменениям. Согласно теории когнитивного диссонанса [Festinger, 1953], человек испытывает потребность в том, чтобы когнитивные представления не противоречили друг другу. При этом человек стремится к тому, чтобы уменьшить несоответствие между имеющейся в его распоряжении, поступающей новой и ожидаемой информацией. При этом, если новая информация не соответствует уже имеющимся установкам, то возникающий

дискомфорт уже сам по себе может служить мотивирующим поведением фактором. Человек пытается самостоятельно уменьшать когнитивный диссонанс при его возникновении, избегая активно ситуации и информации, которая его провоцирует.

Согласно теории Teasdale & Barnard (1993), когнитивные структуры функционируют на различных уровнях. Высший уровень иерархии значений («импликационный») качественно отличается от нижнего («пропозиционного»). Убеждения высшего порядка представляют собой фундаментальные аффективно насыщенные убеждения, изменения которых должно быть главной целью терапии. Убеждения низшего порядка являются своеобразным маркером самой когнитивной модели, из которой они произошли и, таким образом, являются полезной целью для вмешательства. Согласно этой модели, возможна диссоциация между убеждениями на этих двух уровнях. Эта модель легла в основу принципиально иного подхода к терапии. Вместо стратегии «обнаружения и уничтожения» специфических негативных убеждений имеет место формирование логически последовательного альтернативного семантического посыла. Это создает возможность для осуществления взаимосвязи между автоматическими мыслями такими как «Я жирная и безобразная» и подлежащим предположением о том, что «Быть стройным напрямую связано с моим самоопределением и ощущением собственной значимости». Такого рода подход способствует интеграции системы значений, готовя человека к последующей интерперсональной или семейной терапии. Например, система метакommunikаций в межличностных отношениях отражает многоуровневость системы значений, свойственной индивиду.

Несмотря на стремление к когнитивной согласованности у человека, зачастую встречаются противоположные и взаимоисключающие убеждения. Например, пациентка сообщает о том, что хочет вызвать рвоту и не хочет этого делать одновременно. Такого рода убеждения исходят из отдельных «линий логики» и попеременно могут быть активированы в зависимости от фокуса внимания индивида или ситуации. Отчасти это связано с когнитивными ограничениями в возможности распознавания различий между системами значений, которые исходят из различных уровней переработки информации. Например, на одном уровне пациент полагает, что человеческое достоинство не может определяться лишь каким-либо одним свойством, в то же время он считает, что его собственная значимость определяется весом или формой тела.

В работе с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения, важно уметь выявлять преимущественно автономные стили мышления, влияющие на интерпретацию событий, происходящих с ними. У большинства людей в подавляющем большинстве ситуаций эти процессы мышления являются высоко адаптивными. И лишь в проблемных ситуациях малоадаптивные стратегии мышления должны быть выявлены и подвергнуты коррекции.

Среди наиболее часто встречающихся ошибочных умозаключений у больных с нарушениями пищевого поведения встречаются следующие [D. M. Garner, K. M. Bemis, 1982]:

- *селективная абстракция*, или вывод, сделанный на основании изолированных деталей при игнорировании противоположной точки зрения или более значимых обстоятельств;

- *сверхгенерализация* — выделение правила на основании отдельно взятого события и применение его к другим несхожим обстоятельствам;

- *преувеличение или переоценка значимости нежелательных последствий событий*; отдельные явления преувеличиваются множеством значений, не подтверждающихся при объективном анализе;

- *дихотомическое мышление* (мышление «все-или-ничего») — мышление, опосредованное крайними, полярными суждениями; события могут быть лишь черные или белые, правильные или неправильные, хорошие или плохие;

- *персонализация* или отнесение событий на свой счет, когда происходит эгоцентрическая интерпретация событий, не имеющих отношения к субъекту;

- *суеверное мышление* — убеждения в наличии причинно-следственных отношений между явлениями, не связанными между собой.

Выработка навыков когнитивного реструктурирования подразумевает освоение пациентом следующих этапов изменения дисфункциональных паттернов мышления:

- 1) наблюдение за процессом мышления и выделение стереотипов мышления;

- 2) идентификация, прояснение и проговаривание дисфункциональных убеждений в их упрощенной форме;

- 3) исследование доказательств или аргументов «за» и «против» полезности и обоснованности дисфункциональных убеждений;

- 4) формулировка обоснованного заключения на основании доводов «за» и «против»;

- 5) реализация изменений в поведении, основывающихся на обоснованном заключении;

- 6) выработка противоположных правдоподобных убеждений и более реалистичных интерпретаций;

- 7) постепенное изменение базовых предположений, отражающих более специфические убеждения.

Выявлению дисфункциональных убеждений помогает наблюдение за поведением пациента, болезненным своеобразием его пищевых предпочтений. Например, предпочтение обезжиренной пищи на фоне выраженного соматического истощения предполагает наличие соответствующих убеждений. Процесс вербализации дисфункциональных убеждений, отделенных от на-

стоящего и прошлого опыта, составляет зачастую большие затруднения. Роль терапевта состоит в оказании помощи пациенту в том, чтобы он практиковался «думать о мыслях» и выделять специфические убеждения из общего потока мышления. Также важна позиция терапевта в том, чтобы помочь пациенту синтезировать его дисфункциональные мысли и выразить их словом в наиболее простой форме.

Среди различных технологий когнитивного переструктурирования можно в качестве примера привести метод *децентрации*, который подразумевает процесс оценки определенных убеждений с точки зрения иного контекста. Этот метод оказывается весьма уместным в ситуации формирования ошибочных умозаключений по типу централизации, когда пациент в своем умозаключении исходит из посыла о том, что он является объектом внимания окружающих его людей. Например, децентрация уместна в ситуации, когда пациентка сообщает о своем страхе перед походом в бассейн или на пляж, поскольку окружающие люди могут заметить факт набора нескольких килограммов веса, наблюдая за размером ее живота. Ответ терапевта уместно построить, поинтересовавшись о том, например, каким образом пациентка отмечает набор небольшого количества веса другими людьми; помнит ли она о том, как изменился вес терапевта после последней встречи с ним неделю назад. В том случае, если даже это происходит на самом деле, то имеет ли это такое большое значение? В то же время было бы очень неплохо быть в центре внимания других людей, однако, искренне говоря, большинство людей чрезвычайно заняты своими собственными заботами вопреки тому, чтобы принимать в расчет изменения массы тела окружающих их лиц. Уместно поинтересоваться у пациентки каковы для нее последствия колебания массы тела; действительно ли она считает это надежным критерием оценки значимости других людей? Таким образом, посредством технологии децентрации, пациент получает поддержку в выработке более реалистической оценки того, насколько велико влияние большинства из поведенческих проявлений пациентки на других.

Технология *декастрофизации* [Ellis, 1962] имеет своей целью ослабление тревоги, вызванной преувеличением вероятности негативных последствий. Терапевт просит клиента представить явные или предполагаемые предвестники катастрофы, задавая следующие вопросы о том, что будет, если угрожающая ситуация произойдет; действительно ли она будет такой опустошительной, как клиент ее себе представляет; что клиент будет делать, чтобы справиться с ситуацией? Любопытно, что дезадаптивный способ мышления по типу катастрофизации способствует реализации тех последствий, которых так опасается пациент. Например, опасаясь отвержения и изоляции со стороны своего окружения, пациент сам, как бы превентивно, отстраняется от социальных взаимодействий, становясь изолированным. Опасение провала в своих начинаниях приводит к чрезмерному избеганию всяческого риска и за-

кономерно приводит к неудаче. Если пациент катастрофизует набор веса, то логично ожидать его тревожную реакцию и переживание страха при наборе веса. Катастрофизирующий стиль мышления преследует человека повсюду. И даже тогда, когда пациент не набирает массы тела, он все равно испытывает напряжение, поскольку никогда не может чувствовать себя полностью свободным от возможного риска. Для того, чтобы помочь пациенту справляться с пугающими ситуациями в будущем, терапевту важно помочь пациенту разрабатывать планы по преодолению пугающих ситуаций и навыки по их реализации.

Принципиальной целью КБТ является оказание помощи пациенту в изменении его поведения посредством влияния на лежащие в его основе процессы мышления. В то же время необходимо иметь в виду и обратное влияние поведения на изменение убеждений. Тревога и страх являются кардинальными переживаниями, которые поддерживают психопатологию нарушений пищевого поведения. Даже самое тщательное когнитивное реструктурирование не сможет преодолеть страх перед изменениями в стиле питания или перед набором веса. В определенный момент времени, если пациент решил поправиться, он должен будет начать делать шаги в направлении изменения поведения. Поведенческие изменения создают реальную основу для последующих попыток коррекции ложных убеждений в отношении питания, массы тела и связанной с этим самооценки. Пациенты, например, позволив себе большую свободу в потреблении продуктов питания, на своем опыте убеждаются, что масса тела, например, не увеличивается катастрофически быстро, как это им казалось до лечения, к тому же нужно применить дополнительные вмешательства, чтобы добиться устойчивого ее роста. Пациенту будет трудно, например, придерживаться убеждений в том, что он может позволить себе употреблять диетические жиры или сладкую пищу без утраты контроля, если он действительно не сможет этого делать без эпизода переедания. Более того, поведенческие изменения могут оказывать глобальный эффект на убеждения, не связанные с едой и массой тела. Расширение социального взаимодействия способствует ослаблению переживаний о личностной и социальной некомпетентности. Независимое и уверенное поведение пациента склонно вмешиваться и корректировать схему семейных взаимодействий, что ослабляет внутрисемейные стратегии гиперпротекции и чрезмерной взаимозависимости. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что в ситуациях, когда члены семьи по разным поводам отказываются одновременно участвовать в психотерапевтической работе с больными, поведенческие и когнитивные изменения, происходящие с пациентками в процессе их терапии, «отбрасывают» их далеко вперед, «вырывая» из нездорового контекста внутрисемейного взаимодействия. Это зачастую вызывает драматичную реакцию родственников, желание и потенциалы в гиперпротекции которых оказываются невостребованными. Это приводит, на этот раз к когнитивному

диссонансу и субъективным переживаниям дискомфорта у самих родственников и требует соответствующего внимания.

При получении пробного согласия пациента на попытку изменения убеждений, важно поддержать пациента в необходимости обратной «трансляции» новой когнитивной схемы в специфическое поведение, соответствующее новой позиции. Например, как только пациент, сможет вычленять в своем поведении попытки избегания потребления диетических жиров, крайне важно помочь организовать запланированное потребление продуктов с учетом содержания в них жиров. Зачастую пациенты сообщают о наличии выраженного стремления к выздоровлению, сохраняя следование нарушенным пищевым стереотипам. Подчеркивание наличия диссонанса между убеждениями и поведением, либо убеждениями на различных уровнях организации когнитивного процесса и поведением, может оказать существенную помощь в перестройке поведения, поддерживаемого привычкой.

Практически отсутствуют надежные методы КБТ по модификации искажений в восприятии размеров собственного тела, которое отмечается у некоторых пациентов. В этом случае полезным будет переопределение искаженного восприятия собственной полноты посредством внедрения когнитивных структур более высокого порядка, например: «Мне известно, что больные нервной анорексией не могут доверять собственному восприятию размеров тела» или «Я ожидаю, что по мере выздоровления я буду чувствовать как жир будет откладываться на моем теле, поэтому я должна сверяться с весами для того, чтобы располагать истинными критериями оценки размеров тела». Будет уместным, чтобы терапевт поддерживал пациентку в том, чтобы она соотносила характер субъективного восприятия собственного тела с имеющимся расстройством и воздерживалась от активных действий, к которым побуждают навязчивые мысли, образы или динамика изменений телесной структуры.

Как только в процессе КБТ удастся при помощи пациента вычленить и сделать явным имеющееся несоответствие в когнитивных структурах, когда пациент убедится, что его суждения не соответствуют реальности и носят поверхностный характер при применении к окружающим людям, с этого момента важно переключить фокус внимания на внутренний диссонанс, наблюдаемый непосредственно у пациента. Этот процесс требует от терапевта достаточных временных затрат, чуткости, умения быть поддерживающим пациента, чтобы помочь ему пройти сквозь процесс обесценивания болезненных установок.

Модификация «Я-концепции». Я-концепция представляет собой многогранный психологический конструкт, включающий переменные самооценки, самоуважения (в т. ч. предпочтения, ощущение, восприятие), а также механизмы, связанные с восприятием и пониманием внутренних процессов, предопределяющих человеческий опыт. Дефицитарность «Я-концепции» лежит

в основе понимания когнитивных нарушений при нервной анорексии. Любопытным, на наш взгляд, является структура дефицитарности «Я-концепции», предложенная Vitousek & Ewald (1993) и включающая три кластера переменных: «Я-недостойное», «Я-совершенствующееся» и «Я-сокрушительное». «Я-недостойное» включает: 1) пониженную самооценку; 2) ощущение беспомощности; 3) плохо развитое чувство идентичности; 4) стремление к поиску внешней верификации; 5) чрезмерная чувствительность к критицизму; 6) конфликт между автономией и зависимостью. Второй кластер, «Я-совершенствующееся» включает: 1) перфекционизм; 2) грандиозность; 3) аскетизм; 4) когнитивный стиль, названный автором «Новогодняя развязка». «Я-сокрушительное» характеризуется: (1) предпочтением простоты; 2) предпочтением достоверности; 3) тенденцией отдаления от сложного или интенсивного социального окружения. Задачей терапевта является помочь пациенту выявить и подвергнуть проработке различные, но взаимосвязанные элементы дефицита «Я-концепции».

Достоверным фактом является то, что низкая самооценка часто предшествует манифестации нарушений пищевого поведения. Чувство гордости и успеха за установление контроля над массой тела способствует облегчению возникновения специфической симптоматики. Коррекция пониженной самооценки, особенно если эта проблема оказывается распространенной и продолжительной, является первостепенной задачей. В определенный момент терапии пациенты обычно сообщают об ощущении собственной малозначимости. Это предположение, высказанное клиенткой, может повлечь за собой обсуждение значения диетических ограничений и контроля за массой тела как маркеров для таких психологических феноменов как компетентность, контроль, привлекательность, самодисциплина, которые, в свою очередь, отражают личностную значимость. Это может выражаться в таких неясных терминах как общее ощущение неэффективности, недостаток внутренней направляющей силы.

Как только пациентка указала на ощущение собственной малозначимости, целесообразно вовлечь ее в более широкую дискуссию о характеристиках, лежащих в основе ощущения собственной значимости с тем, чтобы потом применить полученную в результате дискуссии информацию конкретно к ситуации пациентки. Бывает полезным начать разговор с того, как много энергии и времени тратят обычные люди на оценку их собственной значимости. Обычно это концептуальный момент определяет существенную часть жизни индивида, однако, у большинства людей есть очень мало навыков в отношении того, как реально оценить собственную значимость. Для большинства пациентов масса и форма тела становятся первоочередными критериями оценки собственной значимости. В этом месте уместно обсудить все «за» и «против» указанных критериев оценки собственной значимости, а затем распространить тему обсуждения на другие формы поведения, личност-

ные черты и характеристики, участвующие в процессе оценки собственной значимости. В обсуждении проблемы собственной значимости может помочь метод децентрации, описанный выше. Цель такого подхода состоит в том, чтобы пациентка начала ставить под сомнение уместность ее индивидуальных критериев оценки собственной значимости. По сути феномен индивидуальной значимости носит философский характер и, по-видимому, она является безусловной, ее нельзя заслужить или заработать, она вездесуща. Постепенное принятие пациентом идеи о том, что, по-видимому, отсутствуют как стоящие, так и недостойные люди, делает процесс поиска критериев для оценки менее острым. В целом процесс принятия себя происходит постепенно и на его протяжении важна поддержка терапевта в наблюдении и подкреплении индивидуальных черт самого пациента. Пациент нуждается в постепенном «вращивании» более надежных, истинных критериев самоподкрепления собственной значимости, которые наследственно опосредованы и в большей степени соответствуют реальным, нежели идеализированным интересам. Этот процесс зачастую требует расширения своеобразной «исследовательской» активности в отношении освоения новых профессиональных ролей, способов организации свободного времени, установления новых отношений. Процесс отдаления от прежних форм самоопределения и приближения к новым альтернативным возможностям обычно сопровождается отчетливым беспокойством. Он может включать в себя отказ от ценностей и ролей, навязанных к исполнению членами семьи либо друзьями. Это часто приводит к сомнениям и переживанию межличностных конфликтов. В этом отношении крайне значима роль терапевта в поддержке и подкреплении усвоения новой роли, которая в большей степени соответствует глубинной личностной структуре и имеет более адаптивный характер.

Дефицит «интероцептивной осведомленности» [Bruch, 1962] является важным составным компонентом искаженной «Я-концепции». Он представляет собой неспособность пациентов точно идентифицировать и отвечать на эмоциональные стимулы и другие внутренние сигналы. Этот феномен является фундаментальной характеристикой нервной анорексии и, по-видимому, может быть биологически опосредован. Затруднения в оценке внутреннего состояния и собственных переживаний приводит к ощущению недоверия к значимости и надежности индивидуальных предпочтений, мотивов и собственно поведения. Недостаток уверенности в мыслительных процессах влечет за собой чрезмерную склонность к самонаблюдению и ригидности. Такие пациенты зачастую сообщают о том, что они не знают, что они чувствуют и как они должны чувствовать, им не знакомо ощущение удовольствия, они утверждают, что им не знакомо переживание ярости, гнева, они никогда не устают, а всегда энергичны; они говорят, что восхищаются людьми, которые не показывают своих чувств, либо сообщают о том, что они ничего не чувствуют, а просто переедают. Такие пациенты в ситуации интервью с членами семьи

при вопросе об их чувствах зачастую склонны апеллировать к родственникам, прежде всего к матери, и предлагают терапевту «Спросить у нее — она больше знает». Переживание «нечувствительности» к собственным чувствам может быть обусловлено простым отрицанием эмоций в преддверии эмоционально насыщенных ситуаций. Иногда эпизоды перееданий, самовызывания рвоты или изнуряющих физических нагрузок могут прерывать переживания, которые оцениваются как невыносимые. При выявлении дисфункциональных установок в отношении переживаний чувств, например, запрет на выражение гнева, процедура когнитивного реструктурирования должна помочь в оценке их адаптивности и уместности.

Своеобразный извилистый способ мышления зачастую выявляется у пациентов, которые отдаляются от реальных переживаний внутренних ощущений в сферу интеллектуализации по поводу того, что происходит внутри организма. Переживание голода и насыщения являются прекрасным примером. Биологически адекватное переживание голода связано с ощущениями дискомфорта, в то время как потребление пищи сопряжено с позитивными ощущениями, сопутствующими облегчению дистресса. Пациенты с нарушениями пищевого поведения, а также индивиды, придерживающиеся жестких диет, модифицировали биологическую реальность посредством того, что придали переживанию голода на когнитивном уровне смысл более высокого порядка. Оно является характеристикой достоинства и самоконтроля, а не дистресса. Напротив, еда и ощущение сытости связаны с негативными эмоционально насыщенными переживаниями. Изменения в этих антибиологических когнитивных интерпретациях голода и насыщения происходят чрезвычайно медленно, частично из-за того, что соотнесение смысловой нагрузки и внутренних переживаний позитивно подкрепляется (т. е. пациент чувствует себя самодостаточным). Наряду с переживаниями, касающимися процессов поглощения и переваривания пищи, пациенты могут также ошибочно оценивать иные ощущения, такие как удовольствие, расслабление, сексуальные желания. Задача терапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту научиться обнаруживать такого рода ошибочные оценочные суждения, находить в них, наряду с функциональным смыслом, дезадаптивную сущность и постепенно инициировать процесс обратного развития такой ошибочной интерпретации.

Увеличение межличностного контекста в терапии. Межличностные проблемы закономерно попадают в фокус терапии на ее протяжении. Имеет место взаимовлияние внутри- и межличностных контекстов когнитивных структур. В межличностном контексте также обнаруживаются когнитивные ошибки и дисфункциональные паттерны, сходные с таковыми в других аспектах проявлений индивидуальности пациентов.

На этапе оценки межличностных отношений целесообразно разделить факторы первичные и вторичные к возникновению нарушений пищевого поведения. Пациент совместно с терапевтом подробно изучают круг взаимоот-

ношений пациента накануне начала расстройства. Оцениваются удовлетворяющие и неудовлетворяющие аспекты отношений пациентки в прошлом. Исследуются межличностные переживания, которые облегчились с появлением нарушений пищевого поведения. Терапевтические сессии и домашние задания должны быть ориентированы на исследование ограничений в социальных и межличностных отношениях, которые привнесло расстройство. Результатом этой работы является неизбежное заключение о том, что социальные, эмоциональные и жизненные ограничения, привнесенные нарушением пищевого поведения, мешают созданию более здоровых отношений.

На следующем этапе пациента информируют о когнитивной концепции межличностных отношений. Baucorn & Epstein (1990) выделили пять взаимосвязанных когнитивных феноменов, сосуществующих с развитием и поддержанием дисфункциональных отношений: 1) восприятие (что произошло); 2) приписывание (почему это произошло); 3) ожидания (предсказания того, что произойдет); 4) предположения (о причине и корреляции между событиями); 5) верования или стандарты (что должно быть). Эти когнитивные характеристики валидны для всех межличностных отношений. В то же время они могут быть и предметом искажения. Оставаясь искаженными длительное время, они могут быть причиной эмоционального дистресса и дисфункциональных взаимоотношений. Идеальным способом коррекции дисфункциональных отношений является привлечение всех участников этих отношений.

