

Содержание

Руководство по комплексному лечению	21
Раздел I. Введение	29
Глава 1. Философская и теоретическая основа когнитивно-поведенческой терапии	31
1.1. Важность доказательной медицины	31
1.2. Работа с целостной личностью в процессе лечения	32
1.3. Позиция терапевта: любопытный терапевт	33
1.3.1. Подходы для эффективного сотрудничества	34
1.4. Трансдиагностический подход	35
1.4.1. Использование трансдиагностического подхода на практике	36
1.5. Темы для обсуждения в процессе лечения	37
1.5.1. Краткосрочный дискомфорт для достижения долгосрочных целей	37
1.5.2. Пациент — собственный терапевт	39
1.5.3. Континуальное мышление	40
1.5.4. Постановка целей	41
1.6. Ценность формулировки случая	41
1.7. Важность поведенческих экспериментов	42
Глава 2. Основные этапы КПТ и формат их проведения	45
2.1. Основные этапы КПТ при расстройствах пищевого поведения	45
2.2. Продолжительность лечения и когда ожидать изменений	46
2.3. Формат лечения	48
Глава 3. Что необходимо сделать терапевту перед началом лечения?	49
3.1. Медицинская безопасность	49
3.2. Оценка медицинского риска при расстройствах пищевого поведения	50

8 Содержание

3.3. Кто в группе медицинского риска?	50
3.4. Оценка высокой степени риска в начале лечения	51
3.4.1. Недавние изменения веса	54
3.4.2. Неинвазивные тесты на мышечную силу: тест “Сесть-встать”	55
3.5. Планирование лечения на основании результатов базовых физических анализов	56
3.6. Оценка хронического риска	57
3.7. Мониторинг риска во время лечения	58
3.7.1. В каких случаях следует прекратить КПТ, поскольку медицинский риск приоритетен	59
3.8. Ценность мультидисциплинарной помощи	59
3.9. Подготовка окружающей среды	62
3.10. Устранение проблем: реалистичные ожидания от КПТ	62

Выводы 64

Раздел II. Основные клинические навыки КПТ для использования при расстройствах пищевого поведения 65

Глава 4. Оценка случая	67
4.1. Сферы, которые будут охвачены в ходе интервью	67
4.1.1. Демографические сведения	68
4.1.2. Пищевое поведение	68
4.1.3. Измерение роста и веса пациента	70
4.1.4. Психосексуальное функционирование и история болезни	71
4.1.5. Главные когнитивные элементы	72
4.1.6. Диагностика расстройств пищевого поведения	73
4.1.7. Общее состояние здоровья	75
4.1.8. Коморбидное поведение и психологические нарушения	76
4.1.9. Оценка риска	76
4.1.10. История лечения	77
4.1.11. Состав семьи	77
4.1.12. История жизни	77

4.1.13. Мотивация пациента и цели лечения	78
4.1.14. Предпочтения в лечении	78
4.1.15. Дополнительная оценка мыслей, эмоций и поведения	78
4.2. Поиск и устранение проблем на этапе оценки	79
4.2.1. Расширенная оценка	79
4.2.2. Препятствующее терапии поведение	79
4.2.3. Что делать, если пациент отказывается от взвешивания?	79
Глава 5. Подготовка пациента к лечению	81
Глава 6. Мотивация	85
6.1. Контекст для мотивации: понимание пациента и построение отношений	85
6.1.1. Осознавание позиции пациента	85
6.1.2. Позиция врача	87
6.1.3. Вклад терапевта и пациента	88
6.1.4. Стадии изменений	89
6.1.5. Готовность и ресурсы: две составляющие перемен	91
6.2. Оценка мотивации к переменам	92
6.2.1. Анкетирование и интервьюирование	93
6.2.2. Составление списков “за” и “против”	93
6.2.3. “Чудо-вопросы”	95
6.2.4. Мотивация как переменная мишень	100
6.3. Средства и стратегии для повышения мотивации	101
6.3.1. Письма другу или врагу	102
6.3.2. Планы на будущее	102
6.3.3. Письмо самому себе в будущее	104
6.3.4. Преимущества и недостатки перемен	106
6.3.5. Проблемы и цели	108
6.3.6. Создание и использование записей с кратким содержанием сеансов	109
6.4. Устранение проблем: общие проблемы при мотивационном анализе и при повышении мотивации	109
6.4.1. Устранение сомнений в мотивации	109
6.4.2. Плюсы и минусы перемен	110
6.4.3. Отпускаем расстройства пищевого поведения	114
6.4.4. Если пациент не готов к изменениям	116

Глава 7. Справочник по важным вопросам диетологии и питания	119
7.1. Чем служит пища при расстройствах пищевого поведения	119
7.2. Гид по питанию для начинающих: что нужно знать врачам и пациентам	121
7.3. Из чего должен состоять правильный план приема пищи?	123
7.3.1. Приемы пищи	126
7.3.2. Перекусы	129
7.3.3. Продукты, богатые кальцием	131
7.3.4. Фрукты и овощи	132
7.3.5. Традиционные десерты/“еда для удовольствия”	133
7.3.6. Употребление жидкости	133
7.4. Планирование приемов пищи вместо подсчета калорий	136
7.5. Помощь пациентам в улучшении питания: с чего начать	138
7.5.1. Планирование изменений в рационе питания	139
7.6. Лечение пациентов с недостаточным или избыточным весом	141
7.6.1. Контроль набора веса у пациентов с недостаточной массой тела	141
7.6.2. Пациенты с избыточным весом или ожирением	145
7.6.3. Вегетарианство и веганство	148
7.6.4. Витаминные и минеральные добавки	149
7.6.5. Активность	150
7.6.6. Употребление алкоголя	152
7.6.7. Пациенты, нуждающиеся в участии диетолога	154
7.7. Психообразовательные темы для работы с диетологом	155
7.8. Выводы	157
Глава 8. Формулировка случая	159
8.1. Что такое формулировка случая?	159
8.1.1. Зачем нужна индивидуализированная формулировка в КПТ	160
8.2. Как разработать формулировку: общие положения	160
8.2.1. С чего начать: некоторые основные принципы	161
8.2.2. Когнитивно-поведенческие модели для составления формулировки	162
8.2.3. Трансдиагностическая формулировка	162

8.3. Осознавание и формулировка случаев булимии	163
8.3.1. Дисфункциональность системы самооценки	163
8.3.2. Строгие правила в питании и последствия нарушения этих правил	163
8.3.3. Долгосрочные последствия: план питания при переедании и очищении	164
8.3.4. Пищевое поведение, обусловленное эмоциями	164
8.3.5. Как это сделать: основные шаги для формулировки случая	166
8.4. Понимание и формулировка случаев, основанных на чрезмерном ограничении в питании	172
8.4.1. С чего начать формулировку случая, основанного на ограничениях	174
8.4.2. Пример формулировки: диалог с пациенткой с нервной анорексией	174
8.5. Чем сложнее случай пациента, тем важнее формулировка	179
8.6. Проверка точности формулировки	179
8.6.1. Парсимония	180
8.6.2. Следующий шаг — поведенческие эксперименты	181
8.7. Как научиться составлять правильную формулировку случая	181
Глава 9. Препятствующее терапии поведение	183
9.1. Определение причин нарушения терапии: модели препятствующего терапии поведения	184
9.1.1. Основа для понимания лечения: аналогия с рекой	185
9.2. Реакция на препятствующее терапии поведение	186
9.2.1. Использование краткосрочных договоров	187
9.2.2. Пятиминутный сеанс	187
9.3. Особые группы пациентов	189
Глава 10. Домашние задания	191
10.1. Важность выполнения домашних заданий	191
10.1.1. Прослушивание аудиозаписей сеансов в качестве домашнего задания	192
10.2. Общие рекомендации по постановке домашних заданий	193
10.2.1. Обоснование домашнего задания терапевтом	193

12 Содержание

10.2.2. Обоснование домашнего задания пациентом	194
10.2.3. Точное определение того, что и как должен делать пациент	194
10.2.4. Обсуждение домашнего задания с пациентом во время сеанса	194
10.2.5. Опасения пациента по поводу выполнения домашнего задания	195
10.2.6. Выводы по выполнению домашнего задания	195
10.3. Что делать при невыполнении домашних заданий?	196

