

Когнитивно-поведенческая терапия
нервной булимии и компульсивного
переедания

Москва, 28–29 октября 2017

Доктор

Джиллиан Тодд (PhD)

Обзор семинара

- День 1
- Фокусируемся на нервной булимии
- Классификация НБ в DSM-5
- Цифры и факты
- Теории факторов риска
- Диагностические особенности
- Клинические особенности
- Последствия НБ

- Оценка состояния
- Формулировка
- Мотивация
- Самомониторинг
- Работа с ключевыми когнициями, убеждениями и исходными положениями
- Интеграция метакогнитивной терапии
- Тренировка внимания
- Модификация в воображении

Стиль

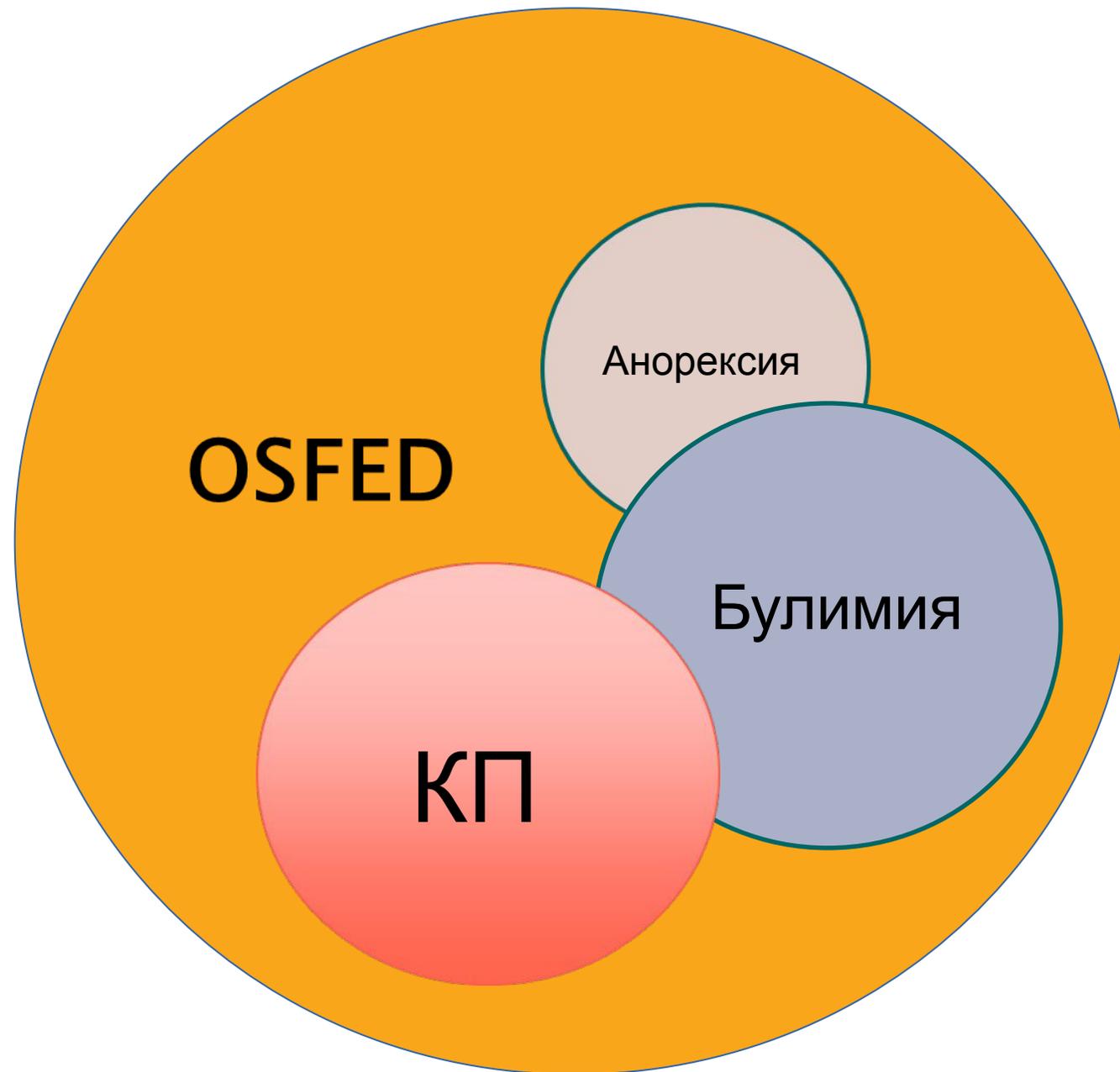
- Гибко модифицировать план в соответствии с потребностями
- Интерактивный
- По возможности использовать собственный клинический материал
- Много клинических примеров

Классификация DSM-5

Признано три специфических расстройства.