Среди наиболее частых поводов для дисфункциональных межличностных отношений при нервной анорексии следует указать следующие: подкрепление нарушения пищевого поведения или психологическая роль «больного» в отношениях, ожидающего снисхождения; предположение пациента о том, что он должен выполнять роль «заботящегося» субъекта в отношениях; выраженный конфликт в отношениях или его избегание; затруднения в адаптации к меняющимся социальным ролям (пубертатный период, отъезд из дома, замужество и пр.); дефицит социальной поддержки; потребность в одобрении, страх отвержения или зависимость от значимых других; дефицит уверенности в себе; повторяющиеся попытки установления неудовлетворяющих близких отношений; жестокость в межличностных отношениях; сексуальные конфликты; неспособность поддерживать близкие отношения; ревность; горе. Таким образом, симптомы нарушений пищевого поведения зачастую представляют собой сообщение о характере межличностного функционирования субъекта и его проблемах. Они могут быть способом безопасного выражения гнева или запросом о поддержке. Проблемные межличностные отношения могут являться триггером симптоматики нарушений пищевого поведения. Такие маркеры дезадаптивности в отношениях открывают доступ к искаженным когнитивным структурам. Последние должны быть подвергнуты когнитивному переструктурированию в соответствии с изложенной выше схемой. Навыки, выработанные в результате этой работы, могут быть генера-

лизованы за пределы индивидуальной сессии, например, на процесс групповой терапии.

Вовлечение семьи в терапию. Вовлечение членов семьи в терапевтический процесс КБТ на сегодняшний день не является казуистическим, принимая во внимание тенденцию к интеграции психотерапевтических подходов. Современная когнитивная теория не противоречит основополагающим позициям системной и структурной семейной терапии. Согласно последней, различные симптомы и поведение реализуются на различных уровнях, причем если на одном из них они носят адаптивный характер, то на другом — дезадаптивны. Как в когнитивной, так и в семейной терапии, основная цель состоит в том, чтобы подвергнуть воздействию и достичь изменений в смыслообразующих мотивах поведения, что обычно происходит посредством изменения в паттернах взаимодействий. В этом контексте уместно указать на понимание нервной анорексии с позиции семейных терапевтов, с точки зрения которых, нервная анорексия зачастую является способом «перенаправления» внимания членов семьи от базовых внутрисемейных конфликтов. *Так, в нашей терапии находилась пациентка Л., у которой нервная анорексия возникла на фоне семейной ситуации, угрожающей разводом родителей. Поводом к раздору была увлеченность отца другой женщиной, на которой он женился после развода с матерью пациентки. Дочь, страдающая анорексией, несмотря на близкую привязанность к матери и тяжело переживающая развод родителей, «выбрала» переезд в новую семью отца вместо того, чтобы остаться с матерью, мотивируя это его большей финансовой состоятельностью. Через некоторое время за помощью обратилась вторая супруга отца, которая испытывала тяжелые эмоциональные переживания в своей семье, причина которых, по ее мнению, состояла в «невыносимости дочери-подростка», страдающей анорексией. Вскоре после этого, находясь в конфронтационных отношениях, Л. заявила мачехе о том, что ее переезд в новую семью отца не столько связан с привязанностью к нему, сколько с ее желанием разрушить его новую семью и вернуть отца в свою собственную. Любопытно, что в этом клиническом наблюдении, позитивная динамика симптоматики нервной анорексии была отмечена на фоне ухудшения межличностных отношений между взрослыми членами новой семьи отца.*

Кроме того, привлечение стратегий семейной терапии обоснованно, исходя из того, что нарушения пищевого поведения могут служить способом уклонения членов семьи от напряжения, связанного с проживанием периода полового созревания и подготовкой к сепарации подростка. В этом случае нарушения пищевого поведения являются дезадаптивным способом борьбы, который выбирает ребенок для достижения собственной автономии. Движение ребенка по направлению к независимости представляет угрозу для сохранения единства семейной системы. В приведенных примерах работа когнитивно-бихевиорального терапевта не противоречит базовым положениям

теории семейной терапии с разницей лишь в фокусе внимания к индивидуальному способу реагирования или системному семейному ответу на единый клубок проблем.

Такие когнитивные переменные как ожидания, предположения и когнитивные ошибки обработки информации сказываются на искажении содержательной стороны коммуникации между членами семьи и характером взаимодействия между ними. Когнитивные схемы отражают повторяющиеся и устойчивые паттерны семейных взаимодействий. Minuchin et al. (1978) указал на четыре стереотипа внутрисемейных взаимодействий у больных нервной анорексией: «запутывание», «гиперпротекция», «избегание конфликтов» и «ригидность». Каждый из указанных стилей взаимодействия отражает лежащий в его основе когнитивный диссонанс, связанный с исполняемыми ролями в семье, характере межличностных границ. В «запутанных» семьях имеет место низкая устойчивость к независимости, поскольку сама по себе независимость может представлять угрозу для одного или нескольких членов семьи. Аналогично гиперпротекция основывается на посыле, что члену семьи абсолютно необходима чрезмерная защита, без которой он практически не выживет. Интересно, что есть основания говорить о своеобразной взаимной индукции членов семьи с неразделенными межличностными границами, когда искаженный когнитивный паттерн у одного члена семьи склонен приводить к цепочке дисфункциональных взаимодействий или конфликтов в семье в целом. Кроме того, различия в точках зрения в отношении значимости событий, их интерпретации между различными членами семьи могут приводить к внутрисемейным конфликтам.

Когнитивный терапевт, работая строго в контексте своего направления, не подвергает анализу специфические смыслы, лежащие в основе паттернов внутрисемейного взаимодействия. В то же время его цель состоит в том, чтобы помочь пациенту и членам его семьи выявить дисфункциональные когниции посредством опроса и предписания поведенческих изменений. *В качестве примера многоуровневости когнитивных построений приведем пример нашего наблюдения за пациенткой С., 14 лет, которая во время сессии, посвященной семейному консультированию, была настроена достаточно агрессивно по отношению к пришедшей вместе с нею матери. Как стало ясно из беседы, такой стиль взаимоотношений сохраняется и в домашних условиях. Семья неполная, дочь, страдающая анорексией, живет вместе с матерью, оставшись вдвоем после смерти отца, к которому девочка была очень привязана. Смерть отца была скоростижной. На первом уровне оценки семейных взаимодействий возникло замешательство из-за декларируемого матерью теплого, буквально «обслуживающего» отношения к дочери, с помощью которого мать пыталась заслужить ее расположение после смерти мужа, которая потрясла, с ее слов, «очень спокойную семью, где не принято было проявлять злобу и агрессию». В процессе индивидуальной терапии па-*

пациентка осознала, что отчасти ее гнев в адрес матери связан с неискренностью декларируемого ею теплого отношения, поскольку мать практически мало времени уделяет дому, а занята организацией «собственной жизни», выбирая себе «подходящего партнера» и формально «откупаясь от дочери». В домашней обстановке (где до определенного времени гнев был табуирован, что у окружающих людей создавало впечатление о внешнем благополучии) в качестве способа предъявления агрессии девушка использовала рвоту. Причем, как она утверждала, рвота была самопроизвольной. Ключом к пониманию смысла ее поведения было то, что всегда при рвоте она оставляла дверь ванной комнаты приоткрытой, что позволяло окружающим слышать соответствующие звуки и быть «свидетелями» болезни. Посредством утверждения, что рвота была самопроизвольной, девушка отвергала свое неприязненное отношение к матери и избегала упреков с ее стороны. Важно отметить, что в качестве основного повода обращения за помощью мать первоначально весьма директивно предложила «побороться с рвотами» у дочери, которые на ее взгляд были «непроизвольными».

Как только можно будет предполагать наличие дисфункциональных когнитивных паттернов (например, в форме взаимоисключающих убеждений или отрицания) в структуре семейной коммуникации, уместно создать условия для проведения поведенческих экспериментов, которые бы подтвердили или опровергли их наличие. Например, такого рода эксперимент, организованный в отношении больной нервной анорексией, которая, утверждая, что следует намеченному плану пищевой реабилитации, теряет массу тела, помогает в выявлении дисфункциональных установок, которые становятся поводом для дальнейшей работы. Таким образом, целью терапии является выявление и последующая коррекция сложной многоуровневой системы значений, функционирующей в семье и поддерживающей дисфункциональность пищевого поведения.

Стадия 3 терапии ориентирована на подготовку пациентки к окончанию терапевтического процесса и возможности самостоятельно управлять жизненными обстоятельствами без увеличения вероятности обострения симптоматики.

В процессе обобщения достигнутого в терапии прогресса целесообразно сделать акцент на изменениях, достигнутых как в отношении специфических проблем (симптоматика нарушений пищевого поведения, самооценка, образ «Я», способы мышления, свобода в социальных коммуникациях), так и в различных аспектах жизни в целом.

Терапевту важно отметить «поворотные моменты» в терапии конкретного пациента. Важно, например, подчеркнуть необходимость регулярного питания и исключения диет, которые в отдаленной перспективе наносят вред и социальным отношениям. Наряду с прекращением обсессивных ритуалов по

перепроверке массы тела, важно обсудить необходимость периодических взвешиваний для того, чтобы быть начеку в отношении возможного снижения массы тела. Обсуждая *основу для дальнейшего улучшения*, важно подчеркнуть, что пациентка владеет навыками совладания со стрессовыми ситуациями с тем, чтобы противостоять обострению состояния.

Известно, что риск обострений для нарушений пищевого поведения сохраняется еще многие годы после формального окончания терапии. Заканчивая терапию, абсолютно необходимо обсудить с пациенткой те *факторы, которые могут способствовать обострению расстройства*. Среди них такие стрессовые жизненные события обыденного характера, как отпуск, праздники или затруднительные межличностные отношения, а также обстоятельства, связанные с серьезными изменениями жизненного уклада, например, при беременности. Пациенты обычно долгое время остаются чувствительными к особенностям формы и массы тела, могут выражать беспокойство в связи с продолжающимся набором веса. На протяжении финальной стадии терапии пациент должен усвоить навыки адаптивной когнитивной реакции на замечания, которые могут высказывать посторонние в отношении внешности, формы и массы тела, например, если ранее они видели пациентку в состоянии истощения и повстречают ее по окончании терапии. Необходимо помнить также и о том, что позитивные жизненные события (удачные отношения, карьерный рост, повышение уверенности в себе и пр.) также могут провоцировать обострение расстройства, оживляя бытовавшие представления о том, что она «может быть еще лучше».

На заключительном этапе терапии важно обсудить с пациенткой *признаки, свидетельствующие о возможном обострении*. Особое внимание следует уделить увеличению степени озабоченности весом и формой тела, эпизодам переизбытка, неожиданным падениям или подъемам массы тела, прекращению менструаций. Несмотря на то, что падение массы тела может быть обусловлено в последующем и другими причинами (соматическими болезнями, депрессией), «подключение» озабоченности весом и формой тела может произойти в последующем. Любое существенное изменение в массе тела пациентки в дальнейшем, независимо от причины, должно оставаться предметом повышенного внимания.

Предвосхищая возможность обострения расстройства, важно сделать акцент на важности *своевременного обращения за помощью* в случае необходимости. Многие пациенты при необходимости повторного обращения не делают это своевременно, находя для себя «объяснения» посредством самообвинения, либо полагая, например, что могут навлечь на себя гнев терапевта. Можно порекомендовать пациентке, что если она будет сомневаться в том, стоит ли ей обращаться за помощью вновь, то необходимость в этом следует считать однозначной.

6.4.4. Семейная терапия нарушений пищевого поведения

Семьи больных нарушениями пищевого поведения. Исторически семейный подход к терапии НПП развивался параллельно с изучением особенностей семейного функционирования больных. На этом пути различные концепции анализировались с позиции «патогенности» в плане формирования болезни. Следует особо подчеркнуть, что семьи больных нарушениями пищевого поведения (особенности внутрисемейного функционирования, стереотипы коммуникаций и пр.) не должны рассматриваться как единственная и абсолютная причина формирования НПП, поскольку принципиально не отличаются от семей людей без этих расстройств. Особенности же семей пациентов, по-видимому, с большей вероятностью отражают реакцию семьи на тяжелое или хроническое заболевание, нежели нозологически специфичны. В то же время, своеобразные паттерны внутрисемейных отношений, способы реагирования в конфликтных ситуациях, особенности проявлений заботы и внимания, специфичность границ семейных субсистем и пр. могут быть отмечены чаще, чем в семьях здоровых людей и, тем самым, могут играть «смыслообразующую» роль в развитии проблемного пищевого поведения.

На начальных этапах терапии или в остром состоянии пациентов, страдающих НПП, члены семьи склонны относиться с опаской по отношению к психологической оценке. Особенно больные НА имеют тенденцию отрицать всяческие проблемы во внутрисемейном взаимодействии. Им свойственно описывать специфику семейных отношений с позиции социальной желательности. Известна склонность семей больных НА (имеющих средний и высокий материальный достаток) идеализировать картину семейного взаимодействия, либо, как минимум, излагать свои представления о семье с такой позиции, что, за исключением наличия НПП, все весьма благополучно. В этом случае, обычно, разыгрывается достаточно типичный паттерн коммуникаций, выставляющий пациента в качестве «белой вороны» и усугубляющий и без того высокий уровень вины, возлагая ответственность за внутрисемейные проблемы.

Различные грани семейного функционирования подвергались пристальному анализу в процессе поиска возможного механизма, предопределяющего развитие болезни: дезадаптивные особенности взаимодействия в системе «мать–дитя», влияние «отсутствующего отца», характер взаимодействия семейных субсистем, специфические образовательные вмешательства родителей, роль сиблингов больных НПП, а также влияние семейного положения пациентов с НПП на динамику их болезненных расстройств. Было показано, что ни размер семьи, ни последовательность рождения не имеют прогностического значения в плане формирования НПП. Тем не менее, это не исключает вероятность того, что психологическая позиция «исключительности» у ребенка в семье может быть связана с формированием у него НПП.

В сравнении со здоровыми семьями, у сиблингов больных с НПП описана большая вероятность развития нарушений пищевого поведения и ожирения, а также другие психические и поведенческие расстройства, в частности, расстройства настроения, злоупотребление психоактивными веществами. Частыми конфронтирующими переживаниями в контакте с сиблингами у больных с НПП являются преданность и соперничество. В семьях, где одна из дочерей больна НА, она сообщала об ощущении большего контроля со стороны матери, а также страдала от большего уровня враждебности и ревности по сравнению со здоровой сестрой.

При сопоставлении субъективных оценок характера семейного функционирования показано, что пациенты с НПП оказываются даже более критичными, чем их родители. В целом, пациенты с нарушениями пищевого поведения с большей вероятностью оценивали свои семьи как чрезмерно озабоченные внешностью и уровнем достижений. Больные НБ чаще описывали свои семьи как конфликтные, плохо организованные, мало сплоченные, с плохой заботой. Больные НА воспринимали свои семьи противоположным образом: как стабильные, неконфликтные, сплоченные и с достаточным уровнем заботы. При попытке взглянуть на характер внутрисемейных взаимоотношений со стороны (обсервационные исследования) оказалось, что приведенные выше оценки лишь частично соответствуют реальности (причем, у больных НБ эти оценки были намного реалистичнее). По сравнению с семьями, где дети не страдали от НПП, семьям больных НА в большей мере была свойственна ригидность семейной организации, были менее отчетливы межличностные границы и они зачастую избегали открытого обсуждения возникающих противоречий. Для семей больных НБ были свойственны относительно более четкие межличностные границы, меньшая стабильность семейной организации и меньшая склонность к избеганию разногласий. Больные НБ описывались как гневно покорные по отношению к враждебно настроенным и игнорирующим их родителям.

Наша работа с родителями больных нарушениями пищевого поведения подтверждает наблюдения, согласно которым родители таких детей испытывают серьезные затруднения в плане выбора адекватного баланса (целесообразного и гибкого) между необходимостью контроля за ребенком и предоставлении ему автономии, адекватной его возрасту. Во многих случаях это происходит на фоне того, что родители не могут сами достигнуть базового согласия по поводу воспитательных подходов к ребенку, что, в свою очередь, усугубляет отношения между ними. С другой стороны, больные нервной анорексией весьма схожи между собой в восприятии родительского отношения: в детские годы родительская забота о них сопровождалась выраженным беспокойством, что реализовалось в гиперпротекцию. Родители больных НА с большей вероятностью (чем родители здоровых и больных НБ) использовали в процессе воспитания «двойные послания» в отношении привязанности

наряду с игнорированием потребности дочерей в самовыражении. Больные НБ сообщали о большем опыте детских переживаний и дефиците заботливого отношения, прежде всего со стороны матери.

В тех ситуациях, когда больные НПП создавали собственную семью (НПП предшествовало ее созданию или развилось в браке), они часто сообщали о выраженной неудовлетворенности своими отношениями. Чаще всего в таких семьях проблемы взаимодействия между супругами касаются недостаточной открытости в отношениях, низкого уровня супружеской интимности и дефицита навыков коммуникации.

Клинические наблюдения и теоретические конструкты, подтвержденные научными доказательствами на протяжении последних десятилетий, убедительно показывают, что факторы, связанные с семейным функционированием, существенно влияют на формирование и поддержание нарушений пищевого поведения. Разработка психотерапевтических методов, ориентированных на вмешательство в семейную систему, основывалась во многом на экстраполяции подходов индивидуальной терапии (С. Палаццоли) и систематизированных доказательствах клинической эффективности семейной терапии (С. Минухин).

Семейная терапия нарушений пищевого поведения подразумевает наличие разделяемого той или иной школой видения механизмов формирования и поддержания нарушений пищевого поведения. В соответствии с традиционной медицинской моделью понимания НПП, семейная терапия предполагает либо модификацию дисфункциональной природы внутрисемейных взаимодействий, либо изъятие пациентки из негативно влияющих на нее условий среды. В то же время эти допущения нельзя считать исчерпывающими, т. к. они подразумевают лишь однонаправленность и линейный характер влияний предрасполагающих и пусковых факторов на развитие НПП.

Прогресс в понимании механизмов нарушений пищевого поведения привел к формированию школы *структурной семейной терапии* (С. Минухин, Филадельфия). Содержательное ядро этого подхода в работе с нервной анорексией определяется «психосоматической семейной моделью», согласно которой для формирования тяжелого психосоматического расстройства у ребенка необходимо сочетание как минимум трех факторов: 1) физиологической предрасположенности; 2) для семьи ребенка характерными являются следующие стили взаимодействия: запутанность, гиперпротекция, ригидность, малая способность к разрешению конфликтов; 3) больной ребенок играет важную роль в семейной стратегии избегания конфликтов и эта роль важна в плане подкрепления имеющихся болезненных симптомов. Цель структурной семейной терапии состоит в том, чтобы прервать дисфункциональные и поддержать конструктивные паттерны семейного взаимодействия. Члены семьи активно поддерживаются в плане формирования открытого стиля взаимоотношений как внутри семьи, так и с внешним миром. Согласно

модели структурной семейной терапии достижение таких функциональных изменений приведет к ослаблению процессов формирования симптомов.

Концепция *стратегической семейной терапии* нервной анорексии отличается агностицизмом в отношении причин психологических нарушений. Болезненная симптоматика рассматривается в отрыве от семейной системы, в то же время подразумевается ее влияние на членов семьи и пациента. Заболевание рассматривается в качестве семейного груза, который ограничивает нормальную динамику жизненного цикла развития семьи. В то же время болезненные симптомы не несут специфической функции. В структуре стратегической семейной терапии вмешательства ориентированы на ограничение влияния симптомов на отдельных индивидов и семью в целом. Техническая реализация данного подхода подразумевает выработку мощных, индивидуализированных и целенаправленных вмешательств, призванных вызвать последующие изменения в семейной системе. Среди этих вмешательств существенное место принадлежит предписанию парадоксальных поведенческих актов, призванных дестабилизировать устойчивые паттерны взаимодействий. Например, пациентке, страдающей анорексией, предписывается есть немного больше, для того, чтобы укрепить ее позицию в противостоянии с родителями, которые настаивают на том, чтобы она ела; даются советы в отношении того, в каких направлениях своей деятельности пациентка могла бы проявить больше упрямства и настойчивости вопреки ограничениям в еде. В результате реализации такого подхода изменения в семейной системе оказываются менее значимыми по сравнению с таковыми при структурной семейной терапии, а само расстройство, если не устраняется полностью, то ослабляет свое давление на отдельных индивидов и семью в целом.

В контексте стратегической семейной терапии сформировалась Миланская системная семейная терапия [С. Палаццоли, Л. Босколо, Д. Чекин, Д. Прата]. Основной идеей этого направления было рассмотрение семьи в качестве ригидно организованной системы отношений, в которой симптомы болезни играют важную роль в поддержании стабильности (гомеостаза) семейной системы. Цель же терапии состоит в том, чтобы после тщательного исследования особенностей семейной системы, планомерно подвести ее членов к переопределению смысла различных аспектов жизни семьи. В структуре этого подхода терапевты разрабатывают гипотезы в отношении природы организации семейной системы и функции (роли) симптома в ней. Ключевым представляется вмешательство по окончании сессии, когда выдается «послание семье», включающее переопределение наблюдающихся в семье паттернов в позитивном контексте. В качестве интервенций семье также могут быть даны задания, исполнение которых ориентировано на конфронтацию с наблюдаемым паттерном. Отличительной стороной этого направления семейной терапии является позиция «невмешательства» со стороны терапевта, сохраняющего нейтральное положение как в отношении с членами семьи или

группировками в ее структуре, так и в отношении наблюдаемых изменений. Такая позиция опирается на теоретическую базу миланской школы, которая рассматривает семью как систему с гомеостатическим механизмом регуляции, когда прямое давление в отношении изменений неизменно приведет к противонаправленным изменениям, призванным стабилизировать систему. Специфика терапевтического интервью с семьей состоит в том, чтобы подчеркнуть отличительные особенности семьи, чтобы привлечь ее членов к активному наблюдению за процессами изменений в собственных убеждениях и отношениях.