Глава 11. Как “выжить”, оставаясь эффективным терапевтом? 199

11.1. Физические аспекты расстройств пищевого поведения	199
11.1.1. Физические риски при расстройствах пищевого поведения	199
11.1.2. Процесс взвешивания в терапевтических отношениях	200
11.1.3. Вес как предмет обсуждения	201
11.1.4. Спокойное решение проблем, связанных с едой	201
11.2. Характер расстройств пищевого поведения	202
11.2.1. Эгосинтонический характер симптомов	203
11.2.2. Хронический характер симптомов	204
11.2.3. “Особые” пациенты	204
11.2.4. “Манипуляции”	205
11.3. Личностные характеристики пациентов и терапевтов	205
11.3.1. Что привело терапевта к этой работе?	205
11.3.2. Проблемы с восприятием тела у терапевта	206
11.3.3. Неравенство возможностей	206
11.3.4. Отношение пациента к терапевту	207
11.4. Как выжить, оставаясь эффективным терапевтом?	207
11.4.1. Позиция сотрудничества	208
11.4.2. Супервизия	208
11.4.3. Работа в команде	209
11.4.4. Сбалансированная трудовая деятельность	209
11.4.5. Забота врача о себе в случае личных проблем	209
11.4.6. Неожиданно совершить ошибку или подвести пациента	210
11.5. Выводы	210

Глава 12. Составление и соблюдение плана сеанса	211
12.1. Общие пункты плана для всех сеансов КПТ	211
12.1.1. Мониторинг настроения и приема пищи	211
12.1.2. “Обязательные” пункты в плане сеанса	211
12.2. Как составлять план сеанса	212
12.3. Некоторые практические советы по составлению плана сеанса	212
12.3.1. Составляйте план совместно	212
12.3.2. Следите за временем	213
12.3.3. Сохраняйте надлежащую гибкость	213
12.3.4. Решение проблем, возникающих при соблюдении плана сеанса	214
Глава 13. Психобразование	217
13.1. Когда использовать психобразование	219
13.2. Как эффективно использовать психобразование	220
13.3. Интернет — источник психобразования	221
13.4. Основные темы психобразования	221
13.4.1. Психологические последствия голодания	222
13.4.2. Составление “графика энергии”, чтобы пациент понял свои энергетические потребности	224
13.5. Некоторые мифы о еде, которые можно устранить с помощью психобразования	230
13.5.1. Миф 1: эпизоды переедания неконтролируемые и происходят случайно	230
13.5.2. Миф 2: можно научиться контролировать свое питание с помощью ограничений	231
13.5.3. Миф 3: рвота после переедания — эффективная стратегия для предотвращения набора веса	232
13.5.4. Миф 4: прием слабительных — эффективная стратегия для предотвращения набора веса	232
13.5.5. Миф 5: использование слабительных средств на самом деле не опасно для здоровья	233
13.5.6. Миф 6: употребление пищи перед сном приводит к значительному увеличению веса, потому что организм не “сжигает” калории пока человек спит	233

14 Содержание

13.5.7. Миф 7: люди толстеют из-за жиров/углеводов, поэтому их нужно избегать	233
13.6. Выводы	234
Глава 14. Пищевые дневники	235
14.1. Обоснование использования дневников	235
14.2. Как выглядит дневник?	237
14.3. Как преодолеть трудности с заполнением дневников	239
14.4. Просмотр дневника вместе с пациентом	241
14.5. Детальный просмотр дневников	242
14.6. Когда следует прекратить использование пищевых дневников	243
14.7. Недостатки пищевых дневников	244
14.8. Выводы	245
Глава 15. Значимость взвешивания при КПТ	247
15.1. Построение графика веса	248
15.2. Процедура взвешивания: пример из практики	250
15.3. Что пациент может узнать из еженедельного взвешивания?	253
15.4. Выдвижение идеи о том, что вес может быть генетически обусловленным	258
15.5. Опровержение убеждения пациента о бесконтрольном увеличении его веса	259
15.6. Роль взвешивания в перспективе	260
Выводы	262
<hr/>	
Раздел III. Основные навыки КПТ, применяемые при лечении РПП	263
<hr/>	
Глава 16. Метод вопросов Сократа	265
16.1. Как применить метод вопросов Сократа	265
Глава 17. Техника “падающая стрела”	269
17.1. Как применить эту технику	270
17.2. Пример из практики: Сара	271
17.3. Поиск и устранение проблем	273

Глава 18. Когнитивная реструктуризация	275
Глава 19. Расширенное мышление	277
19.1. Работа с негативными автоматическими мыслями и базовыми убеждениями: работа над одной идеей	277
19.2. Работа с условными убеждениями: убеждения с двумя идеями	279
Глава 20. Дневник положительных событий	281
20.1. Пример из практики	281
20.2. Поиск и устранение проблем	282
Глава 21. Поведенческие эксперименты	285
21.1. Как разработать эффективные поведенческие эксперименты	286
21.1.1. Эксперименты по проверке гипотез	286
21.1.2. Разведывательные эксперименты	287
21.2. Наблюдательные эксперименты	288
21.3. Опросы	288
Выводы	290
<hr/>	
Раздел IV. Решение проблем, связанных с переоценкой питания, фигуры и веса при РПП	291
<hr/>	
Глава 22. Переоценка питания, веса и фигуры	293
22.1. Когнитивные и поведенческие проявления переоценки еды, фигуры и веса	294
22.2. Формулировка случая с использованием переоцененных убеждений	296
22.3. Предупреждение пациента о важности переоценки: круговая диаграмма самооценки	299
22.4. Когнитивные и поведенческие стратегии лечения для изменения переоценки еды, веса и фигуры	304
22.4.1. Когнитивная реструктуризация	304
22.4.2. Поведенческие эксперименты	313
22.4.3. Метафора “анорексичный греmlin” для облегчения внедрения методов КПТ	328
22.5. Выводы	330

Глава 23. Образ тела	331
23.1. Что такое образ тела?	332
23.2. Цель лечения: принятие, а не удовлетворение	333
23.3. Основа для работы с образом тела	334
23.3.1. Разработка формулировки для понимания образа тела	335
23.4. Психообразование в отношении образа тела	337
23.4.1. Понимание функций тела	338
23.4.2. Роль физиологии	339
23.4.3. Влияние общественного представления о красоте	340
23.5. Лечение искаженного образа тела	340
23.5.1. Когнитивная реструктуризация	341
23.5.2. Поведенческие эксперименты	343
23.5.3. Методы, основанные на экспозиции	345
23.5.4. Воображение и образ тела	347
23.6. Выводы	349
Выводы	350

Раздел V. Что делать, если стандартных методов КПТ недостаточно

351

Глава 24. Коморбидность с расстройствами оси I	355
24.1. Общие принципы	355
24.2. Депрессия и низкая самооценка	356
24.2.1. Оценка	356
24.2.2. Формулировка случая	357
24.2.3. Терапевтические инструменты	358
24.3. Обсессивно-компульсивное расстройство	361
24.3.1. Оценка	362
24.3.2. Формулировка случая	362
24.3.3. Терапевтические инструменты	362
24.4. Социальная тревожность и социальная фобия	366
24.4.1. Оценка	367
24.4.2. Формулировка случая	368
24.4.3. Терапевтические инструменты	369

24.5. Посттравматическое стрессовое расстройство	372
24.5.1. Оценка	372
24.5.2. Формулировка случая	373
24.5.3. Терапевтические инструменты	375
24.6. Импульсивное поведение и мультиимпульсивность	378
24.6.1. Оценка	380
24.6.2. Формулировка случая	381
24.6.3. Терапевтические инструменты	383
Глава 25. Коморбидность с расстройствами оси II	385
25.1. Работа с эмоциональной регуляцией: методы диалектической поведенческой терапии	387
25.2. Работа с убеждениями об эмоциях: когнитивно-эмоционально-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения	389
25.2.1. Происхождение проблем регуляции аффекта	390
25.2.2. Краткое описание КЭПТ РПП	391
25.2.3. Формулировка случая в КЭПТ РПП	391
25.2.4. Терапевтические инструменты	391
25.3. Работа с основными убеждениями: схема-терапия КПТ при расстройствах пищевого поведения	394
25.3.1. Подготовка пациента к схема-терапии КПТ	394
25.3.2. Оценка	395
25.3.3. Формулировка случая в схема-терапии КПТ	396
25.3.4. Терапевтические инструменты	400
25.3.5. Работа над остаточными проблемами РПП и другими видами поведения	407
25.3.6. Предотвращение рецидивов	408
Выводы	409
<hr/>	
Раздел VI. КПТ для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения и членов их семей	411
<hr/>	
Глава 26. Основы КПТ для детей и подростков с РПП и членов их семей	413
26.1. Диагностические категории	414
26.2. Особенности при работе с этой возрастной группой	415