- Нервная анорексия (НА)
- Нервная булимия (НБ)
- Компulsive переедание (КП, англ. Binge Eating Disorder)
— как отдельное расстройство пищевого поведения
- Две остаточные категории:
- Другое уточнённое расстройство питания или пищевого поведения (OSFED)
- Неуточнённое расстройство питания или пищевого

Пищевые расстройства: категории



Нервная булимия: цифры и факты

- 1-2.5 % у молодых женщин — исследование 4 типов распространённости НБ (самоотчёт у конкретных групп и во всей популяции, два исследования с и без скрининга)
- Заболеваемость 10 на 100000 в год (Ноек, 1991); 26.5 на 100000 в течение 10 лет (Soundy et al 1995)
- Менее распространено у девушек и женщин старшего возраста (<14, >35)
- Реже у мужчин 1:10 — возможно, не все сообщают
- Меньше в группах этнических меньшинств
- Больше в западных культурах
- Высокая коморбидность (депрессия, тревожные расстройства, личностные расстройства)

Факторы риска нервной булимии

- Мало исследований, которые оценивали факторы риска НБ
- В подростковой выборке, где фокусировались на личностных переменных-предикторах НБ, - негативная эмоциональность и низкая интроцептивная осознанность, а также неудовлетворённость своим телом (Leon et al, 1993)
- Дизайн случай-контроль: факторы риска включали раннее менархе, диеты, негативная самооценка и проблемы у родителей — алкоголь, психические расстройства, ожирение (Fairburn et al. 1999)
- Allen et al. (2014), проспективное когортное исследование с пренатального периода до 20 лет: если девочки 10 лет сталкивались с оценкой со стороны родителей как полных, это значимый предиктор компульсивного переедания с рвотой в старшем подростковом возрасте. Заботы о весе, питании и фигуре в 14 лет — предикторы более позднего начала пищевого расстройства

Теории факторов риска

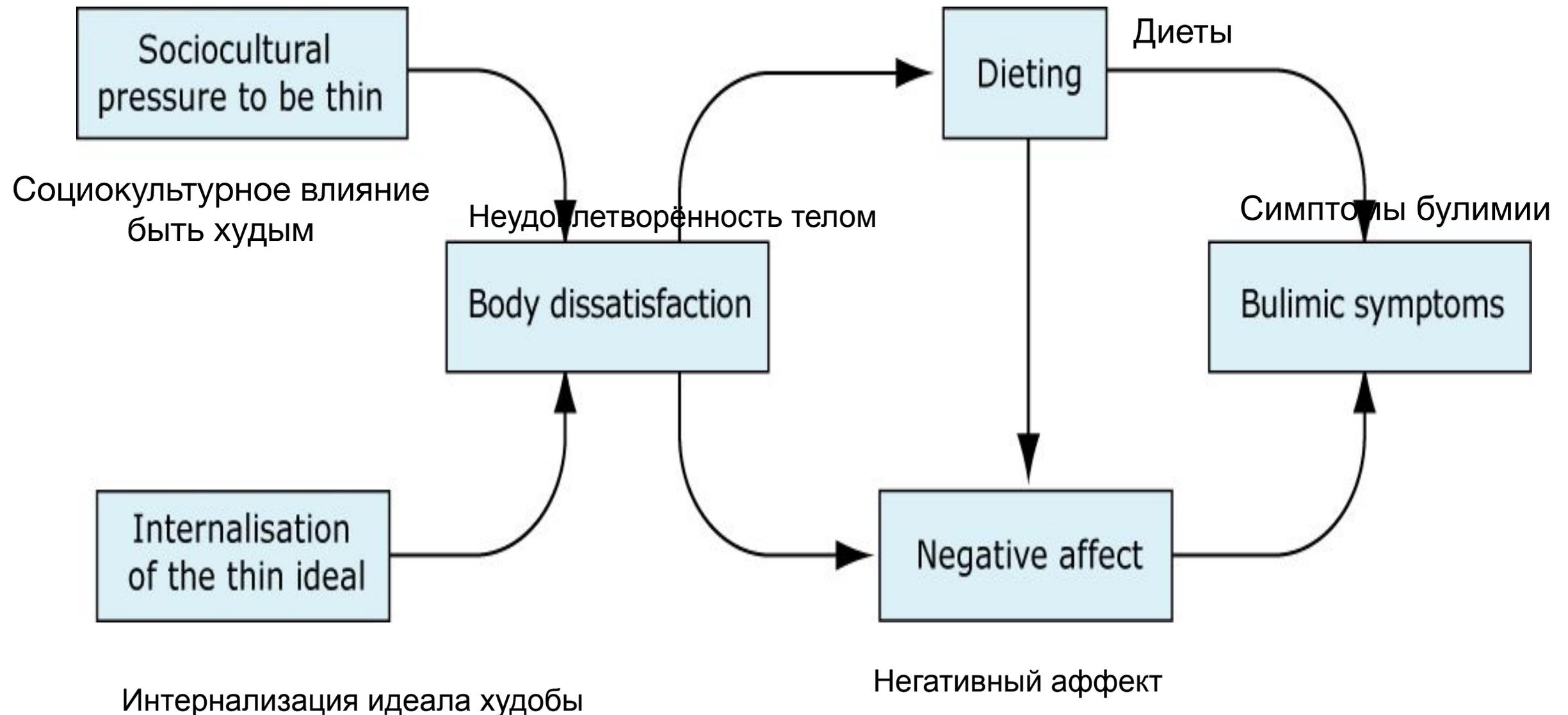
- **Классическая модель ограничения** (Polivy & Herman, 1985; Streiiegel-Moore et al., 1986)
- Основана на идее, что социальное давление, побуждающее к худобе, заставляет девушек ограничивать себя. Нехватка энергии ведёт к повышенной тяге к пище и повышает вероятность компульсивного переедания. Страх из-за риска набрать вес приводит к очистительному поведению, после чего вновь следует самоограничение, замыкая цикл.
- Некоторые сведения из кросс-секционных и лонгитюдных исследований поддерживают эту теорию, но не у всех девушек, прибегающих к диете, разовьётся расстройство питания. Эта теория берёт корни в исследованиях на животных и была позднее применена к человеку.