Накоплено достаточно доказательств в отношении эффективности (и обоснованности) семейной терапии НА у подростков. Существует точка зрения, согласно которой семейный подход в терапии нервной анорексии настолько же уместен, насколько истерия комплиментарна психоаналитическим, а фобии — поведенческим вмешательствам. При длительном наблюдении показана большая (по сравнению с поддерживающей терапией) эффективность семейных вмешательств (продолжительностью 1 год) как к моменту окончания терапии, так и через 5 лет после нее, особенно, при раннем начале расстройства (до 19 лет) и короткой его продолжительности (до 3 лет).

Объектом внимания являются различные формы семейной терапии при НПП, когда сам пациент непосредственно включен в структуру терапевтической сессии вместе с другими членами семьи, либо проходит параллельную индивидуальную терапию у того же психотерапевта, который работает с остальными членами семьи. При НА изолированный дизайн терапии, по-видимому, оказывает более быстрый эффект в плане редукции специфических симптомов (низкая масса тела, булимические проявления). Однако психологические последствия НА (депрессия, пониженная самооценка, ощущение неэффективности, межличностная неудовлетворенность) в большей мере склонны разрешаться при терапии всей семейной системы в целом.

Эффективность семейной терапии нервной анорексии определяется по тому, насколько оказывается возможным изменить характерные стереотипы семейных взаимодействий и семейной организации. В ряде случаев, изолированная семейная терапия без непосредственного включения самого пациента (хотя бы на части сессий) оказывается более эффективной. Это, по-видимому, оказывается уместным тогда, когда члены семьи склонны к критическим замечаниям и враждебному отношению в адрес своего окружения и самого пациента. Показано, что если хотя бы у одного члена семьи высокий уровень критицизма не уменьшился к моменту окончания терапии, то это сопряжено с худшим результатом лечения у пациента. В целом, семейная терапия взрослых пациентов с НА или НБ в своей структуре оказывается в меньшей степени ориентированной на обсуждение симптомов, а отдает предпочтение формированию адекватной системы отношений.

Эффективность семейной терапии при НБ, а также в отношении пациентов старшего возраста остается предметом дискуссии. Существуют указания на сопоставимую или большую эффективность семейных вмешательств по сравнению с индивидуальной поддерживающей или психодинамической психотерапией, однако эти данные во многом противоречивы.

Заметки психотерапевта в отношении групповой работы (Материал предоставлен С. Л. Мельгуй, врачом-психиатром, сертифицированным гештальт-терапевтом). В отделение стали поступать девушки с нарушениями пищевого поведения, которые выбрали себе такой образ жизни, при котором болеть выгодно. Это способ манипулирования окружающими и осуществления контроля над ними, способ *получения чего-либо*, при котором *не обязательно отдавать и нести ответственность*, способ жить среди людей и быть одинокими. В фокусе внимания терапии находится осознание симптомов болезни, проявления болезненных поведенческих паттернов с проведением «параллели» с образом жизни, контактом с окружающим миром.

В процессе индивидуальной терапии с девушками, страдающими нарушениями пищевого поведения, круг самых частых проблем поразительно специфичен. Вот самые примечательные пометки из сессий с различными клиентами:

Катя Б., 17 лет: «...Меня контролировали во всем, даже в том, какие трусы я сегодня одела. Я решила, есть так, как я хочу...».

Оля К., 24 года: «...Мне предъявляли такие требования, что я вынуждена была поступить в институт, от которого меня тошнит...».

Наташа Ко., 18 лет: «Папа и мама всегда были далеки от меня, но при этом выбирали мне друзей, навязывали их или запрещали. Единственный способ выжить — оставаться один на один со своей фигурой».

Света Б., 21 год: «Я всегда хотела искреннего, честного внимания своих родителей, любви и заботы. Но всегда получала в ответ: «Отстань, мы тебя очень любим, но сейчас некогда».

Вероника С., 31 год: «...Я всегда, во всем должна была быть лучшей, отлично учиться в школе, поступить в престижный вуз, в бизнесе должна была обойти папу (владельца нефтяной компании в России). Надоело. Хочу объедаться дерьмовыми продуктами, а потом тошнить ими. В престижном магазине я покупаю полезные продукты: йогурт, фрукты, овощи, постное мясо. Затем я иду в обычный магазин и покупаю продукты, чтобы обожраться...».

В то же время, послы родителей не менее своеобразны:

Папа Наташи Ко.: «...У меня нет жены, нет любовницы... Подскажите, как мне правильно жить с моей дочерью?»

Мама Оли К.: «Мое счастье возможно только тогда, когда дочка будет счастлива, будет учиться в институте, будет иметь хорошую специальность».

Все родители при обращении к врачу по поводу здоровья своих дочерей буквально требуют «накормить» их советами, подсказать, *как вести себя со своими детьми*, требуют незамедлительных результатов лечения — полного выздоровления. Одновременно они с трудом представляют себе, что выздоровление при нервной анорексии не представляет собой исключительно набор веса. С трудом также дается понимание того, что выздоровление подразумевает и психологическое оздоровление, в том числе и семейных субсистем. Родители таких больных полагают, что «...знают, как их детям правильно жить, есть, одеваться... Нам лечиться не надо, у нас, родителей все хорошо... Вы (доктор) занимайтесь лечением нашей дочери...».

Групповая работа с больными (группа «Аноректиков») включает в среднем 2 терапевтических сессии в неделю по 2 часа. Через 10–12 групповых встреч становятся заметными начальные изменения у клиенток: девушки меняются, что-то осознают про себя, робко пытаются экспериментировать с новыми способами поведения. Уже само осознание и вербализация своего душевного состояния, своих потребностей в данный конкретный момент времени приводит к существенным изменениям в состоянии таких больных, а в последующем и в их поведении. На определенном этапе нашей работы оказалось, что родители ожидали от своих дочерей не этих перемен, а только набора веса. Появилась потребность в создании «Родительской группы» с целью оказания поддержки, проработки заявленных запросов. В последующем была создана еще одна группа, группа «Мультисемейной терапии», которая собиралась один раз в неделю, по субботам. Обе группы по форме работы были открытыми, бесплатными, выписанные из стационара пациентки, а также те, кто никогда не лечился в клинике по поводу нарушений пищевого поведения, могли участвовать в их работе.

Установление доверительных отношений с клиентками в «детской» группе обычно не составляло проблем. Быстро и согласованно группа принимает групповые правила, старается их соблюдать (ведь основная часть группы — «отличницы»). Периодически, на «детских» группах отмечалась слабая групповая динамика. Несмотря на формальное наличие запроса, положительную динамику в осознании телесной феноменологии, такие пациентки испытывают серьезные затруднения в организации прямого контактного взаимодействия друг с другом в структуре терапевтического процесса, они предпочитают опосредованный контакт через терапевта, через ведущего. Периодические застревания на «беседах о еде» (разговоры о еде запрещены групповым правилом) и отсутствие актуальных запросов на групповых терапевтических сессиях могут существенно замедлять терапевтический процесс. «Все хорошо... Вот только отеки», — сообщали клиентки. В этих ситуациях в качестве вмешательства терапевт, обращаясь к пациенткам, напоминал, что такова их жизнь, «...которую они *сами* выбрали... и в силах ее *изменить*». Удивленные пациентки в ответ спрашивали: «А что? Разве еще как-то можно

жить? Можно говорить и думать о чем-то другом?» Фоновое переживание недоумения и растерянности в таких группах, как правило, на следующих сессиях сменялось активной позицией участников, их взаимодействием друг с другом, проживанием страха смерти. Такие клиентки, «оживая», в последствии снова учатся проявлять агрессию, учатся принимать ее от других, не «проглатывая», а «переваривая ее».

Одной из проблем мультисемейных групп является отсутствующая «фигура отца». Отцы на группах появляются крайне редко (как правило, на 1–3 сессиях), а затем покидают ее, сославшись на занятость. Присутствие же мужчин в группе заметно оживляет ее. В тех семьях, которые «исправно» работают, «живут» в групповом процессе, отмечаются более качественные и стойкие изменения во внутрисемейных отношениях.

Обычно фигурой на первых групповых встречах был страх. Так как группа открытая, то при обновлении состава участников вновь возникала фигура страха, отсутствия безопасности. Многие участники группы обнаруживали алекситимию: «...Я думаю, что я чувствую... у меня нет чувств, я могу только думать». Карина, например, всегда поднимала руку, как в школе, когда спрашивала разрешения сказать: «Чтобы что-то сделать, надо спросить разрешения. Так всегда говорила мама, учительница в школе». Наташа Ко. чаще молчала, при этом краснела, бледнела и ерзала на стуле. Так, в одиночку она переживала «горе по поводу смерти матери», спрашивала: «А что, разве может быть как-то иначе?». Лишь Наташа К. всегда говорила о чувствах, эмоциональном состоянии, но «так, как надо, какими *должны быть чувства* в настоящий момент, в данной ситуации». Через несколько групп Карина, Наташа Ко. и Оля К. стали проявлять раздражение, злость в адрес Наташи К. Объектом злости стала возникшее недоверие к ней. За недоверием к Наташе К. стояло такое же недоверие к родителям, к их двойным посланиям, к их требованиям о «соответствии».

Оля К.: «Мама всегда говорила, что очень любит меня, при этом практически всегда кричала. Ее трясло от злости в ответ на то, что я вновь вызывала рвоту».

Карина: «Мне мама говорила, что я — ее любимая дочка, а любимая дочка *должна* хорошо учиться, *не должна* злиться. И вообще, *должна делать только то, что мама хочет*».

Переживание злости (агрессии), ее осознание, принятие в себе, возможность их проявления в адрес других вызывало удивление участников группы: «Оказывается, можно?», спрашивает Карина. «И наказания за этим не следует». После нескольких встреч с предъявлением агрессии на «детских» группах девушки стали *позволять себе* предъявлять ее родителям. Девушки быстрее продвигались в терапии, становились живыми, спонтанными, хотели пробовать что-то новое. Родителям же, напротив, всегда надо было больше времени, чтобы пройти фазу безопасности. От 2 до 5 встреч мамы и

папы сидели со скрещенными руками и ногами, обставлялись сумками с передачами... Вообще хоть как то говорить о себе было «страшно», иногда «стыдно». Фигура стыда возникает на группе, как правило, после проработки фазы безопасности. Особенно четко эта фигура наблюдается на семейных группах: стыд за наличие психического расстройства в семье, стыд прихода в психиатрическую больницу. Проживание стыда требует 2–3 групповых встреч и только после этого возможна дальнейшая работа с каждой семьей в групповом формате.

На мультисемейных группах семья всегда садилась рядом друг с другом. Запросы на первых группах всегда были одинаковыми: дать совет, объяснить, разъяснить, научить. И на мультисемейных группах групповая динамика была очень медленной. Контакт устанавливался зачастую только через терапевта, даже внутри одной семьи. Всегда предлагалось участникам группы «попробовать проконтактировать» как-то иначе, глядя друг другу в глаза, не торопиться, попробовать почувствовать друг друга. На тот момент фаза безопасности была пройдена, и можно было обращаться к проблемам, к самому «спрятанному», «стыдному». Когда терапевт интересовался о том, какие чувства испытывает каждый член семьи (мать, отец, сестра больной), всегда он получал одинаковые ответы, описывающие одинаковое эмоциональное состояние. Важным вмешательством для стимулирования выхода из слияния в семье в этом случае было предложение сесть отдельно, не рядом. С того момента, когда пациентки получали хотя бы небольшой «доступ к независимости» в плане переживания своих собственных чувств, они старались напоминать «новичкам» о «полезности» садиться отдельно.

Ниже приведено несколько коротких выдержек из семейных историй: с чем семья пришла на группу, с чем уходит или остается в ней, либо возвращается.

Андрей Т., отец Маши Т., в течение длительного времени не разговаривал с дочерью, открыто не интересовался ее делами, а делал это только посредством своей супруги. Он вообще ушел жить к своей маме. Испытывал стыд за дочь, которая воровала продукты в магазине, подвергалась уголовной ответственности за эти правонарушения. Всегда на группу Андрей приходил самостоятельно, отдельно от жены и дочери. Андрею терапевт предложила «попробовать прожить» свой стыд прямо на группе. В этом его поддержали другие родители. Андрей плакал, при этом смотрел только в пол, практически не дышал. Периодически повторял: «Стыдно, стыдно...». Затем терапевт попросила его обратить внимание на то, что он в группе не один. Его напряжение возрастало, но он нашел в себе силы сделать это. Глядел на жену, дочь (!), затем на другие семьи. Своей дочери он рассказал о своем раздражении, злости. Слезы успокоились, задышал. От других участников группы Андрей получил эмоциональный отклик в виде поддержки, со слезами радости, с информацией о том, что многие родители испытывали стыд за своих детей, за

их худобу, кражу продуктов. На следующую встречу семья пришла вместе, даже с близким другом Маши. Андрей из молчунов стал одним из самых активных участников группы, уже сам подталкивал других родителей, «новичков», к установлению зрительного контакта друг с другом. Мать Маши, Наташа, находилась в слиянии с дочерью. Она поучала ее советами, *спрашивала* о том, чего хочет дочь, но *не слышала* ответа. Считала, что только она сможет ей помочь. Через 12 сессий мать рассказала о сне, который ей приснился накануне очередной групповой встречи. «Я — лебедь, плавающая в красивом озере, окруженном высокой ароматной травой, зелеными деревьями. Вокруг — искрящийся воздух. Я получаю наслаждение, плавая в этом озере, особенно когда у меня под крылом маленькая лебедушка. Лебедушка выскользнула из-под крыла и поплыла по озеру, совершая корявые движения, пыталась взлететь, падала, вновь пыталась взлететь. Мне, лебедю, стало грустно, страшно, крылья тянутся вернуть... Лебедушка приплывет ко мне и вновь отпрянет». Маму Маши, рассказывающей сон, вдруг осеняет: «Я в слиянии с дочерью. Она пробует вырваться, уплыть, а я не готова ее отпустить. Нет, я так не хочу. Плыви, Маша, барахтайся сама». При этом Наташа, мама Маши выдохнула, расплакалась. Через 3 сессии родители Маши перестали приходить на группу, приходила Маша или сама, или со своим парнем. «Родители уехали в санаторий». Через год с момента терапии стало известно, что Маша замужем, родила ребенка.

Оля К. была младшей из двоих дочерей в семье. Старшая — низкорослая, неказистая, но при этом отличница, учится в университете. Отец парализован. На первых группах мать все время говорила о любви к своей дочери. О том, что она может быть счастлива только тогда, когда ее дочь будет счастлива: «А как может быть иначе?». И уже сама Оля К. сообщает маме, о том, что «тошнит» от ее требований и ожиданий: «Учеба, соответствие мещанским представлениям... Я учиться поступила лишь бы куда, чтобы быть не хуже своей сестры, чтобы ты оценила». Теперь я осознаю: «Или я брошу институт и буду здоровой, или я продолжу учебу, но буду болеть... Или я продолжу учебу и, при этом, буду выздоравливать».

Мать Оли, рассказывая о болезни дочери (когда та опустошала за 30 минут 3-литровые кастрюли с супом, гарниром, съедала сковороду жареного мяса и заедала тортом, а потом вызывала рвоту) постоянно говорила: «Я ведь так тебя люблю». Обращаясь к матери, Оля сказала: «Ты ведь злилась на меня тогда и сейчас, когда говоришь об этом». Мать подтвердила: «ДА». На вопрос терапевта про свои чувства в этот момент к дочери, мать сказала: «Не-нависть... Ой, нет, люблю очень...». Уже на следующей группе мать Оли говорила о том, что к ребенку можно испытывать любовь, можно испытывать ненависть, а потом снова любить. Самое главное самой себе признаться и принять ненависть, а не называть ее любовью. «...Пусть бросает институт и работает уборщицей. Зато она красивая», — подвела итог мама. На сегодняш-

ний день Оля продолжает учебу. Изредка приезжает на группы за поддержкой. У нее бывают «срывы», в основном на сессиях из-за «плохих оценок».

Настя К. Нарушения пищевого поведения появились у нее в течение полутора лет до момента госпитализации. До появления этих проблем у девочки ее мать перенесла затяжной депрессивный эпизод (в течение года). Девочка наблюдала, как все ухаживают за матерью, особенно отец, «который даже бросил пить». Иного способа как «заболеть» Настя не нашла, чтобы получить подобное отношение к себе. Лишь когда в процессе длительной работы (индивидуальной и в группах) Настя позволила себе свободно говорить о своих проблемах, обращаться с ними в адрес родителей, пробовала просить о поддержке и внимании, ее вес сразу начал восстанавливаться.

Наташа А. Давняя пациентка. Младшая из двоих детей в семье (есть старшая сестра). В одну из госпитализаций организовала свой побег из отделения (при помощи своего парня). Основной Наташин запрос — проблема созависимых отношений с матерью. На «детских» группах осознавала свое раздражение на дифлексивные реакции других. Одна из первых инициировала триадные отношения, что способствовало групповой динамике. С матерью отстаивала свои границы. Вышла замуж, возобновились менструации.

Клиентка **Наташа К.** из полной семьи, кажущейся внешне благополучной. Мама — опытный врач-терапевт (оставила работу, посвятив себя болезни дочери). Есть старший брат (живой, спонтанный, искренний, достаточно честный). Отец, значимая фигура для дочери, который просто неистово работает, обеспечивая материальное благополучие семьи. Наташа в течение многих лет страдает (?) нервной анорексией. Когда-то ей захотелось похудеть. Сейчас — это образ жизни, способ предьявить себя, контактировать и манипулировать окружающими. Мама Наташи К. появилась на группе спустя 3 месяца после того как ей настоятельно предложили поучаствовать в ней. Она представала в образе «заслуженного учителя», который знает все и пыталась учить других. Она так обращалась к пациенткам: «Вы *должны*, вы *обязаны* признать свою вину, свои ошибки, извиниться перед родителями». В качестве обратной связи она получила посыл от «выздоровливающих»: «Сама извиняйся перед своей дочерью!». Мама Наташи К., Тамара едва сдерживала слезы, в которых, как потом говорила — беспомощность, бессилие. Но эти чувства предьявить было стыдно. Про свои чувства Тамара сообщала психотерапевту после нескольких групп, тайно. Она так и не рискнула изменить свою позицию, осталась опытной болеющей матерью, у которой самая больная дочь.

Юля К., 16 лет. После выписки из больницы (лечение продолжалось 4 месяца, пациентка не пропустила ни одной группы) специально приехала на семейную группу из областного города. С радостью сообщила о своем открытии: «Я стала худеть только лишь потому, что *не могла есть без мамы*. Мама, поменяв место работы, перестала приходить на обед домой. Она рано уходит и

поздно вечером возвращается домой. Таким образом я хотела ее постоянного присутствия. Но ведь я — взрослая девочка, а *спала с мамой, чтобы она не спала с папой*, т. к. от этого у меня мог появиться кто-то младший. А теперь я хожу ночевать к подружке, мы не спим ночью, делаем все, что захотим».

По-видимому, практику семейной психотерапевтической работы с нарушениями пищевого поведения можно охарактеризовать с позиции оправданного, осознанного (изначально, прежде всего, терапевтом) риска. И если первые два определения вытекают из внутренней логики самого расстройства, то риск имеет принципиально иной смысл. Поддерживающий, сопереживающий терапевт *рискует* пошатнуть ригидные семейные правила, в пределах которых сформировалось расстройство. При этом он рискует стать объектом смещенной агрессии всей семейной системы и не устоять в этом взаимодействии. Плата за риск — благополучие пациента.

6.4.5. Интерперсональная терапия нарушений

пищевого поведения (личностноориентированный подход)

Интерперсональная терапия НПП (ИПТ) опирается на доказательства того, что проблемы в сфере межличностных отношений пациентов склонны оказывать принципиальное влияние как на манифестацию расстройства, так и на его хронизацию. Клинические руководства по использованию ИПТ в лечении психических и поведенческих расстройств изначально были ориентированы в своей структуре на амбулаторное лечение клинически выраженной депрессии. В последующем методика ИПТ расширила свои показания на терапию других расстройств, в том числе нервной булимии. Представляет интерес тот факт, что сравнительная оценка клинической эффективности когнитивно-бихевиоральной (КБТ) и ИПТ при нервной булимии показала сопоставимый эффект в сроки более 8 месяцев от окончания курса терапии с последующим его усилением для ИПТ. В то же время КБТ нервной булимии имела выраженный краткосрочный эффект и к моменту окончания активного лечения превосходила по клинической эффективности ИПТ. Эти исследования позволяют сделать несколько выводов, валидных, по крайней мере, для клинического использования ИПТ в лечении нервной булимии. Во-первых, ИПТ, уделяющая практически исключительное внимание разрешению интерперсональных проблем пациентов с НПП, и не работающая со специфической симптоматикой, в отдаленной перспективе оказывает свой лечебный эффект в том числе и в отношении последней. Во-вторых, существует, по-видимому, перекрестное взаимовлияние дезадаптивных межличностных отношений и симптоматики НПП. В-третьих, разрешение межличностных противоречий в структуре лечения следует считать абсолютно необходимым для оздоровления дезадаптивного пищевого поведения. Исследования опыта применения ИПТ в лечении НА немногочисленны и позволяют рассчитывать на клинически значимый эффект, поскольку психопатология нервной ано-

рекции сопоставима с таковой при НБ, а также в связи с тем, что межличностные проблемы занимают чрезвычайно большое место в феноменологии этого расстройства.