26.2.1. Специфические особенности	416
26.2.2. Специфические особенности при работе с юными пациентами с расстройствами пищевого поведения	420
26.3. Оценка	428
26.3.1. Цель оценки	430
26.3.2. Какая информация вам нужна?	431
26.3.3. Советы о том, как получить необходимую информацию при оценке	432
26.4. Мотивация	433
26.4.1. Техники для повышения мотивации	434
26.5. Формулировка случая	437
26.6. Терапевтические инструменты	441
26.6.1. Повышение мотивации	442
26.6.2. Когнитивно-поведенческие изменения	443
26.6.3. Подготовка к реальному миру	456
26.6.4. Выздоровление и предотвращение рецидивов	458
26.7. Завершение курса терапии	461
26.7.1. Запланированное завершение курса КПТ в заранее оговоренное время	461
26.7.2. Запланированное завершение курса КПТ и последующий переход от службы поддержки детей/подростков к службе поддержки взрослых с расстройствами пищевого поведения	465
26.7.3. Завершение лечения в неоптимальных обстоятельствах	466
Выводы	470
<hr/>	
Раздел VII. Завершение терапии	471
<hr/>	
Глава 27. Как действовать, если КПТ оказалась неэффективной	473
Глава 28. Выздоровление	475
28.1. Определение понятия выздоровления и самого процесса выздоровления	475
28.1.1. Когнитивные факторы: озабоченность питанием, фигурой и весом	477

28.1.2. Эмоциональные факторы	477
28.1.3. Изменение поведения	478
28.1.4. Физические факторы	479
28.1.5. Социальные факторы	480
28.1.6. Достижение целей	480
28.1.7. Объективные средства	481
28.2. Применение термина “выздоровление” для разнообразных случаев	481
28.3. Пересмотр модели стадий изменений	482
28.4. Процесс выздоровления: использование этих моделей в клинических условиях	484
28.5. Проводники перемен	486
28.6. Взгляд пациента на процесс выздоровления	487
28.7. Что не является выздоровлением (включая псевдовыздоровление)	489
28.8. Увеличение веса и ожирение	489
28.9. Заключение врача: определить, когда завершить лечение	491
28.10. Выводы	492
Глава 29. Предотвращение рецидивов и завершение лечения	493
29.1. Решение проблем	494
29.1.1. Пациенты, которые не хотят заканчивать лечение	494
29.1.2. Когда лечение не помогло	495
29.2. Планирование дальнейших изменений	495
29.3. Осознание, принятие и преодоление рисков	496
29.4. Предотвращение рецидивов	496
29.5. Заключительный сеанс	498
Выводы	499
Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения	501
Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью	503

Приложение 2. Психообразовательные материалы	515
Приложение 2А. Начало лечения — практическая информация по улучшению потребления пищи	517
Приложение 2Б. Медицинские последствия неконтролируемого поведения при расстройствах пищевого поведения	529
Приложение 2В. Проблемы, способствующие закреплению РПП	561
Приложение 2Г. Основные факты и принципы питания	573
Приложение 3. Образец пищевого дневника	587
Приложение 4. Рабочий лист для проведения поведенческого эксперимента	589
Список литературы	591

Формулировка случая

Терапевты, особенно без опыта, могут чувствовать себя подавленными сложностью проблем, возникающих у пациентов с РПП. Многие из таких пациентов имеют значительные другие коморбидные расстройства (главы 24 и 25). И врачи иногда не знают, какие из проблем пациента следует решать в первую очередь, как правильно и эффективно лечить и как отслеживать прогресс пациента в терапии. Формулировка случая позволяет применить теорию КПТ в клинической практике, поэтому врачи всегда должны иметь формулировку (независимо от того, являются ли проблемы пациента сложными или достаточно простыми). Формулировка помогает врачу составить представление о трудностях пациента, спланировать лечение и выбрать подходящие стратегии лечения.

В этой главе будет рассмотрена формулировка именно самих расстройств пищевого поведения. Более сложные случаи часто требуют различных способов для изучения симптомов, чтобы рассмотреть их либо как отдельные, либо как взаимосвязанные. Формулировка более сложных случаев будет рассмотрена в последующих частях книги (главы 24 и 25).

8.1. Что такое формулировка случая?

Самый лучший вариант — представить проблемы пациента в виде диаграммы, как это предлагают опытные терапевты [Fairburn, 2004; Slade, 1982]. Диаграмма, которая описана в этом пособии, представляет процессы, поддерживающие расстройство пищевого поведения пациента [Fairburn, 2004], но при необходимости в ней учитываются и более ранние предшествующие факторы. Диаграмма разрабатывается сообща с пациентом, что позволяет врачу и пациенту совместно понять проблему пациента. Формулировка помогает пациенту отстраниться от своего расстройства пищевого поведения и (часто впервые) понять, что поддерживает РПП. В психологических терминах формулировка

случая помогает пациенту развить “метакогнитивное осознание” (т.е. понимание своих мыслей, чувств и поведения). Формулировка также позволяет врачу передать свое предварительное понимание того, что рассказал пациент, и составить “дорожную карту”, которая будет использоваться на протяжении всего лечения для выбора методов воздействия.

8.1.1. Зачем нужна индивидуализированная формулировка в КПП

Теоретически модели формулировки часто относительно простые и понятные. Но информация, которую пациенты приносят в терапию, часто сложная и неясная. По этой причине применять теоретические модели на практике — сложная задача. Врачу важно иметь теоретическую модель, поскольку она направляет его в поиске определенных убеждений (например, искаженных убеждений о еде, весе и фигуре) и процессов (например, регулярные проверки тела), которые обычно присутствуют у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Это также помогает врачу определить, насколько типичным или нетипичным является конкретный случай. Когнитивно-поведенческие теории служат источником общих объяснений и гипотез о природе происхождения проблем с питанием у пациентов с РПП, а индивидуализированная формулировка случая определяет конкретные объяснения и гипотезы для конкретного пациента. Идеальная формулировка случая сочетает личный опыт пациента со знанием врачом теорий, научных принципов и результатов исследований. Это обеспечивает общее понимание, которое пациент не мог осознать раньше и которое терапевт не мог увидеть без помощи пациента.

8.2. Как разработать формулировку: общие положения

Джиллиан Батлер (Gillian Butler) выделила три основных принципа, которыми следует руководствоваться при разработке формулировки случая [Butler, 1998]. Во-первых, формулировка должна быть основана на теории и отражать попытку применения этой теории на практике. Во-вторых, формулировка должна оставаться гипотетической

на протяжении всего лечения, чтобы ее можно было модифицировать по мере продвижения терапии и появления новой информации. И наконец, формулировка всегда должна быть максимально упрощенной, чтобы она была менее запутанной для всех сторон и доступной для пациента, врача и других людей.

В следующем разделе будет описано, как составить формулировку случая для пациентов с расстройствами пищевого поведения. Для более общего обсуждения роли формулировки в когнитивно-поведенческой терапии можно обратиться к обзорам [*Butler, 1998; Persons & Thompkins, 1997*].

8.2.1. С чего начать: некоторые основные принципы

Как только пациент будет достаточно мотивирован, на доске для записей можно предварительно построить простую формулировку. Можно начать этот процесс, сказав пациенту следующее: “Было бы полезно обобщить то, что вы рассказали мне до сих пор. Это поможет нам понять суть ваших проблем с питанием”. Первоначальная формулировка обычно фокусируется на проблемном поведении и факторах, поддерживающих проблемное поведение у пациента, а не на их этиологии. На протяжении всего процесса формулировки нужно использовать метод вопросов Сократа для выяснения ключевых элементов проблем пациента. С самого начала необходимо подчеркнуть, что первоначальная формулировка — это только начало (помечая ее как “Черновик 1”), и что она будет модифицироваться по мере того, как врач и пациент будут лучше осознавать проблемы.