Среди механизмов, ответственных за клиническую эффективность ИПТ в терапии нарушений пищевого поведения, есть основания обсуждать следующие. Разрешение межличностных проблем, затрудняющих личностную реализацию пациентов, страдающих НПП, позволяет им почувствовать себя способными влиять и на иные аспекты собственной жизни, в том числе, проблемы с питанием. Прямые эффекты ИПТ, связанные с улучшением настроения и самооценки, могут способствовать уменьшению озабоченности в отношении внешности и массы тела. Это, в свою очередь, может уменьшать ограничительные тенденции в питании и, таким образом, способствовать ослаблению компульсивного переедания. Расширение круга социальных взаимодействий в результате ИПТ пациентов способствует большему структурированию их времени, что содействует дальнейшему уменьшению предрасположенности феноменам переедания. И, наконец, уменьшение частоты и выраженности межличностных стрессоров может напрямую уменьшать частоту эпизодов переедания.

Руководства по применению ИПТ при нарушениях пищевого поведения рекомендуют структурировать психотерапевтические вмешательства в пределах 15–20 еженедельных сессий на протяжении 4–5 месяцев. Несмотря на то, что обсуждается необходимость целенаправленной работы исключительно с межличностными проблемами пациентов (для того, чтобы не упустить время из-за распределения внимания на иные актуальные контексты НПП), признается уместность интеграции формализованного ортодоксального подхода ИПТ с иными формами психотерапевтических вмешательств, ориентированными на прямую конфронтацию с симптоматикой НПП (например, КБТ). В то же время публикации, позволяющие оценить эффективность интегративной модели психотерапии, практически отсутствуют. Это понятно, поскольку на данном этапе изучения феноменологии НПП происходит активный процесс сбора данных и научного анализа гипотез в отношении механизмов этих расстройств. Лишь их понимание может служить надежной основой теоретического обоснования для интеграции различных подходов. В качестве практической модели для развития интегративного психотерапевтического подхода к лечению НПП может быть привлечена краткосрочная мультимодальная терапия А. Лазаруса, поскольку она апеллирует к основным модальностям, заинтересованным в развитии и поддержании расстройств (BASIC ID), а также основана на принципах научения, проблемно ориентирована и опирается на эффективные техники биологической оценки и вмешательства. Большинство же «пилотных» попыток комбинации различных терапевтических подходов к лечению этих расстройств удовлетворяют скорее критерию эклектизма, чем интеграции.

В нашей работе личностноориентированный подход мы используем в структуре оказания помощи пациентам, страдающим НПП. Его реализация начинается на стационарном этапе и включает в среднем три еженедельные сессии. Уместность и своевременность такого вмешательства обусловлена еще и тем, что ИПТ помогает реструктуризации ролей во внутрисемейном окружении пациенток. Этот контекст становится актуальным как только пациент «уходит» из-под непосредственной опеки ближайших родственников, поступая на лечение в клинику. Особенно востребованной оказывается межличностная терапия у пациенток в позднем пубертатном периоде и раннем взрослом возрасте (а это — подавляющая часть обращающегося контингента) при отсутствии сформированной опоры на внутриличностные ресурсы и интенсивно вовлеченных в созависимые отношения. Целесообразность раннего обращения к ИПТ обусловлена еще и тем, что она открывает доступ к безопасному (в пространстве терапевтического процесса) экспериментированию и изменениям в иных сферах личностной реализации. В частности, ИПТ способствует стимулированию динамики и ассимиляции эффектов группового терапевтического процесса. По мере того как в процессе индивидуальной терапии пациентки получают доступ и позволяют себе проявления автономии в мыслях, чувствах и деятельностной самореализации, практически незамедлительно следует «отклик» из ближайшего окружения пациентки (как правило, от членов семьи). Эта реакция семейной системы, как правило, свидетельствует о том, что такие особенности пациенток перестают более удовлетворять ригидным установкам паттернов коммуникации между компонентами семейной системы. Это создает почву для возможности психотерапевтических вмешательств посредством семейной терапии. Наши наблюдения показали, что неучастие членов семьи больных НПП в семейной терапии за время активного психотерапевтического лечения (на протяжении, например, стационарирования) самого пациента, делает весьма затруднительным последующее их мотивированное стремление к изменениям в плане ригидных внутрисемейных стереотипов, поддерживающих дезадаптивное пищевое поведение. То же можно сказать и в отношении отдаленного прогноза состояний при таких наблюдениях.

Практика подтверждает, что можно выделить несколько основных «проблемных» контекстов, в которых чаще всего и формируется фигура интерперсональной терапии. Среди них:

- межличностные разногласия со значимыми для пациента фигурами из его окружения (родители, дети, друзья, сексуальные партнеры, супруги, коллеги по работе и пр.);
- трудности адаптации к изменениям социальной роли (сепарация от родительской опеки, отъезд из дому на учебу, устройство на работу или смена ее, выход замуж, развод, рождение детей);

- дефицит межперсональных контактов, когда пациентка испытывает выраженные затруднения в установлении и поддержании близких отношений;
- переживания утраты (объектов привязанности, крушение планов, собственной идентичности).

Следует отметить эффективность применения поведенческой терапии на ранних этапах лечения. Использование приемов «поощрения–наказания» помогает установить внешний контроль за поведением в короткие сроки. ИПТ впоследствии способствует формированию более осознанного внутреннего контроля. Разрешение указанных проблем недирективными неинтерпретативными методами (например, техники гештальт-терапии) позволяет пациенту почувствовать себя способным к активным действиям по преодолению проблем, связанных с нарушенным пищевым поведением.

Приводим некоторые выдержки из описания психотерапевтических сессий работы с пациентами, страдающими НПП. Приведенные материалы публикуются без внесения изменений в авторское описание работы.

Случай 1. Плавно с нарочито расправленными плечами и высоко поднятой головой У. М. входит в кабинет в сопровождении отца. Посетители располагаются в помещении на значительном удалении друг от друга, практически не поддерживая зрительного контакта. Клиентка (У. М.), 20 лет. Выглядит экстравагантно, горделиво, «респектабельно» (как потом сама охарактеризует свою внешность). Густые черные волосы обвиты косынкой, обильным макияжем подчеркнуты глаза, губы, «нарощенные» ногти едва позволяют управлять мобильным телефоном. На тыльной стороне правой кисти заметна оmozолелость кожи (признак Рассела).

При прояснении запроса У.М. рассказала, что имеет проблемы, связанные с избыточным весом, периодически проявляющейся неспособностью контролировать что и в каком количестве съедает. Она сообщила также о том, что регулярно (вплоть до нескольких раз на день) использует очистительные ритуалы, включающие самовызывание рвоты и изнуряющие физические упражнения по 1,5 часа в день.

Из истории проблемы... Клиентка — одна из двух дочерей в семье (старшая). Всегда была достаточно успешной в обучении. Рано проявились творческие склонности. Поначалу активно занималась танцами, сценическим искусством, любила быть на сцене, ощущая внимание зрителей. В возрасте около 14 лет начались соответствующие пубертатному периоду возрастные изменения в теле: увеличился объем ягодиц, бедер, груди, стал увеличиваться вес тела. Наряду с этим активная учеба в связи с перспективой окончания школы и планированием поступления в вуз не позволила продолжить активные занятия по интересам и увлечения пришлось оставить по обоюдному согласию с родителями, хотя и с нескрываемым сожалением. Масса тела на тот момент соответствовала диапазону адекватных росту и возрасту значений. В то же время это никоим образом не совпадало с ожида-

ниями девушки, что и побудило к активному использованию жестких диет в возрасте около 16 лет. В этом отношении У. М. преуспела, потеряв около 25 % массы тела, вначале испытывая ощущение «полета», постепенно сменявшееся чрезмерной слабостью и сопутствующей дисменореей. В тесной временной связи стали появляться эпизоды переедания, которые впоследствии организовались в булимические эпизоды с регулярным (по несколько раз в день) очистительным поведением.

Уместно отметить, что ожидания клиентки в отношении своего внешнего вида формировались в весьма своеобразной семейной атмосфере. Мать, преподаватель математики в вузе, опекающая, ранимая и в то же время достаточно формальная женщина в возрасте 48 лет; отец — «интеллигент-бизнесмен», ежедневно дающий дочери 20 \$ на «личные нужды», слегка пастозный и «благоухающий» терпкой смесью запаха перегара, табака и туалетной воды. Младшая сестра клиентки (к 6-му месяцу терапии клиентка ее назвала «скелетиной») в терапии личного участия не принимала, но была значимой фигурой «семейной атмосферы», оцененной клиенткой поначалу как «тесной» и «помогающей». Состояние этих эпитетов определялось двумя полюсами переживаний, обычно бытующих в семье. В тот момент, когда масса тела клиентки *семьей* оценивалась как избыточная, члены семьи, *тесно* взаимодействуя друг с другом, пребывали в напряжении, периодически прорывающемся в упреках, адресованных клиентке, «помощи» и «ценных указаниях» в подборе диеты. Практически постоянно мать «отдавала себя в жертву» дочери, «сажаясь на диету» вместе с ней и, как полагала сама, облегчала ее страдания. Дома был даже заведен специальный настенный календарь (выполняющий роль своеобразного «молитвенника»), к которому клиентка подходила сразу после ночного пробуждения, отмечая очередной день диеты и планируя ритуалы переедания, очистки и физических упражнений грядущего дня. С другой стороны, когда «результативность» действий семейной «команды» по «помощи» У. М. в сбрасывании веса достигала своего результата — веса 45 кг (это сопровождалось выраженными соматическими последствиями истощения, пониженным уровнем энергии, склонностью к потере сознания и пр.), члены семьи торжествовали и успокаивались, восхваляя целенаправленность клиентки и подкрепляя ее эго-функцию.

На первой сессии, как бы между прочим, клиентка отметила, что «...мол, была она уже у психотерапевта, прозанимавшись с ним около полугода, но эффекта не было, а в конце последнего класса школы после неэффективности работы психотерапевта она решила свести счеты с жизнью». С суицидальной целью ею были приняты психотропные средства (транквилизаторы и антидепрессанты), но она была обнаружена родными в оглушенном состоянии и «по благу», без огласки (дабы «не выносить сор из избы») ей была проведена детоксикация. Принимая во внимание сказанное, терапевт прояснил ее ожидания в отношении себя как возможного терапевта и эффек-

тивности лечения. Она сказала, что хотела бы заняться исследованием особенностей и мотивов собственного поведения, а также попросила помочь «сопроводить» ее к выздоровлению. Проясняя субъективное понимание понятия «выздоровление», У. М. уточнила, что она не хочет проводить дни в навязчивых размышлениях о еде или ее калорийности, хочет не тяготиться жестким распорядком диет и не испытывать тяжелых душевных переживаний (иногда достигающих уровня телесной боли) по поводу формы и размеров собственного тела. Базовый запрос на терапию в итоге выкристаллизовался в желание иметь стабильный вес, который удовлетворяет уравновешенному эмоциональному фону. При этом она ожидает от такого состояния возможности быть более эффективной в ежедневных делах и учебе.

Анализ проведенной сессии позволил предполагать наличие созависимых внутрисемейных отношений с отсутствием очерченных личностных границ и неразделенной ответственностью за происходящие в семье процессы. В то же время на протяжении сессии вырисовалась роль, «предуготованная» терапевту семейной системой клиентки в контексте треугольника созависимости Карпмана («жертва–спасатель–преследователь»). Разворачивающаяся динамика свидетельствовала о потенциальной готовности клиентки «переключить» напряженные и дисфункциональные семейные коммуникации в направлении «терапевт–симптом».

Вторая и третья сессии были посвящены установлению доверительных отношений и проверки клиенткой степени безопасности в отношениях с терапевтом. На протяжении этих встреч клиентке было предоставлено много терапевтического пространства сессий. По своей структуре сессии были подобны. В начале сессий У. М. очень живописно рассказывала о динамике своих проблем в интервале между сессиями. Рассказы содержали много когнитивного анализа, переплетенного с описанием чувств. Терапевт периодически прерывал повествование, давая обратную связь и проявляя интерес к реалистичным чувствам клиентки, которые она испытывала «здесь и теперь» в процессе повествования. Клиентка оказалась способной описывать собственные переживания (что несомненно порадовало отсутствием, как минимум, грубых проявлений алекситимии!), но спектр актуального чувственного опыта был «с отрицательным знаком»: пустота, тяжесть, боль, давление и т. п. В самом повествовании было много энергии и красивых фразеологических оборотов (У. М. на тот момент получала лингвистическое образование). Терапевт отметил с опорой на собственные ощущения, что богатая и красивая речь клиентки не имеет адресата: в процессе повествования она практически не смотрит на собеседника, сидит в застывшей позе, поверхностно и неравномерно дышит (механизм прерывания контакта — дифлексия). Такого рода обратная связь обнажила новый пласт проблем, в отношении которых она к этому моменту могла со мною уже говорить. Она рассказала о том, что уход

от зрительного контакта с собеседником стала отмечать за собой с того периода, когда начала практиковать с экстремальными методами контроля массы тела. При предложении поэкспериментировать с восстановлением зрительного контакта, клиентка отметила, что «испытывает замешательство» в мыслях и затруднения в построении до того момента гладкой речи. Попытка удержать клиентку на пике замешательства, не позволив использовать механизмы прерывания контакта с собственными переживаниями, помогла за «замешательством» обнаружить «пустоту», пребывание в которой выбиралось клиенткой в качестве наиболее предпочтительного по сравнению с опасениями установления доверительных и близких отношений. При переводе контекста разговора в ситуацию «здесь и теперь», клиентка рассказала о своих переживаниях как участника терапевтических отношений. На протяжении первых встреч она «проверяла» свои опасения на тот счет, не буду ли я столь же директивным как ее предыдущий терапевт-женщина, которая много времени тратила на «...объяснения, что себя надо настроить, взять в руки, поставить под жесткий контроль соблюдение диетического режима...», чтобы удовлетворить запрос клиентки об ожидаемом похудании. Удостоверившись, что терапевт не соответствует ее опасениям, отметила, что уже на данной сессии ей легче говорить и она не испытывает того физического напряжения в теле, которое присутствовало ранее.

Данный фрагмент иллюстрирует, насколько кропотливо приходится иногда проявлять заботу о безопасности клиента. Подозрительность и осторожность клиента при нарушениях пищевого поведения является, скорее правилом, чем исключением. Без установления теплых, поддерживающих, доверительных отношений при одновременном сохранении отчетливых межличностных границ (первоначально со стороны терапевта) невозможной зачастую оказывается дальнейшая работа, например, в плане реструктурирования пищевого паттерна. Попытка терапевта вступить в прямую конфронтацию со стилем питания (как это было в опыте клиентки) оказывается зачастую безуспешной.

4-ую сессию У. М. начала с разговора об ощущении большей свободы, когда приходит на сессию, что она и хотела бы исследовать в качестве запроса. Затем она продолжила монолог о том, что вновь не испытывает радости при достижении меньшего веса, сообщила о чувстве вины перед родственниками за то, что не чувствует «середины» между крайними точками «качелей веса» и сохраняющиеся поведенческие стереотипы в форме замкнутых циклов переедания и очищения с помощью рвоты. Продолжила разговор о весе, неумеренности в еде и «программировании» себя. Жаловалась, что в голове присутствуют только мысли о соблюдении диеты. В этом месте сессии действия терапевта были направлены на то, чтобы обойти «ловушку содержания», когда клиент «предлагает» поговорить о частных проявлениях затруд-

нений, уводя разговор от конфронтации с механизмами проблемного поведения. С этой целью терапевт предъявил собственные переживания раздражения в ответ на однотипные, центрированные на еде монологи. Такая стратегия позволила терапевту получить больше свободы для реализации дальнейших терапевтических вмешательств не утратив доверия клиентки. Напротив, она подтвердила, что в ее обыденной жизни испытывает отчетливый дефицит искренних отношений, а прямое сообщение терапевта о собственных чувствах «... даже еще больше сделало разговор открытым..., *ведь все равно чувствуешь того, с кем говоришь...*». Терапевт поинтересовался о том, похоже ли то, что произошло в процессе диалога с терапевтом на обычный стиль общения клиентки с людьми и их ответные реакции?» Клиентка подтвердила, только добавила, что в отличие от терапевта «... другие люди часто говорят не то, что думают или чувствуют... и от этого с ними опаснее...». Далее У. М. сказала, что всегда предпочитала общаться с неодушевленными предметами, наблюдать со стороны за толпой, но *избегала* личного персонального контакта. Дальнейший диалог проясняет объект избегания в поведении клиентки посредством возвращения ее ситуацию персонального контакта с терапевтом («здесь и сейчас»).

Терапевт: «Что стоит за избеганием?».

У. М.: «Необходимость быть ответственной, нельзя обидеть».

Терапевт: «В чем Вы чувствуете ответственность передо мной и за что боитесь обидеть? К кому бы из Вашего окружения Вы так отнеслись?».

У. М.: «Преподаватель, перед которым надо быть... (пауза, затем «...кому... надо быть... зачем... надо быть...») умной, но в то же время необходимо соблюдать паритет и быть независимой». Терапевт обратил внимание на лабильность позиции: с одной стороны, нельзя обидеть (т. е. быть ниже), с другой, быть независимой (как минимум равной).

В дальнейшем по ходу сессии при обращении к чувствам клиентки она сказала: «Я все время прячусь за косметикой и погоней за формой тела, ожидая, что окружающим одного взгляда на это должно быть достаточно..., но сама ничего не даю. Есть ощущение, что окружающие меня не видят... Я всегда старалась только говорить, чтобы меня не видели, а только слышали... Страшно..., а может у меня внутри ничего и нет, чем я могла бы поделиться с другими?..». Посидев молча в задумчивости У. М. вздрогнула при воспоминании о том, что когда приходится общаться с подругами без косметики (что бывает исключительно редко), то чувствует себя незащищенной, как бы обнаженной. Когда с косметикой — защищенной, но разговор получается очень отстраненный, «о чем-то», неестественный. Клиентка попыталась провести аналогию: если перестанет заботиться о похудании (если у похудания та же роль, что и у косметики), то что же ее ждет дальше?

Терапевт проявил свой интерес, спросив о том, как клиентка ощущает себя в этот момент разговора с ним — будто в косметике или та, что под ней?

После некоторой паузы она сказала: «...Чувствую себя опустошенной и одинокой». С этого момента сессии началась работа с телесной феноменологией переживания опустошенности и одиночества. Клиентке, испытывавшей затруднения в словесном описании опустошенности и одиночества, было предложено (учитывая ее сценические способности) погрузиться в свои переживания и прожить их в движении, что ей, возможно, будет сделать легче. Для «оживления» телесной феноменологии и «ощущения чувствования» терапевт предложил «послушать тело» и, если клиентка захочет, то, не спеша, подвигаться, попытавшись «уловить» имеющиеся ощущения, «как бы слиться с ними». Выдержав паузу, клиентка начала вначале экспериментировать с движениями в пределах своего кресла, затем встала, неторопливо прошлась по кабинету и застыла в позе с вытянутой вперед рукой, замершей в походке. Она сказала, что это, по-видимому, и есть та поза, которая наиболее соответствует настоящему положению вещей и переживаний, обозначив себя «застывшей скульптурой... как будто памятник, предъявляющий себя на обозрение и ничего не дающий, холодный». Терапевт попросил пояснить что «застыло», «чему посвящена скульптура» и «что хотела бы скульптура сказать, если бы смогла говорить». Без продолжительной паузы он получил уверенный и однозначный ответ, что в скульптуре застыли чувства, ее цель — обратить на себя внимание без желания активно вмешиваться в происходящее. Ее скульптура готова заявить: «Посмотрите на меня, какая я красивая...», потом после паузы добавила «...и одинокая». Пауза. Потом вновь, удивленно «...кому же нужна такая красота?...». Чувства клиентки изменились: на смену пришли усталость и злоба, раздражение по поводу того, что надо смотреть памятнику в одну точку и ни с кем не общаться. Внешне клиентка выглядела увлеченной и озадаченной, длительное время не желая «выходить из образа». По окончании упражнения и, сев в кресло, У. М. была молчалива. На лице отсутствовала «дежурная улыбка», обыденно защищавшая ее от внутренних переживаний. Через некоторое время она сказала, что чувствует себя «как-то странно»: знает, что скоро после сеанса терапии ей надо будет что-то делать, куда-то идти, но впервые за долгие годы своих проблем она не испытывает ощущения гнета и давления. «...Это ощущение так похоже на ту «середину» без чувства долженствования, к которой я так стремилась, но опыт переживания которой был очень кратковременный до настоящего времени...». Предпочтительной стратегией в этот момент терапии было предоставить клиентке возможность остаться в контакте со своими чувствами. Типичные для нее механизмы прерывания контактного взаимодействия были прерваны, и У. М. получила возможность доступа к собственной истинной феноменологии. Никаких дополнительных стратегических вмешательств на этой сессии больше не предпринималось. Уходя, У. М. отметила, что ей нужно время, «чтобы многое продумать». В качестве домаш-

него задания было предложено попробовать выходить на улицу, посещать магазин, встречаться с друзьями (вначале с близкими) без макияжа.

В начале одной из сессий (после 3-недельного перерыва, когда У. М. уезжала на студенческие каникулы на юг к бабушке) У. М. рассказывала об изменениях, которые происходят с нею: исчезло опасливое ожидание и катастрофизация переедания, стала с «открытыми глазами смотреть на мир», стала живой в контактах, не избегает, а, напротив, чувствует тепло от них, готова дальше с этим экспериментировать, т. к. «это нравится». Отметила, что считает также неважным сравнивать это с каким-то временем в своей жизни, когда «все было хорошо». Оценивает свое состояние как «плывущим по течению». С радостью поделилась тем, что стала *позволять себе* прислушиваться к собственным желаниям, а не только к жестко структурированным запретам–наказаниям в отношении еды, которые продолжают исходить от родственников. Отметила также, что как и в прежние годы, накануне возвращения с южных каникул в домашнюю обстановку и сразу после приезда участились периоды перееданий.

В качестве терапевтического запроса был сон: «Еду на машине с родителями и двумя родственниками по зимней дороге. Кругом сугробы, солнечный день. Машина останавливается возле магазина, чтобы сделать покупку вещей. Выхожу из машины, вижу: на тротуаре стоит вмерзший и окруженный снегом аквариум, в котором плавают замерзшие мертвые рыбы. Они замерзли, т. к. сломался обогрев аквариума. Я смотрю на него с сожалением. Вдруг у меня начинается истерика, набрасываюсь на проходящего мимо человека (мужчина) и в лохмотьях и практически голая возвращаюсь в машину. Мама трогает лоб, проверяя температуру, пытается укутать и обогреть. Машина отъезжает и я просыпаюсь». В процессе работы клиентке было предложено строить свой монолог от имени различных образов сна, что является одной из форм работы со сновидениями в гештальт-терапии. Ниже приводятся некоторые выдержки из этого монолога (повествование от первого лица).

«Я — машина... Еду по скользкой дороге... мне нет дела до пассажиров... боюсь перевернуться, т. к. буду лежать перевернутой, ржавой и сломанной... жалко». (Феноменология клиента — нарастание напряжения).

«Я — аквариум... во мне мутная, холодная зеленая вода... (Феноменология клиента: усиливается тошнота, почувствовала холодное бульканье и KloKOTание воды на уровне нижней трети пищевода — озарило, что это очень похоже на ощущение при очистке с помощью рвоты!!!) «...Со временем грязь в аквариуме осела. Захотелось погрузиться в него с головой. Разделась, погрузилась. Вода стала медленно уходить, просачиваясь сквозь стены. В руках остались не до конца замерзшие рыбы, которых в машине стала растирать руками...».

По окончании работы на этой сессии клиентка отметила снижение уровня энергии в теле, чего принципиально не отмечала после предыдущих встреч. При договоре о следующей сессии отметила, что она будет совпадать по времени с днем своего «второго рождения», т. е. после парасуицида, предпринятого в 11 классе на фоне ощущения безысходности в связи с перееданием.

Сессия с семьей. На одну из последующих сессий клиентка пришла с матерью и отцом. Отец и мать расположились на диване (на удалении друг от друга), а дочь — на кресле возле дивана. После формального приветствия в воздухе «повисло» молчание. Родители сидели напряженными, не смотрели друг на друга, нервно перебирала руками мать. Клиентка держалась «горделиво».

После паузы разговор начала мать в претенциозном тоне. Вопросы касались того, какова все же «перспектива» лечения, ведь продолжительность встреч ее дочери с терапевтом исчисляется «уже» 5 месяцами. В ответ терапевт попросил мать оценить имеются ли какие-либо сдвиги в состоянии дочери на ее взгляд. Она ответила, что ранее эмоциональные реакции дочери тесно соответствовали ее степени удовлетворенности собственным телом. Мать это разделяла и поддерживала в семье стратегию похудания (прятала от дочери пищу, которая могла ее «располнить», садилась вместе с нею на диеты, оформляла «календари веса», где отмечали его динамику). Такое взаимодействие с дочерью мать полностью устраивало и она выразила собственную точку зрения, что такое «открытое» общение изменилось в последнее время. Дочь, по мнению матери, стала несколько своенравной, но периодически у нее возникают истерики, что ей, как матери, трудно переносить, и ее это не устраивает.

Отец выразил свою точку зрения, сказав, что единственным положительным результатом терапии дочери, по его мнению, является то, что дочь перестала все время «терроризировать» семью своим сверхконтролем в отношении диет и реже стали проявляться ее истерики, которые ранее регулярно следовали после каждого эпизода переедания. В то же время отец выразил недовольство тем, что от дочери он слышит много «Я-высказываний», т. к. считает ее индивидуализм одной из сторон проблем дочери. По его мнению, причиной этого является малая занятость дочери делами, отстраненность от друзей (связанная с «эгоистической» позицией), а также нерегулярность питания, которая прослеживается в последние 5 лет, за чем закономерно будут следовать переедания.

После этих монологов родителей терапевт обратился к самой клиентке, поинтересовавшись о том, как она себя чувствует. Она ответила, что долго ждала этой возможности открыто поговорить. (В этом месте сессии терапевт директивно прервал невербальные поползновения родителей опротестовать само понятие «открытый разговор», т. к., по их мнению, они *всегда были готовы к этому*). У. М. сказала, что удивлена объявленным позициям родите-

лей, а также считает необходимым отметить, что по ее ощущениям все последние годы увеличивалась пропасть *взаимонепонимания*, даже несмотря на «разделение» матерью взглядов на стройность. На просьбу терапевта уточнить, что клиентка чувствует когда говорит об этом, она ответила, что это «...тяжесть и боль в груди, которая то затихает, то просыпается, но живет уже давно и постоянно...». (В этот момент отец «вырвался» из оцепенения собственной сдержанности и заявил, что «...это все чушь, а просто нужно *жить правильно*».) При обращении терапевта к отцу тот с недовольной мимикой в ответ сказал, что «...не хочет продолжать подобный разговор... вообще не понимает, что происходит, а действия терапевта кажутся странными...».

После того как напряжение в контакте несколько ослабело, У. М. рассказала, что принципиально подобный стиль общения весьма похож на обыденный характер коммуникаций в семье. После таких разговоров она обычно «...уходит от их продолжения... (в том числе в эпизоды переедания)», но сейчас, «...готова говорить...». Поддерживая зрительный контакт с родителями и достаточно активно жестикулируя, У. М. говорила, что она воспринимала членов семьи как живущих в другом мире, как бы за стеклом — вроде бы их и видно, но нет теплоты. Далее она сделала попытку обратиться к отцу, сообщив ему, что ее способность к самовыражению не следует толковать как болезненные проявления эгоизма (хотя может в этом и есть его часть), но за выражениями с местоимением «Я» стоит ее стремление сделать свою жизнь более определенной и защищенной. Отец не смог удержаться и говорил далее монологом на повышенном тоне о том, что **ОН СЧИТАЕТ, ЧТО НЕСЕТ ПОЛНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВСЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖИЗНИ ДОЧЕРИ**. Прервав, я попросил уточнить за какие. Он несколько смутился, сказав, что практически за все. Я позволил себе уточнить как насчет таких областей жизни дочери как, например, покупка одежды, сексуальная жизнь, эпизоды переедания? Он не дождавшись окончания моего вопроса активно закивал головой, потирал руками и убежденно подтвердил свою полную ответственность. Мать здесь сказала, что будет *делать все, для того, чтобы дочь чувствовала себя «хорошо», а это бывает только после того, как она похудеет до 45 кг*. Терапевт позволил себе отметить, что именно в результате такого стиля питания и при таком весе у ее дочери появляются выраженные признаки нездоровья, по поводу лечения которых она искала помощи у врачей соматического профиля (аменорея, гипотония, лабильность настроения, закономерные эпизоды переедания и проч.). Мать ничего не ответила, оставшись сидеть, потупив взор.

Выдержав паузу, терапевт заметил, что, наблюдая за семьей, у него есть все основания констатировать наличие в ней достаточно большого количества жизненной энергии. Создается лишь впечатление о том, что способ обхождения с этой энергией в семейной системе достаточно своеобразный. В качестве домашнего задания членам семьи было предложено строить свое

дальнейшее общение таким образом, чтобы в один момент говорил только один член семьи, а в своем обращении он четко представлял кому адресовано его послание.

В приведенном фрагменте обращает на себя внимание специфика организации непосредственных контактов между родителями (практически полное их отсутствие), а также между родителями и дочерью. Есть основания полагать, что подобное взаимодействие ориентировано на сохранение симптомов у пациентки. В частности, мать открыто поддерживает дезадаптивное пищевое поведение и невосприимчива к объективным доводам врача (в дальнейшем она избегала контактов с врачом своей дочери). Отец, посредством, в том числе, негативного подкрепления (порицание жизненного стиля дочери), сообщает ей о своей участливости к ее состоянию. Здесь уместно обсуждать условную выгоду болезненных симптомов для членов семьи, в частности для родителей. Если для подростка одним из «поводов» для развития НПП являются трудности и опасения, которые ожидают его в связи с переходом во взрослую, сексуально активную жизнь, то для взрослого поколения семьи (родители) смысловая нагрузка симптомов, как правило, иная. В частности, мать может вступать в конкурирующие отношения с дочерью за привилегии «взрослой жизни», не позволяя той взрослеть и становиться самостоятельной. Гиперопека с формально декларируемой любовью часто являются тем «занавесом», за которым разворачиваются истинные баталии. И лишь глубокое желание пациентки может стать поводом для начала по настоящему открытых, незакамуфлированных отношений, когда потребность в сохранении суррогатной внешности (из-за следования диетическим ограничениям, вызыванию рвоты, использованию слабительных средств и пр.) перестанет иметь свой смысл. Однако, это требует от клиентов достаточного уровня уверенности и «внутренней силы», накопление которых занимает изрядное время в терапевтическом взаимодействии.

На следующей сессии первыми фразами клиентки, сказанными с воодушевлением, были: «...дома появилась возможность говорить и надеяться быть услышанной... мама впервые усомнилась в целесообразности своих действий по поддержке голодания, выглядит задумчивой и не знает, что со мной делать дальше...». К сожалению, отец и мать У. М. категорически отвергли возможность дальнейшего посещения психотерапевта, ссылаясь на собственную занятость.

Сессия 13.05.200... Запрос на обсуждение и помощь в понимании беспокоящего У. М. чувства раздвоенности. Клиентка сообщила, что первые представления о себе как о самоорганизованной системе начали формироваться примерно с 13 лет, когда стала давать знать о себе подростковая притязательность. Параллельно активно занималась сценическим искусством. И, не-

заметно для себя, в собственных представлениях определила для себя 4 наиболее близкие роли: Мадлен, Мерелин («в смысле — лапочка»), и еще 2 — слабо актуализированные на момент сессии. У. М. рассказала, что со временем разучилась различать где она настоящая, а где играет одну из ролей. Самая же хрупкая собственная роль, к которой она относится с максимальной нежностью и трепетно — это «лапочка» — самая незащищенная. Когда в жизни ее *приходилось играть*, то зачастую в результате получала много боли и душевных ран, поскольку не получала обычно тех ответных реакций от окружающих, на которые рассчитывала. В результате, вынуждена была ее прятать. Именно эту боль клиентка испытала вновь на семейной сессии. Клиентка вспомнила, как около 4 сессий назад рисовала свою боль в виде разветвленной фигуры. Тогда был устроен диалог между образом нарисованной боли и самой клиенткой («горячий стул»). В процессе него между симптомом и его хозяином были установлено «соглашение» на признание возможности сосуществовать, что в то время очень удивило У. М.

В поиске энергизированной фигуры сессии терапевт поинтересовался о том, как эта боль «живет» в структуре терапевтического пространства сессии. Клиентка ответила, что «...не чувствует внутреннего стержня, уверенности, ...есть много немотивированной тревоги и беспокойства, не знает что делать...» Она продолжала: «Раньше было все ясно — жесткое расписание по использованию диет, ритуалы физических упражнений, отстраненность от контактов — все это придавало уверенности... Теперь нет внутренней необходимости в том, чтобы молиться диетам и с нетерпением ожидать снижения веса. Но что же дальше???» После монолога клиентка просидела в задумчивости несколько минут. Затем сказала, что ей хотелось бы с этим поработать в дальнейшем. Терапевт выразил поддержку, заверив, что для переживания ситуаций неизвестности и неопределенности свойственна тревога и беспокойство и нужны силы, чтобы пойти в исследовании дальше. Он сообщил о своей готовности сопровождать ее дальше, если актуальность запроса будет сохраняться. Конец сессии.

Сессия 29.06.200... (последний визит клиентки перед отъездом на летние каникулы). Запрос на «...поиск внутреннего стержня». В процессе прояснения фигуры терапевт исследовал представления клиентки о том, что из себя представляет «внутренний стержень», каково его потенциальное место расположения в теле, а также, что *мешает его чувствовать*. Работа велась в основном с опорой на внутреннюю феноменологию клиентки и требовала активных вмешательств в отношении механизмов прерывания контакта. По ходу работы терапевт обратил внимание, что при столкновении с внутренними переживаниями У. М. периодически «вылетает» либо в воспоминания о том, «как было», либо в «фантазии» о том «как будет». Для продолжения работы У. М. было предложено сосредоточиться на тех переживаниях и ощущениях, которые возникают *в присутствии терапевта* (т. е. плоскость терапии была

переведена в отношения «здесь-и-теперь»). У. М. остановилась. Во время паузы происходили динамичные изменения мимики, изменялась частота и глубина дыхания. На лице проскальзывала улыбка. Глаза «бегали», изредка встречаясь со взором терапевта. Выдержав паузу, он сообщил о *своем* впечатлении, что У. М. выглядит тревожно-игриво-взволнованной и заинтересовался, что происходит в этот момент с нею. Она сказала, что ее ощущения очень похожи на ее «вживание в роли», к которым она часто прибегала. Далее она с удивлением сказала, что «...сама теперь может легко перечислить еще несколько способов ухода от открытого общения с людьми. ...Среди них — «включение улыбки», «обольстительность в жестах» и прочее. Терапевт попросил У. М. посидеть какое-то время напротив себя, стараясь удерживать визуальный контакт с ним и, по возможности, пресекать «включение в роли», а также оставаться внимательной к тому, что будет происходить в ее чувствах. Она согласилась. Через несколько минут упражнения она сказала, что чувствует себя более энергичной и что это очень похоже на тот «стержень», к которому она так долго шла. Ее посадка в кресле изменилась: села ровнее, расправились плечи, выражение лица стало естественным. Она сообщила, что это состояние ей очень нравится и чем дольше ей удастся его удерживать, тем более энергичной она становится, тем «более упругим становится ее тело». Терапевт предложил побыть в этом состоянии и «прочувствовать его изнутри», попытаться оценить «чего хочется» в этом состоянии. Через некоторое время У. М. стала необычайно живой и естественной, а потом сказала: «ХОЧЕТСЯ ЖИТЬ».

После этого были подведены итоги работы. Наряду с улучшением системы отношений клиентки со своим окружением, повышением самооценки и уверенности, к ее удивлению также имело место и облегчение специфической симптоматики, свойственной диагностированной у нее нервной булимии (очистительный тип). Она почувствовала, что теперь в большей мере способна к контролю за своим питанием, эпизоды переяданий–очисток деавтоматизировались и стали существенно реже (несколько раз за 2 недели). Колебания массы тела теперь не имели такой амплитуды как это было в начале терапии. Был обсужден вопрос о возможности продолжения лечения после летнего перерыва.

Описанная работа демонстрирует: 1) важность соблюдения межличностных границ с клиентом и его ближайшим окружением; 2) необходимость постоянного пребывания терапевта «на чеку» в отношении контекста терапии; 3) потребность в ассимиляции феноменов, возникающих в межличностном пространстве «терапевт–клиент»; 4) важность терпеливой работы с алекситимическим радикалом клиенток; 5) способность гибкого перехода от технологий интерперсональной терапии к когнитивным, семейным и пр. вмешательствам.

Наблюдение 2 (Материал предоставлен О. А. Ильчик — клинический психолог, сертифицированный гештальт-терапевт). Л. Б. 33 года, поступила

в отделение с диагнозом «Нервная анорексия с эпизодами переедания и очистительного поведения». Болеет последние 5 лет, состояние ухудшилось полтора года назад, за этот период потеряла 17 кг (поступила с весом 33 кг). Разведена (с мужем прожила один год), имеет сына 12 лет, проживает с родителями.

Первая встреча с Л. Б. состоялась в палате, где я ее с трудом рассмотрела на больничной кровати. Это был «показательный анатомический скелет» с безжизненным выражением лица, но, к моему удивлению, способный передвигаться. Л. Б. подробно рассказала про свою жизнь, про болезнь и просила о помощи: «Помогите мне, пожалуйста, больше не могу так жить». Много плакала и к концу встречи ее лицо немного ожило. Последние полгода она большую часть времени лежала, ничего не ела или наедалась с избытком и вызывала рвоту. И так каждый день: на работу ходить стало тяжело, не хватало сил, друзей нет: «А зачем они? У меня есть мама. Мама моя лучшая подруга. Я не представляю свою жизнь без родителей и не представляю, что будет со мной, когда их не станет».

Начало заболевания связывает с тем временем, когда от нее ушел мужчина, которого она очень любила и прожила с ним гражданским браком целых два месяца. (Он вернулся в свою семью, откуда в свое время и ушел к Л. Б.). Пациентка перестала есть, пить, двигаться. «Лежала все время, ничего не ела и ни с кем не разговаривала». Родители делали все возможное и невозможное, чтобы помочь единственной дочери: лучшие врачи, знахари, колдуны. Но было лишь временное облегчение, Л. Б. поднялась с постели, стала ходить на работу, вроде бы «продолжать жить» и потихоньку худеть. Смысла в жизни не было. Через некоторое время восстановила связь с тем же мужчиной и втайне от родителей, которые с самого начала были против, периодически встречалась: «А кому я еще буду нужна». Сексуальное желание постепенно угасало, прикосновения удовольствия не приносили, важно было просто находиться рядом с ним. Собственное тело не воспринимала, стыдилась себя. Появилось много недоверия, обиды по отношению к мужчинам, страх одиночества, апатия, стали проскальзывать мысли о самоубийстве.

За целый час нашей встречи мне почти не удалось произнести ни слова, пациентка рассказывала без остановки на одном дыхании. В ней чувствовалось много подавленной агрессии, обиды, а также с трудом сдерживаемая тревога (неосознаваемая). Л. Б. практически не дышала, сидела в закрытой позе: скрещены руки и ноги, согнувшись. Складывалось впечатление, что она боится пошевелиться.

Феноменология чувственных переживания данной клиентки характеризовалась тем, что если процесс переживания ею возбуждения приостанавливался, то возникала тревога. В состоянии апатии утрата возбуждения не являлась фигурой для терапии, поскольку была недоступной для переживаний. Важным стратегическим вмешательством и, одновременно, этапом в психо-

терапии с данной пациенткой было восстановление ее способности к осознанию и переживанию своей тревоги, а также трансформации ее в возбуждение и волнение.

Известно, что больные нервной булимией выходят из семей, для которых характерно наличие проблем в отношении близость/дистанция, родительские фигуры в таких семьях отличаются нестабильностью (борьба за власть, много долженствования). Это приводит зачастую к большому количеству подавленного чувства вины у детей, которую они вынуждены нести тяжелой ношей. Внешний мир для них представляется хаотичным и страшным. Выраженная ригидность бывает их частым спутником, поскольку любые изменения всегда связаны с большим риском.

Внешние проявления страдания Л. Б. (поглощение большого количества пищи с последующей рвотой) подобны состоянию отравления, интоксикации, когда организм пытается освободиться от чего-то чужеродного. Выраженные затруднения в прекращении цикла «переедание–очистка» по целому ряду признаков напоминают поведение зависимого субъекта. Зависимость, в свою очередь, является универсальным способом «спасения» от всех неприятностей. Здесь (как и при иной симптоматике психосоматического регистра) всегда присутствует позитивный смысл симптома для его непосредственного хозяина и для оказания эффективной помощи важно его понять. Зачастую, приходится иметь дело с неудовлетворенной потребностью в безопасности. Возможно, именно поэтому, потребность в зависимости приобретает навязчивый характер. Логичной, в этом случае, является попытка рассматривать психологические механизмы нарушения пищевого поведения с позиции страха отделения от матери и значимых фигур из окружения пациента, т. е. нежелание взрослеть.

Рассматривая пищевое поведение Ф. Перлз пишет, что аппетит и отвращение к еде являются двумя сторонами единого регулятивного процесса. Отвращение выполняет важнейшую функцию отвержения того, что не нужно организму. Феномен утраты аппетита связан с подавлением отвращения. Задача психотерапии связана с восстановлением способности испытывать отвращение к другим. Восстановление отвращения ведет к восстановлению аппетита. Символический смысл булимических проявлений состоит в поглощении окружающей среды, а анорексии — в ее отвержении. Исходя из этого, важным является восстановить разборчивость клиента, проявляемую им на границе контакта, а именно научиться определять: «Что является моей (клиента) потребностью?», «Чего я хочу?». Чрезвычайно важно медленное продвижение в терапии с тем, чтобы происходящие изменения «поглощались», ассимилировались очень медленно и очень маленькими «дозами».

Гипотеза терапии: эмоциональная зависимость от матери, на фоне не отделения от которой в процессе жизни присоединяются другие объекты за-

висимости (в частности, любовная зависимость). Рвота (как вариант очистительного поведения) является следствием «отравления» интроектами, вероятно «ядовитыми». Похудание как способ самоистязания и самонаказания.

Актуальная потребность клиента: потребность в безопасности, поддержке, доверии.

Способы прерывания контакта клиента: на первый план выступают интроекты, ретрофлексия, а также проекция, конфлюэнция.

Избегаемое переживание: агрессия, стыд. Не развивается автономия и чувство собственной ценности:

- осознание своих потребностей;
- удовлетворение собственных потребностей, а не других людей;
- независимость от мнения других.

Следующие несколько сессий были посвящены межличностным отношениям в родительской семье. Со стороны матери прослеживается отчетливая гиперопека («Ты ничего не сможешь без меня» — послание матери к дочери). Отношения Л. Б. с отцом могут быть охарактеризованы как состояние хронического конфликта с периодическими вспышками грубости, оскорблений и унижений. Этот полюс отношений можно расценить как попытку клиентки конфликтовать.