В формулировке всегда должны максимально использоваться термины и выражения пациента. Врачу нужно начинать с изучения проблемы, которую пациент хочет изменить. У большинства пациентов такая проблема — это прием пищи. Формулировку стоит представлять в виде “карты”, которая поможет пациенту и врачу понять, куда они движутся и какие проблемы им нужно решить. Именно это потом поможет им решить, какие поведенческие и когнитивные стратегии нужно использовать, чтобы пациент преодолел свои проблемы.

Кристофер Фэйрберн утверждает, что в первоначальную формулировку не следует включать сопутствующие проблемы, такие как злоупотребление алкоголем или самоповреждения, поскольку это может сбить пациента с толку и отвлечь от основной первоначальной цели лечения

[Fairburn, 2004], которая заключается в том, чтобы помочь пациенту нормализовать режим питания. Однако было обнаружено, что часто полезно включить другие виды нерационального поведения (например, самоповреждение), которые выполняют схожие функции (например, эмоциональное избегание). Это поможет подготовить пациента к тому, что при решении проблемы с нерациональными пищевыми паттернами могут быть изменены и другие модели проблемного поведения.

8.2.2. Когнитивно-поведенческие модели для составления формулировки

Для лечения расстройств пищевого поведения было предложено несколько различных когнитивно-поведенческих моделей [Cooper et al., 2004; Fairburn et al., 1999, 2003; Waller et al., 2005]. Более современные модели сосредоточены на функции эмоциональной регуляции пищевого поведения и в целом являются более сложными. Хотя все эти модели подкреплены данными исследований, наиболее обоснованной для нервной булимии является модель, предложенная Фэйрберном [Fairburn, 1997]. Поэтому именно ее рекомендовано использовать как хорошую отправную точку для обучения формулировке случая при проблемах с питанием, прежде чем рассматривать более сложные модели [Cooper et al., 2004; Waller et al., 2005]. Однако такие модели, как правило, имеют недостаток, так как более сфокусированы на диагнозах. Это не оправдано из-за неоднородной природы пациентов, которые приходят на лечение, хотя некоторые случаи все же могут быть сформулированы с помощью моделей, основанных на диагнозах, но большинство все же не могут.

8.2.3. Трансдиагностическая формулировка

В попытках формулировки в соответствии с предположениями о валидности диагностических схем было доказано, что большинство случаев можно лучше понять, если разобраться в основных видах поведения, убеждениях и эмоциях. Этот подход частично отражен в модели Фэйрберна [Fairburn et al., 2003]. Однако при отсутствии доказательств в пользу какой-либо одной модели в формулировку можно включить элементы моделей, предложенных Слейдом, Макманусом (F. McManus), Уоллером и Купер (Мура Cooper) совместно с их коллегами

[*Slade, 1982; McManus & Waller, 1995; Cooper et al., 2004; Waller et al., in press*], чтобы разработать индивидуально-ориентированную формулировку случая, которая может направлять процесс лечения. Примеры, приведенные ниже, демонстрируют такое сочетание моделей. Если формулировка случая, в котором больше булимических черт, больше соответствует модели Фэйрберна (с ее хорошим уровнем доказательной базы), то формулировка более ограничительного случая — скорее смесь моделей (основанных на опыте эффективного лечения в таких случаях) ввиду отсутствия четкой доказательной базы для КПТ с ограниченными расстройствами.

8.3. Осознавание и формулировка случаев булимии

Хотя последняя модель Фэйрберна является трансдиагностической [*Fairburn et al., 2003*], она основана на общем шаблоне — оригинальной модели Фэйрберна для нервной булимии [*Fairburn, 1997*]. Далее будет описана эта модель, а затем приведен пример того, как ее можно применить в клинической практике.

8.3.1. Дисфункциональность системы самооценки

Фэйрберн [*Fairburn, 1997*] утверждает, что у пациентов существует “дисфункциональность системы самооценки”, которая поддерживает расстройства. Они в основном, а иногда и исключительно, оценивают себя с точки зрения своего питания, веса и фигуры, а также своей способности контролировать эти аспекты. Считается, что другие клинические особенности — следствие этой основной психопатологии (например, нерациональное поведение по контролю веса, проверки тела, ограничительное поведение, озабоченность мыслями о еде, фигуре и весе).

8.3.2. Строгие правила в питании и последствия нарушения этих правил

Вместо того чтобы принять общие рекомендации по питанию (например, есть то, что полезно для здоровья или то, что нравится), пациенты пытаются следовать нерациональным и сугубо личным правилам питания (например, “я никогда не буду есть после 5 вечера”; “я никогда не должен есть жирную пищу”). На практике следовать этим правилам

часто чрезвычайно сложно или даже невозможно как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Фэйрберн утверждает, что эпизод переедания возникает, когда пациент нарушает каким-либо образом свои особые правила (даже незначительные промахи в питании). Эти нарушения правил пациент интерпретирует как свидетельство недостатка самоконтроля, что впоследствии приводит его к нарушению воздержания — временному отказу от попыток ограничить прием пищи. Таким образом случается эпизод переедания продуктов, которые пациент обычно себе не позволяет. Это происходит из-за тяги организма к этим продуктам.

8.3.3. Долгосрочные последствия: план питания при переедании и очищении

Долгосрочные последствия этой модели поведения следующие. Во-первых, у пациентов формируется характерная модель питания — периоды интенсивного соблюдения плана питания, за которыми следуют эпизоды переедания. Во-вторых, переедание усиливает убежденность пациента в том, что он не может контролировать свой рацион питания, поэтому он снова начинает ограничивать себя в еде. В-третьих, пациенты часто продолжают переедать, потому что считают, что прием слабительных и рвота — эффективные способы контроля веса. Хотя многие пациенты считают, что самостоятельное вызывание рвоты — это эффективный способ избежать увеличения веса после переедания, но на самом деле при таком поведении удастся избавиться лишь от части пищи, съеденной во время переедания (приложение 2). Это объясняет, почему даже у женщин, вызывающих рвоту каждый раз, когда они едят, не обязательно будет недостаточный вес. В отличие от убеждений, которые имеют многие пациенты, слабительные средства оказывают незначительное влияние на усвоение калорий, а диуретики — вообще никакого (приложение 2). При приеме слабительных пациенты теряют исключительно воду.

8.3.4. Пищевое поведение, обусловленное эмоциями

Некоторые пациенты с расстройствами пищевого поведения плохо переносят стресс [Fairburn et al., 2003] (глава 25). Большинство из них не переносят негативные эмоциональные состояния (например, гнев,

тревогу, депрессию), но есть и такие, которые с трудом переносят позитивные эмоции (например, возбуждение [Lacey, 1986]). Такие пациенты используют целый ряд моделей поведения для изменения своего настроения, в том числе приемы пищи, рвоту, чрезмерные физические упражнения, самоповреждения и злоупотребление психоактивными веществами.

Некоторые когнитивно-поведенческие модели психопатологии РПП делают акцент на взаимосвязи между эмоциональными состояниями и использованием пищевого поведения [Cooper et al., 2004; McManus & Waller, 1995; Waller et al., 2005].

Согласно этим моделям эмоциональная регуляция — одна из ключевых функций пищевого поведения пациентов (т.е. ограничения и переедание/рвота). Например, фокусирующаяся на схемах когнитивно-поведенческая модель Уоллера [Waller et al., 2005] предполагает, что ограничительное и булимическое поведение — результат первичного и вторичного избегания эмоций. В то время как первичное избегание эмоций (доминирующее при ограничительных расстройствах) включает в первую очередь избегание аффекта (например, перфекционизм, постоянное подавление эмоций), то вторичное избегание эмоций (доминирующее при булимических расстройствах) направлено на уменьшение аффекта, когда он уже развился (например, самоповреждение, социальная замкнутость, негативные разговоры о себе).