Л. Б.: «Мама мне помогает во всем. Я советуюсь с ней всегда, что лучше купить, как потратить деньги... как воспитывать сына..., а теперь она вообще его смотрит. У меня все хорошо...»

Терапевт: «А что ты хочешь сама?»

Л. Б.: *Молчит.* «Не знаю... Так сразу не могу сказать... Это плохо, да...»
Плачет... «Я не выживу без них...»

Пациентка находится в слиянии (конфлюэнции) с матерью и не видит границы между жизнью своей матери и собственной. Дальнейшая работа была направлена на выстраивание собственных границ Л. Б. путем осознания чувств, ощущений, желаний. В некоторой степени эти сессии носили учебный характер для пациентки: она училась различать и проговаривать оттенки чувств и ощущений, следить за своими невербальными проявлениями, озвучивать мысли, другими словами, училась жить.

Это все достаточно сложно давалось Л. Б. Ригидная позиция, которую она заняла, не позволяла посмотреть на мир другими глазами. Однако она сдержанно и подчеркнуто правильно старалась отвечать на вопросы и делать все то, что у нее просят. В ответ на любую просьбу Л. Б. безоговорочно начинала ее выполнять, никак не выражая своего отношения к тому, что происходит.

Терапевт: «Л., ты очень легко со мной соглашаешься и выполняешь все безоговорочно».

Л. Б.: «Я не хочу... Я боюсь, что вы больше не будете со мной разговаривать. А это единственное, что мне придает сил выжить здесь». (*Плачет*)

Терапевт: «Мне не нравятся твои слезы. Вместо того чтобы что-то делать, ты плачешь».

Л. Б.: «Вы злитесь на меня».

Терапевт: «Да, я злюсь когда ты, как маленькая девочка, не принимаешь решения сама, а ждешь, когда я это сделаю за тебя».

Л. Б.: *Плачет.*

Пациентка постоянно пыталась переложить ответственность за происходящее в сессии на меня, как впрочем, и в жизни, где *всегда должен быть рядом кто-то на кого можно опереться.*

В это же время достаточно рано (примерно на 4–5-й сессиях) стали прослеживаться трансферентные тенденции (перенос чувств и защит из прошлого, а также стереотипное навязывание терапевту определенной роли). Складывалось ощущение, что Л. Б. пытается мне угодить как своей маме и боится моего отвержения, а также отвергнуть меня. Это подтверждалось и тем, что она постоянно пыталась выразить свою симпатию ко мне: «Вы такая хорошая. Понимаете меня», как бы этим хотела сказать: «Не бросай меня, я хорошая».

Но терапевтическая задача состоит в том, чтобы вернуть пациентке естественную способность к отвержению в структуре отношений. Постепенно в отношениях терапевт–клиент стали происходить изменения. С моей стороны в балансе поддержки и фрустрации приоритет получала поддержка как способ установления лечебного альянса и в соответствии желанию иметь внешнюю поддержку. Однако, те небольшие дозы обратной связи в виде отвержения–принятия, которые были адресованы клиентке, сумели таки «зацепить» ее проблемный способ реагирования — Л. Б. начала злиться на меня. Но вместо того, чтобы выразить это, она испытывала чувство вины за собственные негативные ощущения. Неагрессивное восприятие опыта не способствовало его ассимиляции.

Следующим шагом в работе было осознание важности и пользы агрессии как таковой, а также исследование возможных форм и способов ее проявления и предъявления.

Л.Б.: «Что вы, злиться нельзя. Это плохо».

Терапевт: «Кто так сказал?»

Л.Б.: «Ну, родители всегда меня этому учили, но на них я могу иногда разозлиться или на сына. Но в последнее время больше все на меня злятся».

Терапевт: «Так безопаснее, родители ведь обычно не бросают своих детей».

Л.Б.: «Так, что надо на всех кричать? Разве это правильно?»

Терапевт: «Агрессия полезна, важна и бывает разной. Это энергия, жизненная активность человека, которую необходимо направлять в действие: выражать свое недовольство, отстаивать собственную позицию, мнение, защищать их, достигать поставленных целей».

Проявление моих собственных человеческих чувств и эмоций (в частности негативных) позволило или даже дало разрешение на выражение чувств Л. Б. Она выразила мне свое недовольство мной, отделением, в котором находилась среди пациентов с разной патологией, персоналом и их отношением. Ее как будто «понесло»: последующие встречи, а их было еще около 12, практически все начинались с выражения недовольства. Моя пациентка училась выражать агрессию и, надо признать, что у нее это начинало получаться. Она по-прежнему старалась быть «хорошей девочкой», только теперь еще училась за происходящее брать ответственность на себя. Это было похоже на извержение вулкана, и лавина снисходила неиссякаемым потоком.

Частота наших встреч составляла 2 раза в неделю. Параллельно с индивидуальной терапией клиентка посещала 2 раза в неделю психотерапевтические группы и по выходным — родительские группы, где она имела возможность под наблюдением компетентных лиц (ведущего группы) прояснить отношения или попробовать другие способы взаимодействий.

Так, после очередной встречи с родителями актуализировалась тема взаимоотношений с отцом, к которому пациентка испытывала много раздражения и обиды. Она его не воспринимала ни как своего отца, которого можно уважать, ни как мужчину. У них, особенно в последние годы (хотя Л. Б. говорит о том, что к матери *всегда* была ближе, а отца не замечала), ухудшились отношения, которые сопровождались постоянными ссорами. Когда пациентка говорила об отношениях с отцом, у нее сжимались кулаки, появлялась гримаса на лице, похожая на презрение.

Терапевт: «У тебя меняется выражение лица, когда ты вспоминаешь об отце».

Л. Б.: «Да».

Терапевт: «Такое ощущение, что тебе это неприятно».

Л. Б.: «Я злюсь на него, очень сильно обижаюсь...».

Терапевт: «За что?»

Л. Б.: «Вообще, о чем с этими мужчинами можно поговорить. Он меня все время раздражает, никогда не слушает... Не воспринимает... Не замечает... Все равно, что я не его дочь...» *Плачет.*

Терапевт: «А ты пробовала с ним разговаривать?»

Л. Б.: «Мы только ругаемся. А теперь, когда я заболела, то он все время на меня обзывается и махает рукой. Мама переживает, а он... ему, кажется, что все безразлично».

Терапевт: «Л., у отца были какие-то ожидания от тебя?»

Л. Б.: «Не знаю..., наверно. Он всегда хотел, чтобы я чего-нибудь достигла в жизни».

Терапевт: «Но никак не ожидал, что заболеешь».

Л. Б.: «Он не любит меня за это».

Терапевт: «А ты его любишь?»

Л. Б.: «Не знаю... *Плачет...* Я думала об этом. Мне сложно, я обижаюсь больше».

Терапевт: «А что хотела бы от него получить?»

Л. Б.: *Молчит около трех минут...* «Сложно сказать. Мне хочется, чтобы он уважал, как свою дочь».

В конце сессии я рекомендовала Л.Б. попробовать прояснить отношения с отцом напрямую на родительской группе. Результат не заставил себя ждать и уже после следующей группы пациентка удивленно, с долей нежности говорила: «Я ему сказала, что нуждаюсь в его поддержке. Папа плакал и говорил о своей любви. Раньше такого никогда не было». Это был ее первый шаг навстречу.

В первых сессиях мои трудности в работе с пациенткой были связаны с преодолением конфликтных тенденций. Она постоянно перекладывала ответственность за содержание обсуждаемого на терапевта:

Терапевт: «Л., с чем ты сегодня пришла на терапию? О чем хотела бы поговорить?»

Л. Б.: «Не знаю. А о чем надо?»

Терапевт: «Что для тебя важно?»

Л. Б.: «Мне все важно. Я не знаю, про что говорить».

Однако постепенно Л. Б. училась понимать, что с ней происходит (свои внутренние переживания) и уже самостоятельно предлагать тему для разговора. Так, следующие три сессии (10, 11 и 12) были направлены на умение просить поддержку у других. В контексте этой темы присоединилась проблема приближения. Это был собственный выбор, основанный на понимании.

Л. Б.: «Я очень одинока. Мне не с кем поговорить».

Терапевт: «У тебя есть друзья, подруги».

Л. Б.: «Нет. Может только знакомые на работе, а так я всегда про все рассказывала маме».

Терапевт: «А здесь, в больнице ты общаешься с другими девушками?»

Л. Б.: «Я не могу... Я не умею... Что я им скажу...».

Терапевт: «А ты этого хочешь?»

Л.Б.: «Наверное» (*Неуверенно*).

Терапевт: «Это звучит неуверенно».

Л. Б.: «Да ... (*говорит более уверенным голосом*)... Я хочу, но как. Страшно».

Терапевт: «Чего ты хотела бы?»

Л. Б.: «Мне не хватает поддержки».

Терапевт: «Вы все в одной палате с одной и той же проблемой, все вместе ходите на группу, ты могла бы попробовать попросить для себя поддержки на группе, если так страшно. А чего боишься?»

Л. Б.: «Боюсь, что не поймут. Скажут, чего пристала».

Используя привычный способ взаимодействия, «чтобы не отвергли — лучше не подходить», пациентка «собственными руками» делает себя одинокой. Не рискует и ничего не получает взамен. Работа была направлена на умение получать поддержку, конкретно обсуждая какую, от кого и сколько она может выдержать, а также, что она может дать взамен. Необходимо было восстановить естественный процесс межличностного взаимодействия «брать—давать».

Терапевт была полезна пациентке тем, что, находясь рядом, могла поддержать ее, поделиться своим собственным опытом. Таким образом способствовать расширению взглядов на возможные способы получать и самой оказывать поддержку.

На 15-й сессии на запрос Л. Б.: « Боюсь подходить к другим людям», терапевт предложила эксперимент. Эксперимент заключался в следующем: в пространстве комнаты, находясь на значительном расстоянии, друг от друга попробовать медленно приближаться ко мне, отслеживая каждое свое ощущение, осознавая каждый шаг. Смысл состоит в том, что на протяжении всей своей жизни пациентка никогда не шла навстречу, а ждала, когда это сделают другие или манипулировала (например, если заболеть, то все вокруг начинали суетиться).

Каждое движение в эксперименте Л. Б. давалось с определенным усилием, она плакала, пыталась остановиться и сбежать. При этом у нее было огромное чувство стыда, которое удалось развернуть в смущение и попытаться его пережить. На следующей встрече Л. Б. сообщила, что выполнение упражнения дало ей некоторую свободу, но это лишь начало пути в приближении.

У Л. Б. периодически были «срывы» в пищевом поведении: она долго «держалась», чтобы не вызвать рвоту, терпела дискомфорт и боли в области живота, потом «срывалась» и вызывала рвоту. Расстроенная приходила и просила о помощи. Как известно, хождение по кругу — традиционный момент работы с зависимыми.

Работа длилась около трех месяцев. В результате пациентка стала испытывать много раздражения на больницу и врачей. «Я устала и больше не могу здесь находиться. Хочу домой». Указанную динамику можно расценить как проявление отвержения, однако об автономности такого реагирования говорить еще рано. Следом возник страх болезни и страх возвращения домой. Однако, в отсутствии показаний к продлению госпитализации, Л. Б. настояла на выписке.

На последней встрече звучала тема принятие ответственности за свой выбор:

Л.Б.: «Я хочу домой, но мне страшно, как я буду жить».

Терапевт: «Что страшное, по твоему мнению, может произойти?»

Л.Б.: «Мне страшно, что все начнется заново, что я не справлюсь и сорвусь».

Терапевт: «Как можно помочь тебе?».

Л.Б.: «Не знаю... Мне нужна поддержка ... Я хочу, чтобы мне верили».

Терапевт: «Кто может поддержать тебя?»

Л.Б.: «Родители. Они меня поддерживают. Скажите мне, что у меня все получится».

Терапевт: «У тебя все получится! Это твой выбор!»

Л.Б.: «Спасибо. Я знаю».

Таким образом, Л. Б. в большей мере делала упор на поддержку со стороны, однако остается открытым вопрос о самоподдержке, которая имеет огромное значение для развития автономии.

Таким образом, за время психотерапии было: 1) достигнуто облегчение специфической симптоматики, свойственной нарушениям пищевого поведения; 2) отмечено увеличение и стабилизация массы тела в пределах допустимых (в биологическом плане) границ; 3) проведено вмешательство, ориентированное на восстановление способности испытывать отвращение и агрессию по отношению к собственному опыту как способам проявления собственных границ; 4) достигнуто восстановление способности получать поддержку (и питание) извне. Среди возможных механизмов терапевтического воздействия есть основания обсуждать следующие: 1) потребность в навязчивой и постоянной зависимости диктуется интроецированием и ретрофлексированием сильной тревоги и страха перед автономией, что не позволяет выделяться в фигуру потребность в независимости; 2) зависимость и независимость связаны с переживанием дилеммы безопасности и небезопасности, а также нереалистичным отношением к своим собственным силам и ситуации опасности. Дальнейшая перспектива интерперсональной работы с клиенткой включает вмешательства по стимулированию самоподдержки, а также формирование навыков по дифференцировке и реалистичности восприятия опыта клиента.

Р.С. Некоторые заметки из терапевтического опыта работы (гештальт-терапия) с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения. Жизнь таких больных (что является фоном в терапии) наполнена страхом перед автономией, зависимостью и тревогой, необоснованной реальностью. В первую очередь поддержка им необходима для того, чтобы встретиться с тревогой. Потребности таких клиентов (фигуры) ими не осознаются, кроме потребности в безопасности и зависимости. Нарушение границы контакта представляется как процесс «поглощения–отвержения» окружающей среды, вследствие обремененности («отравленности») огромным количеством интроектов. Агрессивность как способ ассимиляции окружающей среды, для того, чтобы отстаивать свои границы и манипулировать средой не используется. Такие клиенты манипулируют средой с той лишь целью, чтобы она их сдерживала, поддерживала патологический паттерн поведения.

Некоторые наблюдения в отношении реакции переноса, возникающей в работе с такими пациентами. Они склонны воспроизводить с терапевтом драму ребенка, который нуждается в заботе, но получает ее, только если удастся показать, что он страдает. Терапевт воспринимается как родитель. Для таких клиентов характерно также то, что они находятся в состоянии практически бессознательного страха, что их недостатки обязательно заметят окружающие и отвергнут их. Чтобы бороться с этими страхами, пациенты пытаются сделать очевидной свою беспомощность и пытаются «быть хорошими».

В работе с ними важно осознанно поддерживать материнский перенос и быть тем постоянным объектом, при помощи которого можно достроить и прожить незавершенные ситуации прошлого и получить опыт принятия–отвержения, а также безопасности. Это осуществляется на основании постепенного перехода из отношений ребенок–взрослый, в отношения взрослый–взрослый.

В работе с клиентами, страдающими НПП у терапевта часто возникают следующие реакции контрпереноса: 1) желание спасти; 2) много раздражения; 3) бессилие, ощущение хождения по кругу; 4) страх, что клиент не сможет «оторваться» от терапевта и «зависнет». Возникает любопытный «замкнутый круг» оказания помощи таким пациентам: чем больше пациент заявляет о своем страдании, тем больший отклик он получает со стороны окружения (в т. ч. близких родственников, врачей соматического профиля, которые пытаются коррегировать соматические последствия НПП и пр.). В то же время терапевт осознает, что чем сильнее он предпринимает явные попытки *оказать помощь*, тем хуже становится его клиенту. В этом положении терапевту чрезвычайно важно помнить о себе и своей профессиональной роли, сохраняя надежные личностные границы. Главным в работе является спокойствие, медленный темп, дозированное предоставление как фрустрации, так и поддержки. Медленный темп помогает восстановлению у клиента способности «брать» из окружающей среды и перерабатывать (ассимилировать) необходимое. В том случае, если такие клиенты сразу много «получают» (когда терапевт включился в роль «кормителя», которую обычно выполняют родственники клиента), то они быстро регрессируют в своем поведении. Отсюда основная цель работы — научить клиентов «поглощать» как пищу, так и окружающую среду маленькими дозами.

Огромное значение в терапии нарушений пищевого поведения играют личностные качества психотерапевта, а именно его собственные ограничения в жизни и отношение к ним. Ограничения, запреты, контроль собственного поведения (бессознательные конфликты) оказывают негативное влияние на весь ход терапии. В этом отношении важна личностная и терапевтическая зрелость (проработанность) самого психотерапевта, который способен свободно принимать свое несовершенство, а также встречать и проживать кризисы своей жизненной истории.

6.5. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И СОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. ИХ ЛЕЧЕНИЕ

В процессе комплексного лечения пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения, следует признать необходимой динамическую оценку соматического риска и степени тяжести расстройства в соответствии с приведенными ниже критериями (табл. 6.5.1).

Таблица 6.5.1

Критерии оценки соматического риска при нарушениях пищевого поведения

Система	Исследование	Тяжелое состояние	Угрожающее состояние
Статус питания	ИМТ	<14	<12
	Потеря веса/неделю	>0,5 кг	>1,0 кг
	Геморрагическая сыпь		+
Циркуляция	Систолическое АД	<90	<80
	Диастолическое АД	<70	<60
	Ортостатическая реакция (сидя-стоя)	>10	>20
	ЧСС	<50	<40
Скелетно-мышечная система	Невозможность встать с корточек без балансирования руками	+	
	Невозможность встать с корточек без использования рук в качестве рычага		+
Температура		<35	<34,5
Костный мозг	Лейкоциты (*10 ⁹ /л)	<4,0	<2,0
	Нейтрофилы (*10 ⁹ /л)	<1,5	<1,0
	Гемоглобин (г/л)	<110	<90
	Быстрое падение гемоглобина		+
	Тромбоциты (*10 ⁹ /л)	<130	<110
Вводно-электролитный баланс	K ⁺ (ммоль/л)	<3,5	<3,0
	Na ⁺ (ммоль/л)	<135	<130
	Mg ²⁺ (ммоль/л)	0,5–0,7	<0,5
	PO ₄ ²⁻	0,5–0,8	<0,5
	Мочевина (ммоль/л)	>7	>10
Питание	Альбумин (г/л)	<35	<32
	Креатинкиназа (МЕ/л)	>170	>250
	Глюкоза (моль/л)	<3,5	<2,5
ЭКГ	ЧСС	<50	<40
	Интервал Q–T		>500 ms
	Аритмия		+

Лечение соматических проявлений НПП ориентировано на коррекцию или профилактику осложнений, обусловленных неадекватно низкой массой тела и/или использованием дезадаптивных экстремальных способов контроля массы тела. Обычный терапевтический процесс включает информирование пациента как о необходимости ликвидации специфических симптомов НПП, так и важности динамического контроля массы тела, таких признаков как

частота сердечных сокращений, уровни артериального давления и температуры тела), а также (при наличии очистительного поведения) сывороточного уровня электролитов. Восстановление массы тела при нервной анорексии является концептуальным требованием процесса лечения. Последовательность действий по восстановлению статуса питания и профилактике осложнений, связанных с процессом вскармливания описана в разделе 6.3. Настоящая глава посвящена описанию соматических признаков и осложнений нарушений пищевого поведения, а также подходам к их коррекции.

При соматическом обследовании гипотензия, брадикардия и гипотермия, повышенная чувствительность к холоду (в т. ч. холодные конечности на ощупь) являются частыми спутниками чрезмерного похудения и отражают активность компенсаторных механизмов организма по уменьшению энергетических затрат. Отсутствует единая точка зрения в отношении «безопасной» пороговой частоты сердечных сокращений. С учетом конкретной клинической картины возможен перевод пациента на кардиомониторинг при уменьшении ЧСС менее 40 уд/мин. В то же время, состояние пациента при ЧСС 30 уд/мин на фоне синусового ритма может быть оценено как удовлетворительное. Часто отмечается головокружение, склонность к обморокам. Нередко больные с нервной анорексией сообщают о плохом качестве сна, раннем утреннем пробуждении. Среди иных телесных «атрибутов» нервной анорексии отмечается сухая кожа, гиперкаротинемия (оранжевый оттенок кожи ступней и подошв), лануго (пушковый волос на спине, предплечьях и боковой поверхности лица), акроцианоз, атрофия груди. Припухлость в области околоушных и подчелюстных слюнных желез, аномалии расположения зубов, разрушение дентина на лингвальной и окклюзионной поверхностях зубов (перимолизис), следы механического повреждения и ссадины на тыльной поверхности кистей (нанесенные преимущественно резцами при попытках вызывания у себя рвоты, признак Рассела) могут свидетельствовать о повторяющихся попытках самоочищения после еды с помощью рвоты (как при НА, так и при НБ). Удлинение интервала QT зачастую наблюдается у пациентов с нервной анорексией даже на фоне нормального электролитного состава сыворотки крови. У больных НА масса левого желудочка обычно меньше нормы, однако систолическая функция обычно сохранена. Может отмечаться незначительный пролапс митрального клапана, но существенная митральная регургитация является редким явлением.

Замедленное освобождение желудка зачастую определяет жалобы пациентов в процессе их вскармливания. Уменьшение подвижности толстого кишечника и его атония часто являются следствием хронического злоупотребления слабительными средствами. Дилатация кишечника за счет хронических запоров, замедление кишечной моторики в результате хронического использования слабительных препаратов или их отмены может наблюдаться как при НА, так и НБ. Острое расширение кишечника отмечается редко и

обычно является следствием переедания либо чрезмерно стремительного вскармливания.

Рутинные лабораторные исследования включают определение уровня электролитов в сыворотке крови и формулу крови. Профиль электролитных нарушений зачастую может указать на использование пациентом экстремальных методов контроля массы тела (рвота, злоупотребление мочегонными и слабительными средствами). Гипокалиемия наряду с метаболическим алкалозом может свидетельствовать в пользу частой рвоты у пациента, либо использования мочегонных средств. Напротив, метаболический ацидоз, гипонатриемия и гипокалиемия часто наблюдается при злоупотреблении слабительными средствами. Гипокалиемия не типична для ограничительного подтипа нервной анорексии. В свою очередь, гипонатриемия может быть выявлена при НА и указывает на избыточное потребление жидкости субъектом, либо на нарушения функции антидиуретического гормона. Гипогликемия является частой находкой у пациентов с дефицитом массы тела, но обычно протекает бессимптомно. В то же время выраженная гипогликемия может указывать в целом на худший прогноз. Лейкопения с относительным лимфоцитозом, нейтро- и тромбоцитопения, анемия (умеренная нормоклеточная нормохромная) часто обнаруживаются в общем анализе крови больных нервной анорексией.

Следствием гиповолемии, сопутствующей алиментарному истощению, может также стать повышение уровня мочевины и креатинина, а также реже — снижение скорости клубочковой фильтрации. Среди возможных прочих электролитных нарушений следует указать гипомагниемии (которая может сопровождаться гипокальциемией или гипокалиемией, причем оба этих параметра могут нормализоваться лишь при компенсации дефицита уровня магния) и гипофосфатемии. Начальный период вскармливания пациента может приводить к дальнейшему снижению уровня фосфора в сыворотке крови, что в свою очередь может определять выраженную дисфункцию миокарда и неврологические осложнения (например, судороги) (см. мероприятия по предотвращению синдрома вскармливания).

Эндокринная дисфункция при нервной анорексии определяется пониженной концентрацией фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, эстрадиола. Эутиреоидная дисфункция у больных может выражаться пониженным содержанием T_3 и T_4 на фоне нормального или умеренно пониженного уровня тиреоидстимулирующего гормона. Гиперкортизолемиа и повышенный уровень свободного кортизола в моче могут наблюдаться как у больных с НА при пониженном весе, так и при НБ на фоне нормальной массы тела.

Следует помнить, что вопреки наличию многих клинических признаков нарушений пищевого поведения, данные лабораторных и инструментальных методов исследования могут оставаться в пределах нормы, особенно у паци-

ентов, страдающих нервной булимией и имеющих нормальную массу тела. Аменорея, являясь одним из значимых признаков НА, также может наблюдаться (как и олигоменорея) при нервной булимии у пациентов, имеющих нормальную массу тела. При нервной анорексии аменорея является, как правило, следствием гипогонадотропного гипогонадизма (за счет уменьшения пульсирующего высвобождения гонадотропного релизинг-гормона) при пониженном или неопределяемом уровне сывороточного эстрадиола. Период полового созревания, включая появление менархе, при нервной анорексии у подростков может быть отсрочен, что приводит к остановке роста. У мужчин в случае развития НА снижение веса также сопровождается гипогонадизмом и уменьшением сывороточного уровня тестостерона. Достижение порогового значения массы тела или количества жировой ткани абсолютно необходимо для нормализации пульсирующего высвобождения гонадотропин-релизинг-гормона. Хотя обычно возобновление менструальной функции происходит на фоне набора веса, но в ряде случаев аменорея сохраняется и на фоне нормализации массы тела. В этом случае она является следствием низкого содержания жировой ткани в организме, недостаточного потребления пищевых жиров, чрезмерных физических нагрузок или депрессии, а также может наблюдаться как побочное действие принимаемых психотропных средств.

Уменьшение размеров белого и серого вещества головного мозга с увеличением размеров желудочковых пространств и наружной гидроцефалией — частая находка при нейровизуализационных исследованиях. Степень псевдоатрофии головного мозга при нервной анорексии пропорциональна дефициту массы тела и косвенно может свидетельствовать об интенсивности экстремальных методов контроля массы тела, используемых пациентом.

Несмотря на то, что детородная функция у больных НПП обычно нарушена в связи с актуальной аменореей, либо если она имела место в анамнезе, у части больных беременность может наступить. Среди акушерских осложнений у больных нервной анорексией и нервной булимией описаны недостаточное увеличение массы тела беременной на протяжении беременности и дефицит массы тела новорожденного. При нервной булимии отмечено повышение риска выкидыша, а при нервной анорексии — преждевременных родов и пренатальной смертности. Учитывая эти осложнения, пациентам следует рекомендовать воздерживаться от возможной беременности до наступления ремиссии при нарушении пищевого поведения.

Еще одним серьезным соматическим осложнением является уменьшение количества костной ткани (остеопения и остеопороз) на фоне аменореи и недостаточного питания. На протяжении длительного времени у больных НА сохраняется повышенный (в 2,9 раза) риск любых переломов костей. У 50 % женщин, страдающих НА, при костной денситометрии выявляется уменьшение на 2 δ плотности кости против нормальных значений. Причем повреждение кости происходит как в кортикальных, так и в трабекулярных областях,

что в клинике проявляется симптоматическими переломами и часто выявляемым кифозом. Утрата костной ткани у женщин в молодом возрасте отмечается уже после 6-месячного периода заболевания и может также отмечаться у мужчин. Поскольку недостаток костной ткани сохраняется и после клинического выздоровления, то женщины, перенесшие нервную анорексию, имеют повышенный риск переломов в дальнейшем. Выраженное уменьшение костной ткани при нервной анорексии является следствием ряда причин, в т. ч. гипоестрогении, дефицита витаминов и микронутриентов, гиперкортизолемии, а также прямого ингибиторного эффекта недоедания на формирование костной ткани и функцию остеобластов.

Соматические осложнения при нервной анорексии (табл. 6.5.2) являются, как правило, вторичными по отношению к дезадаптивному пищевому поведению и статусу питания. Поэтому они в большинстве случаев являются обратимыми при нормализации пищевых предпочтений и питания за исключением, возможно, сниженной плотности костной ткани.

Таблица 6.5.2

Соматические осложнения при нервной анорексии

Система	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
Весь организм	Слабость, усталость	Недостаточное питание	Пониженная масса тела/индекс массы тела
Центральная нервная система	Апатия, плохая способность к концентрации внимания	Когнитивные нарушения; подавленное настроение, раздражительность	КТ: увеличение желудочков мозга; МРТ: уменьшение объема серого и белого вещества
Сердечно-сосудистая система	Сердцебиение, слабость, головокружение, одышка, боль в груди, похолодание конечностей	Нерегулярный, слабый, медленный пульс, существенные ортостатические изменения кровяного давления, периферическая вазоконстрикция с акроцианозом	ЭКГ: низкий вольтаж, заметные U-волны, синусовая брадикардия, предсердные и желудочковые аритмии, удлинение интервала Q-T (опасный признак); постуральная и непостуральная гипотензия
Костная система	Боли в костях при нагрузках	Очаговая болезненность, малый рост/остановка роста скелета	Рентгенологическое исследование или сканирование: трещины в костной ткани; оценка плотности костной ткани при остеопении или остеопорозе
Мышечная система	Слабость, мышечные боли	Мышечное переутомление	Нарушения в ферментах мышечной ткани при тяжелом недоедании

Окончание табл. 6.5.2

Система	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
---------	----------	----------------------	--------------------------------

Репродуктивная система	Остановка психосексуального развития, снижение либидо	Прекращение менструаций или первичная аменорея, остановка сексуального развития или регрессия вторичных половых признаков, проблемы фертильности, высокая частота осложнений во время беременности и неонатальном периоде	Гипоэстрогения, препубертатные паттерны секреции ФСГ и ЛГ; УЗИ тазовых органов: недостаточное развитие фолликулов
Эндокринная система, метаболизм	Слабость, пониженная толерантность к холоду, повышенный диурез, рвота	Гипотермия	Повышенные уровни кортизола, реверсивного Т ₃ ; дегидратация, электролитные нарушения; гипофосфатемия (особенно при кормлении); гипогликемия (реже), белковая недостаточность, нарушение кислотно-основного равновесия
Кровь	Слабость, пониженная толерантность к холоду	Кровоподтеки/нарушения свертываемости крови	Анемия, нейтропения с относительным лимфоцитозом, тромбоцитопения, замедленная СОЭ, реже — нарушения факторов свертывания
Пищеварительная система	Рвота, боли в животе, газообразование, запоры	Растяжение брюшной стенки пищей, нарушения аускультативных феноменов	Замедленное опорожнение желудка, возможны нарушения функции печени
Мочеполовая система		Отеки	Повышенный уровень азота мочевины, низкая скорость клубочковой фильтрации, гиповолемическая нефропатия, гипокалиемическая нефропатия
Кожа	Изменения волос	Пушковый волос (лануго)	

Терапия соматических осложнений должна опираться на коррекцию собственно пищевого поведения, а не симптоматическое лечение осложнений. Так, например, нецелесообразно лечение тироксином гипотиреозидизма, обусловленного голоданием. Тем не менее, пристальное внимание должно быть уделено осложнениям, представляющим угрозу для жизни.

В процессе обследования пациентов с НПП дифференциальная диагностика в связи со снижением массы тела должна проводиться с воспалительными заболеваниями кишечника, сахарным диабетом (заболеваниями, которые в случае коморбидности могут существенно затруднять процесс лече-

ния), а также злокачественными новообразованиями и заболеваниями щитовидной железы. Учитывая, что нервная анорексия может с большой вероятностью быть выявлена среди контингентов, специфичных по роду своих занятий, например, у спортсменов, необходимо помнить о так называемой «женской атлетической триаде», включающей остеопороз, аменорею и нарушения пищевого поведения. Девушки, имеющие проявления этой триады, подвержены высокому риску перелома костей не только в связи с остеопорозом, но и в связи с неадекватно высокими нагрузками из-за ошибок в тренерском руководстве, а также из-за невозможности остановить тренировку и отдохнуть при появлении боли.

Сосуществование нарушений пищевого поведения и инсулинзависимого сахарного диабета зачастую связано с чрезвычайными затруднениями в плане организации терапевтического процесса. В этом случае больные сахарным диабетом I типа избегают приема инсулина с целью снижения массы тела. Среди таких пациентов описано раннее начало микрососудистых осложнений [A. C. Rydall et al. 1997].

Соматические осложнения при нервной булимии (табл. 6.5.3) во многом опосредуются формой (самовызывание рвоты, злоупотребление слабительными и мочегонными средствами) и частотой очистительного поведения, что приводит к электролитному дисбалансу. Причина осложнений при НБ отличается от таковой при нервной анорексии, где осложнения являются следствием в первую очередь физического истощения из-за ограничений в питании и потери массы тела. При нервной булимии фарингеальная болезненность, утрата эмали на фарингеальной поверхности передних зубов, воспаление слюнных желез (как и при очистительном подтипе НА) является следствием очистительного поведения с помощью рвот и химического воздействия содержимого желудка. Частые рвоты могут приводить к гастроэзофагеальному рефлюксу, а также грозному осложнению — проявлениям синдрома Мэлори–Вейса. Часто отмечаются диспептические проявления при нормальной подвижности пищевода. Тяжелые запоры вследствие синдрома зависимости от слабительных препаратов связаны с повреждением мышечно-кишечного сплетения и наблюдаются, прежде всего, при злоупотреблении слабительными, стимулирующими перистальтику.

Повторяющееся очистительное поведение с помощью рвот приводит к нарушениям водно-электролитного обмена. Наиболее тяжелые проявления метаболического алкалоза практически всегда обусловлены рвотой. Злоупотребление мочегонными препаратами также способно приводить к гипохлоремическому метаболическому алкалозу.

Таблица 6.5.3

Соматические осложнения при нервной булимии

Система организма	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
Метаболизм	Слабость, раздражи-	Слабый тургор кожи	Дегидратация (плот-

	тельность		ность, осмолярность мочи); сывороточные электролиты: гипокалиемия, гипохлоремический алкалоз (у лиц, вызывающих рвоту), гипомагниемия и гипофосфатемия (у лиц, использующих слабительные)
Желудочно-кишечная	Боли в животе и ощущение дискомфорта у лиц, вызывающих рвоту; периодическая непроизвольная рвота; запоры; нарушения моторики кишечника и газообразование у лиц, использующих слабительные; выпадение толстого кишечника	Периодически рвота с прожилками крови; у лиц, вызывающих рвоту — гастриты, эзофагиты, гастроэзофагеальные эрозии, расширение желудка вплоть до его разрыва, нарушения подвижности пищевода; могут быть обнаружены панкреатиты; у лиц, постоянно использующих слабительные, нарушения подвижности толстого кишечника, его меланоз	Повышенный уровень сывороточной амилазы, патологические печеночные пробы
Репродуктивная	Проблемы бесплодия	Скудные менструации, нерегулярный менструальный цикл	Возможна гипоестрогения
Орофарингеальная	Разрушение зубов, боли в глотке, безболезненное припухание щек и шеи	Кариес с эрозиями зубной эмали, особенно лингвальной поверхности резцов; эритема глотки; увеличение слюнных желез	Рентгенологическое подтверждение эрозий зубной эмали; повышение сывороточной амилазы, связанной с доброкачественной гиперплазией околоушной слюнной железы
Сердечно-сосудистая и мышечная (у лиц, принимающих рвотные средства)	Слабость, сердцебиение	Сердечные нарушения, мышечная слабость	Кардиомиопатия и периферическая миопатия

Острая диарея, связанная с приемом слабительных препаратов, приводит к гиперхлоремическому метаболическому ацидозу. Гипокалиемия наблюдается приблизительно у 5 % пациентов с НБ. Принимая во внимание низкую диагностическую чувствительность гипокалиемии в плане диагностики НБ,

нецелесообразно оценивать уровень калия при этом расстройстве в структуре скринингового обследования. В то же время, обнаружение у практически здоровой молодой женщины гипокалиемии оказывается высокоспецифичным для этого диагноза. В практическом плане может быть полезным определение уровня калия в моче. Его концентрация менее 10 ммоль/л в капельном образце мочи зачастую предполагает желудочно-кишечную причину потери калия. Существуют указания на то, что соотношение концентраций ионов натрия и хлора в моче является хорошим предиктором булимических проявлений. Величина этого коэффициента более чем 1,21 свидетельствует о высокой вероятности расстройства с 5 % частотой ложноположительных результатов. В пользу НБ свидетельствует также выраженный дефицит анионов в моче [S. J. Crow et al., 2001].

Псевдосиндром Бартера (нормотензивный гипокалиемический алкалоз) часто отмечается у пациентов, которые часто вызывают рвоту или используют мочегонные препараты. Потеря жидкости организмом приводит к гиперальдостеронизму. Отеки конечностей, вызывающие выраженный дискомфорт, связаны со стабильно повышенным уровнем альдостерона. Его повышение обусловлено резким прекращением до того чрезмерных очистительных ритуалов. Идиопатические отеки, связанные с нерегулярными эпизодами задержки жидкости в организме в отсутствие явной причины, могут быть косвенным маркером возможной манифестации НБ у тех женщин, которые используют мочегонные препараты с целью контроля задержки жидкости, обусловленной менструальным циклом.

Эндокринная дисфункция при НБ является достаточно редким явлением, за исключением тех случаев, когда она первично возникла при предшествовавшей нервной анорексии. Нерегулярность менструального цикла часто обнаруживается у пациенток в активной фазе расстройства, в то же время, после выздоровления репродуктивная функция сохраняется. У большинства больных НБ улучшение симптоматики отмечается на протяжении беременности, однако, обострения после родов являются частыми.

При атипичных нарушениях пищевого поведения осложнения также определяются основополагающими чертами дезадаптивного пищевого поведения — пониженный статус питания, очистительное поведение. При расстройстве по типу переедания (обжорстве, BED) как таковых первичных осложнений не описано, за исключением тех, что определяются сопутствующим ожирением.

Назначение препаратов, повышающих аппетит, при нервной анорексии следует считать необоснованным, поскольку у этих пациентов мозговые механизмы контроля аппетита являются интактными, а в отсутствие психотерапевтической поддержки увеличение массы тела у этих пациентов приведет к обострению специфической симптоматики.

Коррекция электролитных нарушений. Можно начинать восстановление уровня калия с того момента, когда сывороточный уровень калия снизится до 3,2 ммоль/л или ниже. Сама по себе регидратация (нормализация ОЦК), наряду с прекращением рвоты и использования слабительных средств, способна привести к восстановлению кислотно-основного состояния и нормализовать баланс вне- и внутриклеточного калия. Регидратация внутривенным введением изотонического раствора имеет цель «выключение» механизма задержки жидкости посредством системы ренин-ангиотензин. Тем не менее, целесообразно быть сдержанным в отношении чрезмерно интенсивного побуждения скорректировать уровень калия, сопряженный с дегидратацией и острым нарушением кислотно-основного состояния. При продолжающейся дегидратации и гиповолемическом метаболическом алкалозе (наиболее частое нарушение кислотно-основного состояния у пациентов с нарушением пищевого поведения) есть основания ожидать истощения общих запасов калия в организме из-за того, что почки осуществляют преимущественную реабсорбцию натрия с целью задержки воды. Таким образом, адекватное восстановление уровня калия не может быть достигнуто, пока не будет уменьшено, либо прекращено очистительное поведение в виде рвоты.

В том случае, если сывороточный уровень калия будет оставаться низким после коррекции кислотно-основного состояния, может быть рекомендована пероральная заместительная терапия. Уменьшение уровня сывороточного калия на 1 ммоль/л отражает общий уровень дефицита калия в организме в количестве приблизительно 150 ммоль. При нормальной почечной функции оправдано возмещение уровня калия за несколько приемов в объеме 60–80 ммоль/день на протяжении нескольких дней. Хорошо переносится 5%-ный раствор хлористого калия (20 ммоль в 15 мл), смешанный с апельсиновым соком. На фоне заместительной терапии необходимо регулярно проверять сывороточный уровень калия и бикарбоната (вначале ежедневно, т. к. практически невозможно точно рассчитать требуемое количество). При восстановлении нормоволемии и продолжающейся частой рвоте требуется продолжение мониторинга уровня электролитов. В ряде случаев требуется продолжительная заместительная терапия гипокалиемии.

У пациентов могут наблюдаться боли в животе и вздутие, опосредованные замедленной моторикой желудка, сопутствующей голоданию. Запоры могут прогрессировать вплоть до острой кишечной непроходимости. На протяжении набора веса у многих пациентов отмечается болезненность грудных желез, акне. Целесообразно организовать динамическое наблюдение смежных специалистов (прежде всего терапевта) для своевременной оценки сопутствующих осложнений и назначения соответствующей коррекции.

При планировании назначения психотропных средств целесообразно оценить состояние интервала Q–T на электрокардиограмме. Наличие его удлинения служит противопоказанием для назначения трициклических антиде-

прессантов и требует безотлагательной коррекции электролитных нарушений. Удлинение интервала Q–T увеличивает риск желудочковой тахикардии и внезапной смерти.

Препараты, усиливающие моторику ЖКТ (например, метоклопрамид) могут назначаться в связи со вздутием и болями в животе вследствие гастропареза и преждевременного насыщения в процессе вскармливания, отмечаемыми у некоторых пациентов. Назначение метоклопрамида может способствовать урежению рвоты посредством центрального механизма действия на рвотный центр, а также посредством повышения тонуса нижнего сфинктера пищевода. Восстановление функций кишечника после прекращения злоупотребления слабительными средствами требует нескольких недель. Пациентам должен быть рекомендован прием достаточного количества жидкости, пища с высоким содержанием волокон и умеренные физические упражнения. Следует помнить, что некоторые пациенты прибегают к избыточным физическим нагрузкам с целью контроля массы тела. Поэтому целесообразно оценить актуальность наличия дезадаптивного обращения с физическими упражнениями перед назначением таких рекомендаций. При сохраняющихся запорах на протяжении более чем несколько дней целесообразно назначение суппозиториев с глицерином либо слабительных осмотического (не стимулирующего моторику кишечника) действия, таких как лактулоза. При рефлюкс-эзофагите положительный эффект может быть получен при назначении блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов (ранитидин, циметидин, фамотидин) и ингибиторов протонной помпы (омепразол и др.).

При отечности конечностей необходимо рекомендовать бессолевую диету (не более 3 г соли в сутки) наряду с приподнятым ножным концом кровати. Пациенту необходимо объяснить причину отеков, необходимость и обоснованность выжидательной тактики, поскольку петлевые диуретики склонны лишь усугубить симптоматику. Антагонисты альдостерона (спиронолактон, 25–50 мг/сут) могут быть назначены пациенту на протяжении 1–2 недель. За этот период отеки должны разрешиться. Последнее назначение может быть оправданным особенно в тех случаях, когда отечность ошибочно воспринимается пациентом как проявление «ожирения» и вызывает дистресс. В этом случае назначение антагонистов альдостерона может помочь предотвратить возобновление цикла «переедание–очистительное поведение».

Выявляемая эутиреоидная дисфункция не требует соответствующей коррекции и проходит по мере нормализации массы тела.

Пациентов, которые прибегают к очистительному поведению с помощью рвоты, необходимо инструктировать в плане действия по защите зубной эмали. Бережная чистка зубов и полоскание полости рта фтористыми соединениями непосредственно после рвоты может противостоять кариесу. Сиа-лоаденит проходит при прекращении рвоты, помощь может оказать сухое тепло, а также рассасывание в полости рта кислых конфет. В том случае, если

воспаление слюнных желез не разрешается за несколько недель, назначение пилокарпина per os (по 5 мг 3 раза в день) может способствовать облегчению состояния.