При построении формулировки терапевт должен знать о функции эмоциональной регуляции в пищевом поведении и при необходимости включить эту информацию в формулировку. Хотя современная доказательная база свидетельствует о том, что не все пациенты используют пищевое поведение для управления своими эмоциями, это будет иметь значение для большинства пациентов. Однако, исходя из опыта авторов, не всегда необходимо включать эмоциональные факторы в первоначальную формулировку. Как указано ниже (раздел 8.6.1), центральное место в формулировке занимает парсимония — сосредоточение внимания на факторах, которые чаще всего поддерживают нерациональное питание (ограничение в еде и соблюдение строгих правил питания). Нужно обратить на это внимание, прежде чем рассматривать дополнительные факторы (например, эмоциональное состояние, коморбидные проблемы и т.д.).

8.3.5. Как это сделать: основные шаги для формулировки случая

Применяя трансдиагностическую когнитивную модель на практике, терапевт должен начать процесс формулировки, попросив пациента определить свои самые главные проблемы (связанные с питанием или другие). Фильтрация — раскрытие всего спектра проблем пациента — является полезной стратегией для получения доступа к таким убеждениям (глава 6). В определенный момент врач должен начать формулирование вокруг одной из высказанных пациентом проблем. Во время обсуждения он должен связать различные проблемы пациента (например, пациент говорит, что его больше всего беспокоят отношения, но это может быть связано с тем, что он стремится сохранить в тайне свое расстройство пищевого поведения). Ниже приводятся шаги, которые следует использовать при составлении формулировок, и пример процесса их применения на практике.

8.3.5.1. Сосредоточенность на проблемах пациента с питанием

В какой-то момент пациент, вероятно, назовет какой-либо аспект своего пищевого поведения (например, переедание, рвоту или ограничение в еде) предметом беспокойства. Большинство пациентов признают, что переедание побуждает к соблюдению режима питания и более строгих правил. Они также признают, что рвота и употребление слабительных/мочегонных позволяет им переесть. Пациенты полагают, что такое поведение может компенсировать переедание и предотвратить набор веса. Некоторые пациенты признают, что рвота способствует перееданию, поскольку им легче вызвать рвоту на полный желудок. Пациентам труднее всего принять то, что само ограничение способствует перееданию (более подробно это рассматривается в разделах по психообразованию — главы 7 и 13).

8.3.5.2. Выяснение правил питания пациента

На данном этапе процесса формулировки цель состоит в том, чтобы выявить некоторые “правила” пациента. Психотерапевт может уже иметь представление о том, какие это правила, из пищевого дневника и на основе того, что пациент говорил на предыдущих сеансах. Эти правила включаются в формулировку, а также обсуждаются предполагаемые последствия нарушения этих правил. Важно обсудить, каким

образом эти правила демонстрируют “черно-белое мышление” и “нарушение ограничений”. Также обсуждается понятие “запрещенные продукты”. Используя метод вопросов Сократа и опираясь на предыдущие примеры, врач определяет, когда переедание наиболее или наименее вероятно. Так он помогает пациенту понять, что переедание более вероятно после периодов ограничения.

8.3.5.3. Объяснение пациенту, что переедание обусловлено эмоциями

Иногда пациенты говорят об исключениях (например, когда они питались регулярно, но все равно переедали). В таком случае важно объяснить, что жизненные проблемы могут привести к негативным эмоциям, а переедание можно использовать для блокировки осознания этих эмоций. Большинство пациентов знают, что они иногда переедают, когда расстроены, когда пытаются заблокировать чувства или когда они сталкиваются с необходимостью принимать решения. Важно объяснить, что существует две причины возникновения переедания — голод и эмоции, и, возможно, необходимо обратить внимание на обе причины.

8.3.5.4. Выявление переоценки еды, фигуры и веса

Если пациент еще не понял, что поддержание нормального веса — это самое главное, нужно спросить его, когда и почему ему стало так важно ограничивать себя. Используя выражения пациента, нужно добавить в формулировку компонент “переоценка еды, фигуры и веса”. Часто в верхней части формулировки можно добавить предысторию (например, травматический опыт в детстве, постоянные комментарии о весе и фигуре, спортивные тренировки). Затем эти вопросы постоянно обсуждаются (например, как нерациональное поведение поддерживает низкую самооценку пациента), включая признание того факта, что постоянное обсуждение некоторых вопросов имеет положительное влияние в краткосрочной перспективе (например, эмоциональная блокировка), но может иметь более негативное влияние в долгосрочной перспективе (например, снижение уровня самооценки).

8.3.5.5. Получение обратной связи и использование формулировки для определения методов лечения

Затем формулировку нужно переписать с доски и передать пациенту. (Как вариант, можно попросить пациента делать заметки, пока

формулировка записывается на доске.) В качестве домашнего задания нужно попросить пациента просмотреть формулировку в течение недели, переписать ее и при необходимости внести изменения. Если пациент решит, что формулировка не является правильной и требует серьезных изменений, это можно обсудить. На следующем сеансе, когда достигнуто согласие относительно пересмотренной формулировки как рабочей модели, важно спросить у пациента, на что, по его мнению, должно быть направлено лечение, если формулировка верна. Часто это очень показательный вопрос, так как пациент, полностью усвоивший формулировку, выявит те же моменты, что и врач. На протяжении всего лечения формулировка должна находиться под рукой во время каждого сеанса, чтобы и врач, и пациент могли быстро обратиться к ней, когда это потребуется (например, для объяснения нового поведения), и внести в нее соответствующие изменения.

8.3.5.6. Пример формулировки: диалог с пациенткой с булимией

В следующем разделе приведен пример беседы между пациентом и врачом. В нем показано, как полученная информация может быть использована для построения формулировки случая пациента. Пациентка Сара — 24-летняя женщина с диагнозом EDNOS (атипичная нервная булимия подтипа “очищение”, потому что не соответствует всем характерным показателям). Она живет со своим партнером Джонатаном.

После примера диалога предоставлена диаграмма формулировки в процессе ее создания. Она представляет собой описанную пациентом индивидуализированную модель Фэйрберна [Fairburn, 1997]. (Цифры в скобках относятся к соответствующему элементу (стрелке) в последующей диаграмме формулировки.)

Пример диалога

	Основные цели и принципы
Терапевт. Сара, мы говорили о трудностях, с которыми вы столкнулись в последнее время. Я хочу с вашей помощью нарисовать карту, чтобы увидеть, как все они связаны между собой. Сможете ли вы сказать мне, что беспокоит вас больше всего?	<i>Представить пациенту идею формулировки и диаграммы</i>

		Основные цели и принципы
Сара.	Мои отношения... Мне кажется, что я лгу Джонатану о том, что я ем и когда вызываю рвоту... Я испытываю стресс, потому что мне кажется, что он пытается контролировать то, что я ем.	<i>Выявить наиболее значимые текущие проблемы пациента</i>
Терапевт.	Хорошо, давайте запишем это на доске. Что еще является сложным?	
Сара.	Ну, еще у меня проблемы на работе с начальником, так как он дает мне слишком много работы, а я не могу ему об этом сказать. Наверное, я также беспокоюсь о своем здоровье, потому что я знаю, что то, что я делаю — переедание и рвота — вредит мне.	
Терапевт.	Я выпишу это здесь. Вы заметили какие-нибудь закономерности в том, что вызывает приступы?	
Сара.	Да, когда я испытываю стресс на работе или когда мы поспорили с Джонатаном (1), но после я чувствую себя еще хуже из-за того, что скрываю это.	<i>Стрелка 1: переедание часто провоцируется ссорами с парнем или проблемами с начальником</i>
Терапевт.	Есть ли еще какие-то события, которые провоцируют переедание?	
Сара.	Иногда я просто очень голодна... потому что я стараюсь ничего не есть до вечера... или я заикливаюсь на еде, просто не могу перестать думать о ней. Тогда я чувствую себя такой виноватой, что вынуждена идти вызывать рвоту. Если я вызываю рвоту, я не наберу вес... И как только я решаю, что вызову рвоту, я начинаю есть, потому что знаю, что еда, которую я ем, не считается.	