Первичная терапия аменореи должна быть ориентирована на общую нормализацию статуса питания. Решение о лечении аменореи с помощью комбинации эстрогенов и прогестинов должно приниматься индивидуально в отношении каждого пациента. Например, эстроген-заместительная терапия может быть оправданной в отношении симптомов опосредованных дефицитом эстрогенов, таких как атрофия молочных желез, сухость кожных покровов. В то же время не выявлено достоверного влияния такой терапии на восстановление плотности костной ткани. Периодическое назначение прогестинов оказывается мало полезным из-за снижения сывороточного уровня эстрогенов и атрофии эндометрия. У большинства пациенток с НА происходит восстановление менструальной функции на протяжении 6 месяцев с момента достижения 90 % порога их идеальной массы тела. Хорошими предикторами в плане восстановления менструальной функции у больных НА являются: сывороточный уровень эстрадиола ($>110,1$ пмоль/л) и масса тела, превышающая таковую при начале аменореи на 2,25 кг.

В терапии остеопении и остеопороза критически значимым является восстановление статуса питания, здоровой массы тела и менструальной функции. Отсутствуют точные данные в отношении эффекта эстроген-заместительной терапии и препаратов кальция. По-видимому, высокие дозы кальция — 1000–1500 мг/сут, а также витамин E — 400–800 МЕ в день имеют положительный эффект, особенно принимая во внимание роль гиперкортизолемии в возникновении остеопороза при нервной анорексии. При продолжающемся и усугубляющемся остеопорозе может быть показана терапия бифосфонатом (алендронатом) или назальное введение кальцитонина. Однако надежные данные о положительном эффекте терапии остеопении от назначения бифосфонатов и других антирезорбтивных препаратов отсутствуют. Предварительные данные указывают на возможный эффект от комбинированного назначения рекомбинантного человеческого инсулиноподобного фактора роста и антирезорбтивной терапии (оральные контрацептивы).

6.6. ФАРМАКОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕПАРАТОВ ДРУГИХ ГРУПП

Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми в начальном периоде терапии нервной анорексии. Следует избегать их рутинного назначения. Исключение составляет кратковременное назначение анксиолитических средств (например, лоразепам 0,25–0,5 мг, феназепам 0,5 мг или диазепам 5 мг за 30–40 минут до еды на протяжении 1–2 недель) и малые дозы нейролептиков (например, хлорпротиксен, флупентиксол, оланзапин, рисперидон) для купирования выраженных обсессив-

ных и тревожных проявлений, влияния на сверхценный характер переживания пациентов, а также для прицельного ослабления предвосхищающей тревоги перед едой накануне ее потребления.

Психотропные средства в целом неэффективны в лечении специфических симптомов НА. Необходимость антидепрессивной терапии, например, целесообразно оценить вслед за нормализацией веса, когда поблекнут психологические проявления, связанные с недостатком питания. Эти препараты целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела (как минимум 85 % от ожидаемой массы тела) и для лечения наблюдающихся при нервной анорексии депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных проявлений и иных расстройств импульсивности, а также для тех пациентов, у кого отмечался недостаточный эффект от прежних адекватных методов психосоциальной реабилитации и терапии. Препараты цинка, ципрогептадин (перитол), нейролептические средства не подтвердили своей эффективности в контролируемых исследованиях по лечению кардинальных специфических психопатологических симптомов НА. Никакие из препаратов других химических групп, а также альтернативные методы фармакотерапевтического лечения от витаминов до гормональнозаместительной и электросудорожной терапии не показали своей эффективности по влиянию на симптоматику нервной анорексии.

Изолированное использование КБТ либо фармакотерапии приводит к полной ликвидации компульсивного переедания и очистительного поведения лишь в 30–40 % случаев НБ. Любопытно, что при изолированном сопоставлении эффективности КБТ либо фармакотерапии, когнитивно-бихевиоральное вмешательство оказалось более уместным. Среди тех пациентов НБ, которые не достигли улучшения посредством КБТ, эффективность интерперсональной терапии оказалась равной 16 %, а фармакотерапии — не больше 10 %. Примерно у $\frac{1}{3}$ пациентов, отмечавших первоначальное улучшение на фоне фармакотерапии, имело место обострение симптоматики в дальнейшем. Было показано, что комбинация психотерапевтического лечения и фармакотерапии может способствовать увеличению вероятности ремиссии и, таким образом, может считаться предпочтительной на начальном этапе лечения пациентов с нервной булимией после компенсации соматических осложнений. В целом, для взрослых пациентов, страдающих НБ, психотропные средства оказывают умеренный эффект и, таким образом, признаются в большей мере уместными по сравнению с лечением больных НА. Препараты различных классов антидепрессантов (ТЦА, СИОЗС, ингибиторы МАО, бупропион, тразодон) показали свою эффективность в плане снижения выраженности симптомов булимии и частоты дезадаптивного поведения на 50–60 % на протяжении 6–8 недель лечения. Существует соглашение о том, что препаратом с подтвержденной клинической эффективностью при НБ и хорошей переноси-

мостью является флуоксетин (60 мг/сут). Также могут быть рекомендованы к назначению дезипрамин (до 300 мг/сут) и имипрамин (до 300 мг/сут).

Для фармакотерапии компульсивного переедания могут быть рекомендованы флувоксамин, дезипрамин как препараты, склонные уменьшать частоту эпизодов переедания.

Назначение психотропных средств при лечении нарушений пищевого поведения должно начинаться с минимальных начальных доз, и врач должен быть внимателен к признакам их побочных эффектов. Следует иметь в виду, что у пациентов с дефицитом массы тела базовый тимолептический эффект антидепрессантов (СИОЗС, ТЦА и др.) менее выражен в отношении аффективной симптоматики, чем у депрессивных пациентов с нормальной массой тела. Учитывая особенности клиники нарушений пищевого поведения, трициклические антидепрессанты (ТЦА) должны использоваться с осторожностью у пациентов с выраженным истощением, а также при высоком суицидальном риске, а ингибиторы МАО должны избегаться у пациентов с хаотичными болезненными нарушениями пищевого поведения (эпизоды переедания и очистительного поведения). Следует признать противопоказанным назначение ТЦА при лечении нарушений пищевого поведения в случае удлинения интервала QT на электрокардиограмме. В этом случае основное внимание должно быть уделено коррекции электролитных нарушений, поскольку увеличение интервала QT может повышать риск желудочковой тахикардии и внезапной смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лазарус, А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус. СПб. : Речь, 2001. 256 с.
2. *МакМаллин, Р.* Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин ; пер. с англ. СПб. : Речь, 2001. 560 с.
3. *Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / С. Палаццоли [и др.] ; пер. с итал. М. : «Когито-Центр», 2002. 204 с.*
4. *Скугаревский, О. А.* Феномен «пересечения контекстов» в неодолимом стремлении к совершенству... при нарушениях пищевого поведения / О. А. Скугаревский // Актуальные вопросы психического здоровья : сб. науч. работ / Материалы международной науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию кафедры медицинской психологии и психотерапии ГрГМУ, 21 января 2005. Гродно, 2005. С. 162–164.
5. *Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study : outcome at twelve month follow-up / G. C. Patton [et al.] // Psychological Medicine. 1990. Vol. 20. P. 383–394.*
6. *A comparison of nutritional management and stress management un the treatment of bulimia nervosa / R. G. Laessle [et al.] // British Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 159. P. 250–261.*
7. *Amount of calories retained after binge eating and vomiting / W. H. Kaye [et al.] // American Journal of Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 969–971.*

8. *Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials* / C. M. Bulik [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2007. Vol. 40. P. 310–320.
9. *A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT* / J. E. Mitchell [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2002. Vol. 32. P. 271–281.
10. *Arkowitz, H. Integrative theories of therapy* / H. Arkowitz // *History of psychotherapy* / D. K. Freedheim (Ed.). Washington : American Psychological Association, 1992. P. 261–303.
11. *Baucom, D. H. Cognitive-behavioral marital therapy* / D. H. Baucom, N. Epstein. New York : Brunner/Mazel, 1990.
12. *Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders* / A. T. Beck. New York : International Universities Press, 1976.
13. *Becker, A. E. The role of psychopharmacologic management in the treatment of eating disorders* / A. E. Becker, P. Hamburg, D. B. Herzog // *Annual of drug therapy* / D. L. Dunner, J. F. Rosenbaum (Eds.). Philadelphia : W. B. Saunders, 1998. P. 17–51.
14. *Bihun, J. A. Idiopathic edema and eating disorders : evidence for an association* / J. A. Bihun, J. McScherry, D. Marciano // *International Journal of Eating Disorders*. 1993. Vol. 14. P. 197–201.
15. *Bruch, H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa* / H. Bruch // *Psychosomatic Medicine*. 1962. Vol. 24. P. 187–194.
16. *Bulimia nervosa treatment : a systematic review of randomized controlled trials* / J. R. Shapiro [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2007. Vol. 40. P. 321–336.
17. *Carter, F. A. Exposure treatments for bulimia nervosa : procedure, efficacy, and mechanisms* / F. A. Carter, C. M. Bulik // *Advances in Behaviour and Therapy*. 1993. Vol. 15. P. 1001–1053.
18. *Casper, R. C. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa* / R. C. Casper // *Psychosomatic Medicine*. 1990. Vol. 52. P. 156–170.
19. *Cognitive therapy of depression* / A. T. Beck [et al.]. New York : Guilford Press, 1979.
20. *Copeland, P. M. Longitudinal follow-up of amenorrhea in eating disorders* / P. M. Copeland, N. R. Sacks, D. B. Herzog // *Psychosom. Med*. 1995. Vol. 57. P. 121–126.
21. *Craske, M. G. Mastery of your anxiety and worry* / M. G. Craske, D. H. Barlow, T. O’Leary. New York : Graywind, 1992.
22. *Dare, C. Aetiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders* / C. Dare // *Psychological treatments in disease and illness* / M. Hodes, S. Morey (Eds.). London : Gaskell, 1993.
23. *Disordered eating behaviour and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus* / A. C. Rydall [et al.] // *N. Engl. J. Med*. 1997. Vol. 336. P. 1849–1854.
24. *Dolan, B. Cross-cultural aspects of anorexia and bulimia : a review* / B. Dolan // *International Journal of Eating Disorders*. 1991. Vol. 10. P. 67–79.
25. *Eating disorders* / A. E. Becker [et al.] // *The New England Journal of Medicine*. 1999. April. P. 1092–1098.
26. *Edlund, B. Eating behaviours, and attitudes to eating, dieting, and body image in 7-year-old Swedish girls* / B. Edlund, K. Halvarsson, P. Sjoden // *European Eating Disorders Review*. 1995. Vol. 3. P. 1–14.
27. *Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa* / M. P. Olmsted [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. 1991. Vol. 29. P. 71–83.
28. *Ellis, A. Reason and emotion in psychotherapy* / A. Ellis. New York : Lyle Stuart, 1962.
29. *Fairburn, C. G. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa : a comprehensive treatment manual* / C. G. Fairburn, M. D. Marcus, G. T. Wilson // *Binge eating :*

Nature, assessment, and treatment / C. G. Fairburn, G. T. Wilson (Eds.). New York : Guilford Press, 1993. P. 361–404.

30. *Fairburn, C. G.* Cognitive-behavioral treatment for bulimia / C. G. Fairburn // Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia / D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.). New York : Guilford Press, 1985. P. 160–192.

31. *Fluvoxamine* in the treatment of binge-eating disorder : a multicenter placebo-controlled, double-blinded trial / J. I. Hudson [et al.] // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 1756–1762.

32. *Garner, D. M.* A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa / D. M. Garner, K. M. Bemis // Cognitive Therapy and Research. 1982. Vol. 6. P. 123–150.

33. *Garner, D. M.* Cognitive therapy for anorexia nervosa / D. M. Garner, K. M. Bemis // Handbook of psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia / D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.). New York : Guilford Press, 1985. P. 107–146.

34. *Garner, D. M.* Cognitive therapy for anorexia nervosa / D. M. Garner // Handbook of eating disorders / K. D. Brownell, J. P. Foreyt (Eds.). New York : Basic Books, 1986. P. 301–327.

35. *Garner, D. M.* Confronting the failure of behavioral and dietary treatments of obesity / D. M. Garner, S. C. Wooley // Clinical Psychology Review. 1991. Vol. 11. P. 729–780.

36. *Hill, G. L.* Dimensions of the human body and its components / G. L. Hill, A. H. Beddoe // Nutrition and metabolism in patient care / J. M. Kinney, K. N. Jeejeebhoy, G. L. Hill, O. E. Owen (Eds.). Philadelphia : W. B. Saunders, 1986. P. 89–118.

37. *Hypokalemia* in outpatients with eating disorders / D. Greenfeld [et al.] // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152. P. 60–63.

38. *Jansen, A.* Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating : a pilot study / A. Jansen, J. Broekmate, M. Heymans // Behaviour Research and Therapy. 1992. Vol. 30. P. 235–241.

39. *Keeseey, R. E.* Physiological regulation of body energy : implication for obesity / R. E. Keeseey // Obesity : Theory and Therapy / A. J. Stunkard, T. A. Wadden (Eds.). 2nd ed. New York : Raven Press, 1993. P. 77–96.

40. *Kreipe, R. E.* Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa / R. E. Kreipe, B. H. Churchill, J. Strauss // Am. J. Dis. Child. 1989. Vol. 143. P. 1322–1327.

41. *Laboratory* screening for electrolyte abnormalities and anemia in bulimia nervosa : a controlled study / B. E. Wolfe [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 2001. Vol. 30. P. 288–293.

42. *Lee, A. M.* Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong / A. M. Lee, S. Lee // International Journal of Eating Disorders. 1996. Vol. 20. P. 177–183.

43. *Liebman, R.* An integrated treatment program for anorexia nervosa / R. Liebman, S. Minuchin, L. Baker // American Journal of Psychiatry. 1974. Vol. 131. P. 432–436.

44. *Long-term* menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa / S. J. Crow [et al.] // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 1048–1050.

45. *Mangrum, J. M.* The evaluation and management of bradycardia / J. M. Mangrum, J. P. DiMarco // The New England Journal of Medicine. 2000. Vol. 342. P. 703–709.

46. *Mehler, P.* Constipation: diagnosis and treatment in eating disorders / P. Mehler // Eat. Disord. J. Treat. Prev. 1997. Vol. 5. P. 41–46.

47. *Mehler, P. S.* Bulimia nervosa / P. S. Mehler // The New England Journal of Medicine. 2003. Vol. 349, № 9. P. 875–881.

48. *Meyer, J. M.* Genetics and human obesity / J. M. Meyer, A. J. Stunkard // Obesity : Theory and therapy / A. J. Stunkard, T. A. Wadden (Eds.). 2nd ed. New York : Raven Press, 1993. P. 137–149.

49. *Norcross, J. C.* Psychotherapy integration in the USA : an overview of a metamorphosis / J. C. Norcross // *Integrative Therapie*. 1995. Vol. 1. P. 45–62.
50. *Persistent* perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa / N. M. Srinivasagam [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 152. P. 1630–1634.
51. *Polivy, J.* Diagnosis and treatment of normal eating / J. Polivy, C. P. Herman // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. Vol. 55. P. 635–644.
52. *Psychoeducational* principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa / D. M. Garner [et al.] // *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* / D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.). New York : Guilford Press, 1985. P. 513–572.
53. *Resting* energy expenditure and plasma leptin levels in anorexia nervosa during acute re-feeding / R. P. Pauly [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2000. Vol. 28. P. 231–234.
54. *Resting* metabolic rate and diet-induced thermogenesis in restrained and unrestrained eaters / P. Platte [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1996. Vol. 20. P. 33–41.
55. *Resumption* of menses in anorexia nervosa / N. H. Golden [et al.] // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1997. Vol. 151. P. 16–21.
56. *Robinson, M. D.* Day to day variations in body weight of young women / M. D. Robinson, P. E. Watson // *British Journal of Nutrition*. 1965. Vol. 19. P. 225–235.
57. *Rosen, J. C.* Exposure plus response prevention treatment of bulimia / J. C. Rosen, H. Leitenberg // *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* / D. M. Garner, P. F. Garfinkel (Eds.). New York : Guilford Press, 1985. P. 193–209.
58. *Rosenvingle, J. H.* Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects / J. H. Rosenvingle, S. O. Moulton // *Br. J. Psychiatry*. 1990. Vol. 156. P. 92–97.
59. *Selvini Palazzoli, M.* The anorectic process in the family : a six-stage model as a guide for individual therapy / M. Selvini Palazzoli, M. Viaro // *Family Process*. 1988. Vol. 27. P. 129–148.
60. *Sims, E. A. H.* Experimental obesity, diet-induced thermogenesis and their clinical implications / E. A. H. Sims // *Clinics in Endocrinology and Metabolism*. 1976. Vol. 5. P. 377–395.
61. *Stoff, J. S.* Phosphate homeostasis and hypophosphatemia / J. S. Stoff // *Am. J. Med.* 1982. Vol. 72. P. 489–495.
62. *Surreptitious* diuretic ingestion and pseudo-Bartter's syndrome / R. L. Jamison [et al.] // *Am. J. Med.* 1982. Vol. 73. P. 142–147.
63. *Teasdale, J. D.* Affect, cognition, and change : Re-Modelling depressive thought / J. D. Teasdale, P. J. Barnard. Hove, England : Erlbaum, 1993.
64. *The biology* of human starvation (2 vols.) / A. Keys [et al.]. Minneapolis : University of Minnesota Press, 1950.
65. *Tuschen, B.* Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa / B. Tuschen, H. Bent // *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* / K. D. Brownell, C. G. Fairburn (Eds.). New York : Guilford Press, 1995. P. 354–360.
66. *Urine* electrolytes as markers of bulimia nervosa / S. J. Crow [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 2001. Vol. 30. P. 279–287.
67. *Vandereycken, W.* Siblings of patients with an eating disorder / W. Vandereycken, E. Van Vreckem // *International Journal of Eating Disorders*. 1992. Vol. 12. P. 273–280.
68. *Vandereycken, W.* The family approach to eating disorders : assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia / W. Vandereycken, E. Kog, J. Vanderlinden. New York : PMA Publishing, 1989.
69. *Variation* in energy intake of adolescent girls / R. G. Lacey [et al.] // *Journal of Human Nutrition*. 1978. Vol. 32. P. 419–426.

70. *Vitousek, K. B.* Self-representation in eating disorders : a cognitive perspective / K. B. Vitousek, L. S. Ewald // *The self in emotional disorders : cognitive and psychodynamic perspectives* / Z. Segal, S. Blatt (Eds.). New York : Guilford Press, 1993. P. 221–257.

71. *Weight* gain and reproductive function : ultrasonographic and endocrine features in anorexia nervosa / J. L. Treasure [et al.] // *Clinical Endocrinology*. 1988. Vol. 29. P. 607–616.

72. *Wilson, G. T.* Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa : the role of exposure / G. T. Wilson // *The psychobiology of bulimia nervosa* / K. M. Pirke, W. Vandereycken, D. Ploog (Eds.). Berlin : Springer-Verlag, 1988. P. 137–145.

73. *Wilson, G. T.* Cognitive treatment of eating disorders / G. T. Wilson, C. G. Fairburn // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993. Vol. 61. P. 261–269.

74. *Worsening* of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy / R. Conrad [et al.] // *Psychosomatics*. 2003. Vol. 44. P. 76–78.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	3
Введение.....	3
Глава 1. Современные представления о регуляции пищевого поведения и массы тела.....	5
1.1. Аппетит: механизмы контроля массы тела. Системная оценка.....	6
1.2. Пищевые предпочтения и масса тела.....	24
1.3. Генетическая предрасположенность и масса тела.....	28
Глава 2. Психосоциальные влияния и пищевое поведение.....	35
2.1. Формирование пищевых предпочтений и стиля питания в детском возрасте	35
2.2. Образ собственного тела и его динамика в онтогенезе.....	36
Глава 3. Нарушения пищевого поведения: от истории проблемы к диагностическим рубрикам	64
3.1. Исторический аспект: нервная анорексия и нервная булимия	64
3.2. Распространенность нарушений пищевого поведения и их доклиническая феноменология	76
3.3. Генетические аспекты клинической эпидемиологии нарушений пищевого поведения.....	84
3.4. Классификационные подходы к диагностике нарушений пищевого поведения.....	85
3.5. Синдром ночной еды.....	107
Глава 4. Факторы риска, течение и прогноз при нарушениях пищевого поведения.....	112
4.1. Факторы риска нарушений пищевого поведения	112
4.2. Течение и прогноз при нарушениях пищевого поведения	139
Глава 5. Нарушения пищевого поведения: современные возможности скрининга и диагностики	149
5.1. Векторы клинической оценки.....	149
5.2. Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) и его психометрические свойства	170
5.3. Опросник образа собственного тела: разработка инструмента для оценки	178

Глава 6. Интегративная терапия нарушений пищевого поведения:	
биопсихосоциальный подход.....	188
6.1. Психообразовательные вмешательства	188
6.2. Госпитализация, оценка состояния и клиническая стабилизация.....	205
6.3. Восстановление статуса питания (пищевая реабилитация). Восстановление режима питания	209
6.4. Психотерапия нарушений пищевого поведения.....	216
6.4.1. Общие замечания в отношении психотерапии	216
6.4.2. Когнитивно-бихевиоральный подход в лечении нервной булимии	223
6.4.3. Когнитивно-бихевиоральный подход в лечении нервной анорексии	248
6.4.4. Семейная терапия нарушений пищевого поведения.....	285
6.4.5. Интерперсональная терапия нарушений пищевого поведения (личностноориентированный подход)	296
6.5. Оценка степени тяжести состояния и соматические осложнения при нарушениях пищевого поведения. Их лечение	320
6.6. Фармакотерапия нарушений пищевого поведения. Использование психотропных средств и препаратов других групп	331

Научное издание

Скугаревский Олег Алексеевич

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Монография

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
В авторской редакции
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 25.10.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 19,76. Уч.-изд. л. 22,27. Тираж 100 экз. Заказ 670.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусский государственный медицинский университет.
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
220030, г. Минск, Ленинградская, 6.