	Основные цели и принципы
Терапевт. Хорошо, давайте поставим здесь стрелку (2) — переедание приводит к тому, что вы вызываете рвоту, потому что чувствуете вину.	Стрелка 2 и 3: <i>переедание действует как эмоциональная разрядка, но затем приводит к потребности вырвать, так как Сара чувствует себя виноватой</i>
Сара. Да, но также... это звучит странно, это как эмоциональная разрядка, я чувствую себя лучше, а потом чувствую вину и мне становится хуже, чем раньше (3).	<i>Возникают “диетические правила”</i>
Терапевт. Итак, похоже, что переедание и рвота помогают вам чувствовать себя лучше в эмоциональном плане... по крайней мере, на короткое время... а затем, похоже, вы чувствуете себя хуже. Только что вы упомянули, что часто чувствуете голод, потому что пытаетесь ограничить себя в еде... и заикливаетесь на ней. Я просто добавлю это сюда. И вы упомянули пару так называемых “правил”: “Я не должна есть до вечера” и “Я должна съесть больше, чтобы было легче вызвать рвоту”.	
Сара. Да.	
Терапевт. Мы пришли к выводу, что строгие диеты, как у вас сейчас, и ограничительные правила питания часто приводят к перееданию. Во-первых, люди гораздо чаще набрасываются на еду, когда очень голодны. Во-вторых, что вы чувствуете, когда нарушаете одно из своих правил?	
Сара. Я чувствую себя очень плохо... Я даже не могу сделать такую простую вещь, как придерживаться диеты... Я полностью сдаюсь.	

	Основные цели и принципы
Терапевт. Это то, что мы называем мышлением “все или ничего”. Некоторые люди, если им кажется, что они съели очень много, не слишком беспокоятся и просто думают, что на следующий день они немного уменьшат порцию. Для других это становится катастрофой, и как только они думают, что сорвались, то бросают все попытки, что приводит к перееданию (4).	Стрелка 4 и 5: <i>интенсивное ограничение и правила в отношении еды провоцируют переедание через механизмы голода и нарушения воздержания. В свою очередь, интенсивные ограничения обусловлены переоценкой питания, фигуры и веса (например, “Мой вес имеет для меня огромное значение”)</i>
Сара. Понятно.	
Терапевт. Мне интересно, почему для вас так важно придерживаться диеты и этих правил?	
Сара. Потому что мой вес имеет для меня огромное значение... Я должна быть стройнее.	
Терапевт. Верно, я просто добавлю это сюда (5). Итак, мы видим, что есть две причины, которые приводят к тому, что у вас возникает рвота. Первая — это эмоциональная причина... когда вы чувствуете стресс или расстройство... чтобы помочь вам справиться и снять напряжение. Вторая — это голод, когда вы очень голодны или нарушили какое-то правило. Похоже, что обе ситуации заканчиваются тем, что вы чувствуете себя хуже и подкрепляете свои идеи о том, что вы не можете справиться или контролировать свой вес и питание. Имеет ли это смысл для вас? Совпадает ли это с тем, что происходит с вами? (6)	Стрелка 6: <i>сведение формулировки воедино и завершение определения связей. Терапевт может выделить две причины (эмоции и голод), которые вызывают переедание и поддерживающую этот процесс ловушку, в которой Сара сейчас находится</i>
Сара. Да... Я никогда не думала об этом раньше... все это было похоже на большой беспорядок.	

	Основные цели и принципы
Терапевт. Итак, глядя на это, как вы думаете, что нам нужно сделать... чтобы помочь вам?	
Сара. Я думаю... стараться не переедать, когда я расстроена... заняться чем-нибудь другим... и сократить количество правил и диет.	
Терапевт. Хорошо, это только первая “карта”. Мы будем дополнять и изменять ее по ходу лечения. Я бы хотел, чтобы вы взяли копию с собой и подумали над ней. Добавьте все, что мы забыли, или любые другие правила, которые вы заметите.	

Составление черновика формулировки случая Сары

На рис. 8.1 продемонстрирована формулировка, которая была записана на доске во время приведенного выше диалога.

8.4. Понимание и формулировка случаев, основанных на чрезмерном ограничении в питании

В предыдущих формулировках ограничительных случаев, как правило, внимание уделялось различным элементам случая. Важно также формулировать такие случаи с точки зрения когнитивных, эмоциональных, поведенческих, физиологических и мотивационных факторов, которые имеют отношение к человеку. Также важно рассмотреть и объяснить наличие поведения, связанного с перееданием и очищением, которое также встречается у пациентов с недостаточным весом. Ключевые элементы формулировки включают: чувство личного контроля и немедленное положительное подкрепление, которое пациент может испытать от ограничения [Slade, 1982]; эмоциональное истощение, о котором сообщают пациенты с ограничениями [Waller et al.]; потерю возможности получить положительное подкрепление другим способом (например, из-за социальной изоляции); и роль проверок

тела [Fairburn et al., 1999]. Вместе с пациентом нужно рассмотреть доказательства [Garner, 1997; Keys, 1950] того, что голодание может вызвать и поддерживать многие из этих эффектов (например, социальную изоляцию, озабоченность едой, отсутствие интереса к жизни, переедания, плохое настроение, тревожность и перепады настроения).

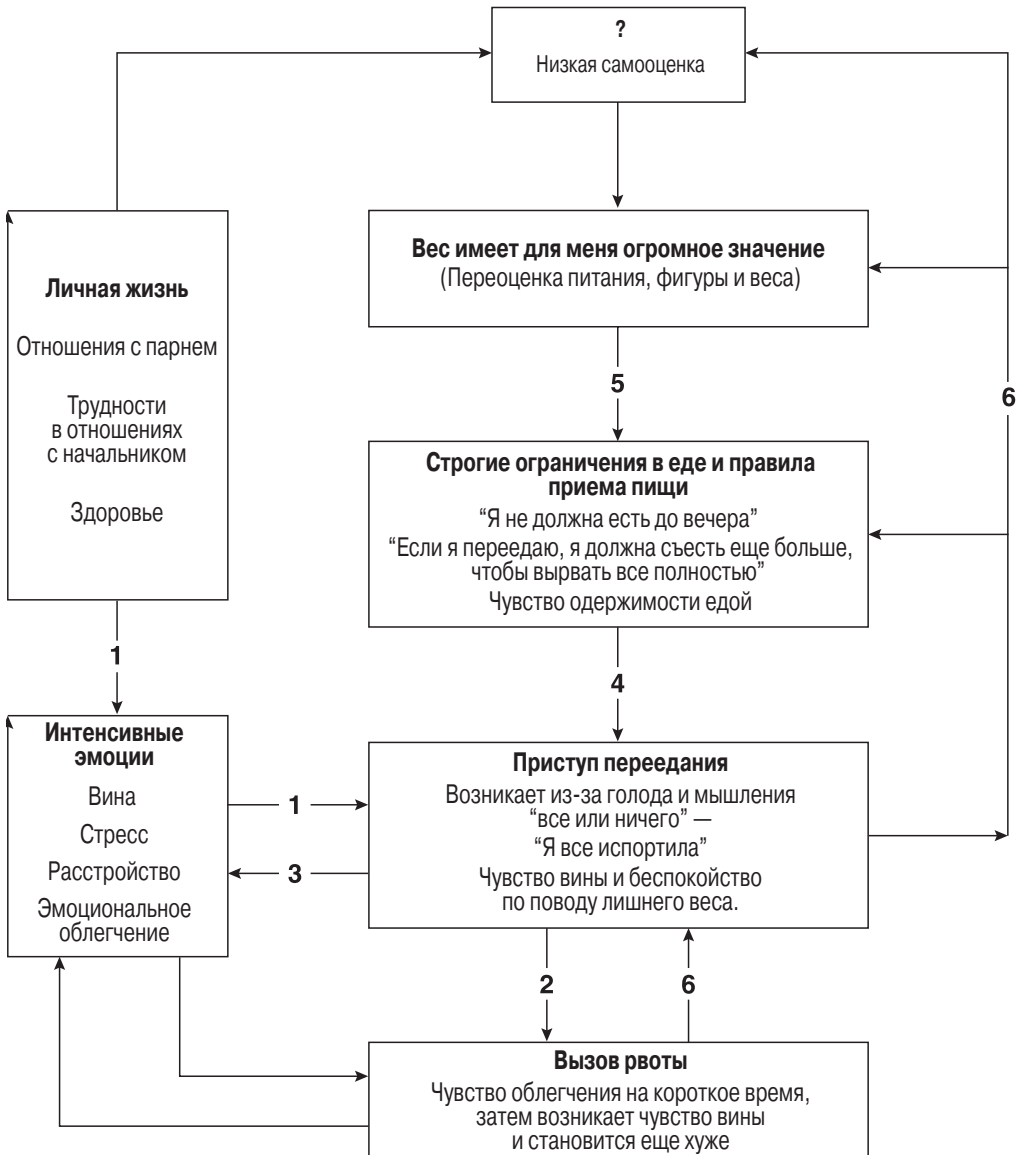


Рис. 8.1. Формулировка случая Сары

8.4.1. С чего начать формулировку случая, основанного на ограничениях

Для формулировки случая используется та же модель, что была описана выше для булимических расстройств. Опять же, нужно использовать “фильтрацию” сначала для определения основных текущих проблем пациента, а затем для формулировки проблем с питанием пациента, используя шаблон для нервной анорексии. При нервной анорексии обсуждение чаще всего основано на роли голодания в подкреплении анорексии. Важно помнить, что голодание может привести к нарушению когнитивных функций и социальной изоляции. Эта связь может подкрепить склонность пациента к переоценке питания, фигуры и веса (например, путем формирования более жесткого черно-белого мышления). Важно убедиться в том, что пациент способен понять формулировку. Авторами было обнаружено, что часто приходится действовать медленнее и возвращаться к конкретным пунктам, чтобы дать пациенту время на вовлечение в формулировку.

8.4.2. Пример формулировки: диалог с пациенткой с нервной анорексией

В этом разделе предоставлен пример диалога с пациенткой с нервной анорексией (Карен, которая упоминалась ранее). Он будет использован для построения формулировки случая пациентки.

Пример диалога

	Основные цели и принципы
Терапевт. Итак, мы сосредоточимся на составлении так называемой формулировки, чтобы у нас было представление о том, как вы пришли к тому, что делаете сейчас, а также о том, что поддерживает это состояние.	<i>Представление идеи формулировки пациенту</i>
Карен. Хорошо.	

		Основные цели и принципы
Терапевт.	Можете ли вы вспомнить, когда вы впервые задумались о похудении? Что происходило в вашей жизни?	<i>Изучение факторов, связанных с началом ограничительного поведения пациента</i>
Карен.	Думаю, я начала сидеть на диете, когда мне было 15 лет. Я училась в школе, и другие девочки начали говорить о диетах и о том, как хорошо выглядеть. Я была очень несчастна из-за всего, что происходило. Приближались экзамены, но я никак не могла на них сосредоточиться... Я волновалась, что провалю их (1).	
Терапевт.	Не могли бы вы рассказать мне немного о том, что происходило?	Связь 1: <i>пациентка рассказывает о начальных триггерах ее ограничения</i>
Карен.	“Ну... это было, когда умерла моя мама... и мой отец просто не мог справиться с этим. Он отправил нас жить к бабушке и дедушке. Я потеряла всех своих друзей, и мне пришлось посещать новую школу. Мне не с кем было поговорить (1).	
Терапевт.	Похоже, это был очень сложный период: потеря матери, а затем переезд в другой район, чтобы жить с бабушкой и дедушкой. Иногда в таких ситуациях трудно пережить скорбь по умершему человеку или говорить о своих чувствах.	
Карен.	Да, я не могла поговорить с папой — он был слишком расстроен. Я начала учиться очень усердно, потому что я должна была быть идеальной (2), я не хотела создавать больше проблем. Но мне было так трудно учиться, я не могла нормально думать. Все казалось таким зыбким и неопределенным (3). Чем больше я старалась сделать так, чтобы всем было хорошо, тем хуже у меня получалось.	Стрелка 2 и 3: <i>перфекционизм и потребность в контроле способствуют первоначальному решению пациента сесть на диету</i>
Терапевт.	И что произошло, когда вы начали сидеть на диете?	

**Основные цели
и принципы**

Карен. Это дало мне повод задуматься... сосредоточиться. И я поняла, что у меня это хорошо получается. Другие девочки могли съесть шоколадку, а я могла сдержаться. Я поняла, что могу контролировать свой вес и свое питание, даже если все остальное было в полном беспорядке.

Терапевт. И как вы себя чувствовали?

Карен. Другие девушки были очень впечатлены. Я обрадовалась, когда немного похудела (4). И тогда я просто думала о том, что я могу сделать еще что-то подобное (5).

**Стрелка 4
и 5:** улучшение настроения и чувство контроля усиливает ограничительное поведение и со временем приводит к усилению ограничений

Терапевт. Всегда ли вам было хорошо?

Карен. Нет, я съедала что-нибудь, а потом очень волновалась, что наберу вес, и мне приходилось заниматься спортом или следить за тем, чтобы пропустить следующий прием пищи. Я всегда беспокоилась о следующем приеме пищи (5).

Терапевт. Вы получали наслаждение от диеты, но оно быстро переходило в беспокойство, и это приводило к усилению ограничений... Вы говорили обо всех других трудностях и изменениях, которые происходили в то время. Повлияла ли анорексия на них?

Карен. Да. Каким-то образом мне больше не нужно было думать о них. Я смогла отгородиться от них. Я оцепенела (7).

Стрелка 7: ограничение притупляет негативные эмоциональные состояния пациента

Терапевт. Анорексия помогала избегать всех дискомфортных чувств и проблем.

Карен. Да, я знала, что не могу разобраться со всем этим, вес и еда казались более важными.

		Основные цели и принципы
Терапевт.	Итак, вы потеряли довольно много веса... как это отразилось на вас?	
Карен.	Сначала я, кажется, ничего не замечала, просто чувствовала себя хорошо. Сейчас мне все труднее и труднее сосредоточиться. Я действительно никого не вижу, и у меня нет ни энергии, ни интересов (6).	Стрелка 6: <i>пациентка осознает, что чувствует себя менее энергичной и все больше концентрируется на своем весе и фигуре</i>
Терапевт.	Как вы относитесь к тому, как вы сейчас выглядите?	
Карен.	Иногда я понимаю, что выгляжу слишком худой. Но это единственное, что у меня осталось. Я знаю, что все началось с диет и желания быть худой, но теперь мне кажется слишком страшно не иметь этого. Я не знаю, как бы я справилась. Когда случается что-то плохое, я хочу голодать еще больше.	
Терапевт.	Похоже, что вы описываете эту ловушку, где анорексия помогает вам избежать проблем и помогает вам чувствовать себя хорошо, даже если только на короткое время, и это то, что поддерживает порочный круг. Но у нас также есть стрелка, которая показывает, что в конечном итоге вы чувствуете себя более неконтролируемой, чем раньше, в отношении еды и всего остального (8).	Стрелка 8: <i>врач делает вывод о порочном круге и проверяет свое понимание с пациентом</i>
Карен.	Да, я как будто попала в ловушку: как бы я ни старалась, этого никогда не бывает достаточно.	

Составление черновика формулировки случая Карен

На рис. 8.2 представлена формулировка, которая была изображена на доске во время приведенного выше диалога. Цифры в скобках демонстрируют, где модель была изменена по ходу обсуждения формулировки.

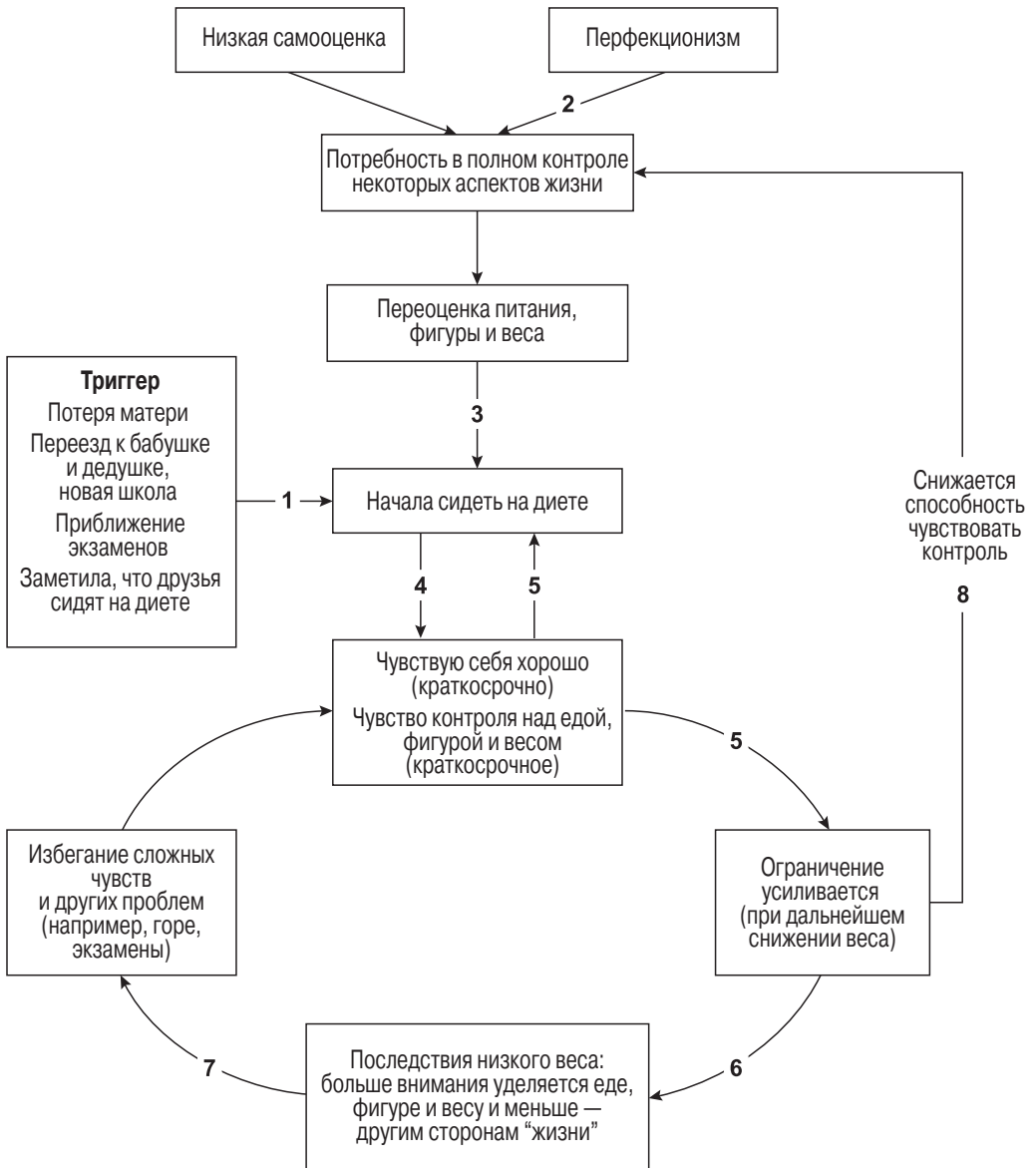


Рис. 8.2. Формулировка случая Карен

8.5. Чем сложнее случай пациента, тем важнее формулировка

Формулировка случая при терапии всегда важна. Но она особенно важна при лечении пациентов, имеющих сложные и многогранные проблемы, поскольку часть процесса формулировки включает в себя разработку полного списка проблем. Формулировка также обеспечивает понимание того, как связаны между собой различные проблемы пациента. Например, формулировка поможет пациенту, который страдает эпизодами переедания и рвоты, употребляет алкоголь и причиняет себе вред, увидеть, что все эти модели поведения — способы справиться с сильными негативными эмоциональными состояниями. Другими словами, сложный на первый взгляд набор коморбидных проблем часто может быть сформулирован в относительно простой случай. Такое осознание поможет пациенту определить и обозначить эти эмоциональные состояния, когда они возникнут, и предусмотреть альтернативные способы борьбы с ними. Формулировки таких сложных случаев рассмотрены в главах 24 и 25.

8.6. Проверка точности формулировки

Батлер [*Butler, 1998*] определила десять вопросов для проверки точности формулировки. Они предоставлены в табл. 8.1.

В силу своей гипотетической природы формулировка никогда не может быть полностью правильной или неправильной. Однако она должна давать убедительное объяснение проблем пациента для врача и пациента, а также быть понятной для других (например, старшего медицинского сотрудника, других коллег). Ключевой момент состоит в том, что врач и пациент должны быть готовы принять формулировку как полезную “незавершенную работу” (т.е. признать, что это черновой вариант, который будет развиваться с течением времени).

Таблица 8.1. Десять вопросов для проверки точности формулировки случая (адаптировано с [Butler, 1998])

-
1. Соотносится ли формулировка с теорией?
 2. Соответствует ли она доказательствам (симптомы, проблемы, реакции на переживания у пациента)?
 3. Учитывает ли она предшествующие, провоцирующие и поддерживающие факторы (например, ранний опыт, основные убеждения, конкретные ситуации с участием триггеров)?
 4. Считают ли ее правильной другие (например, пациент, старший медицинский сотрудник, коллеги)?
 5. Можно ли с ее помощью делать прогнозы (например, о трудностях, об аспектах терапевтических отношений)?
 6. Поможет ли она разработать способы оценки этих прогнозов (например, при выборе методов лечения, для прогнозирования ответов и реакций пациента на эксперименты)?
 7. Согласовывается ли она с историей болезни пациента (сильные и слабые стороны)?
 8. Прогрессирует ли лечение, основанное на формулировке, так, как ожидалось в теории?
 9. Можно ли использовать ее для выявления факторов риска или трудностей для данного пациента в будущем?
 10. Есть ли важные аспекты проблем пациента, которые не были учтены при формулировке?
-

8.6.1. Парсимония

В целом, простая, ясная и понятная для других формулировка легче поддается проверке и более полезна, чем очень сложная. Индивидуальная формулировка каждого случая поможет хорошо продемонстрировать последствия того, что должно произойти в терапии, чтобы решить проблемы пациента. Наконец, чем проще формулировка, тем легче ее донести до пациента и других людей. Поэтому здесь важно быть кратким и конкретным.

8.6.2. Следующий шаг — поведенческие эксперименты

В конечном итоге проверка формулировки — это когда врач и пациент начинают проверять гипотезы, полученные в процессе создания формулировки, используя поведенческие эксперименты (главы 21 и 22). Даже если формулировка точная (или, по крайней мере, внутренне последовательная), она бесполезна для процесса лечения, пока не будет использована для проведения поведенческих экспериментов, которые проверяют основные гипотезы пациента. Если лечение не достаточно эффективное, то может потребоваться пересмотр как формулировки случая, так и методов лечения.

8.7. Как научиться составлять правильную формулировку случая

Чтобы научиться делать формулировки случаев более простыми и лаконичными, врачам рекомендуется регулярно обсуждать и анализировать формулировки случаев со старшими медицинскими сотрудниками или коллегами. Доказано, что полезно всегда думать о формулировке как о наборе гипотез, а не как об изложении фактов.

Самый важный навык, который необходимо развивать в процессе, — это признавать свои ошибки и учиться на них. Важно также понимать, как использовать формулировку для улучшения ситуации, когда лечение не дает результатов. Простая, четкая и хорошо составленная формулировка, скорее всего, укрепит сотрудничество между пациентом и врачом и повысит мотивацию пациента, поскольку он начнет воспринимать свое РПП как управляемое, а не бесконтрольное. Формулировка особенно важна, когда:

- попытки терапевта в помощи пациенту неудачные (т.е. стратегии лечения не помогают улучшить состояние пациента или цели лечения не достигнуты);
- пациенту трудно выполнять домашние задания (см. также главу 9);
- у пациента случается серьезный рецидив после хороших результатов лечения.

В этих случаях хорошая формулировка помогает врачу и пациенту понять, что мешает прогрессу пациента, а также помогает терапевту определить, какие из его рабочих гипотез нужно пересмотреть. Затем терапевт и пациент могут переформулировать некоторые аспекты проблемы пациента и пересмотреть план лечения. В таких случаях врач, работающий без формулировки, будет просто вынужден попробовать другую стратегию лечения. Однако поскольку эти стратегии не базируются на понимании основных факторов, которые поддерживают проблемы пациента, то они вряд ли будут способствовать достижению целей лечения.