- Социо-культурная теория: **Теория интернализации «идеала худобы»** (Stice, 2002)
- Предикторами компульсивного переедания с рвотой является моделирование в семье и среди сверстников, а также социальное подкрепление аномального режима питания.
- Более того, социальное подкрепление идеала худобы повышает риск компульсивного переедания с рвотой.
- Интернализация «идеала худобы» повышает неудовлетворённость своим телом

- **Модель риска на основе эмоциональной регуляции** предполагают, что компульсивное переедание это способ регулировать высокий уровень негативных эмоций, негативные эмоции снижаются при прекращении компульсивного переедания, что получает негативное подкрепление (Agras & Telsh, 1998)
- Теория бегства — переедание как бегство от осознания себя, таким поэтому снижаются негативные эмоции (Hetherington & Baumeister, 1991)
- Диссоциация влияет самоосознание, является предиктором компульсивного переедания

- Негативный аффект как фактор риска. Негативные эмоции являются предиктором нарушений питания, указанными расстройствами.
- Модель двойного пути развития (Dual pathway model, Stice, 2001) интегрирует две теории
- Теории наследуемости булимического поведения — близнецовые исследования (e.g., Klump et al, 2003; Culbert et al., 2009)
- Теории недостаточного самоконтроля
- Средовые факторы

Модель двойного пути развития (Stice & Agras, 1998)



Диагностические особенности НБ

- Переоценка массы и фигуры тела, т. е. суждение о самооценки во многом или исключительно на основе веса и фигуры
- Повторяющийся паттерн компульсивного переедания. КП происходит, когда поглощается объективно большой объём пищи и присутствует чувство потери контроля
- Экстремальное поведение по контролю за весом, например, строгая диета, вызывание рвоты
- Для OSFED нет диагностических критериев

Ассоциированные особенности

- Диеты
- Импульсивное поведение
- Низкая самооценка
- Нарушения образа тела
- Нарушения личности

Групповое упражнение

- В малых группах обсудите:
- Каковы клинические черты нервной булимии?

Клинические черты нервной булимии

- Стремление похудеть приводит к строгим ограничениям в питании и избеганию пищи, которая воспринимается как причина ожирения
- Три типа ограничений рациона при НБ: голодание/пропуски приёмов пищи; ограничение количества пищи; избегание определённых видов пищи
- Стремление ограничивать потребление пищи периодически прерывается эпизодами переедания.

Компульсивное переедание и нервная булимия

- Частота эпизодов КП разнится от раза в неделю до нескольких раз в день
- Длительность КП при НБ < 2 часов, от получаса до часа с небольшим
- НБ темп поглощения пищи во время эпизода переедания выше, чем в контрольных группах (Jensen et al, 1990; LaChaussee et al, 1992)
- Типичное содержание приступа переедания при НБ включает поглощение большого количества жирной пищи и другой пищи, которую человек обычно не позволяет себе есть. Включает «запретные продукты» (по самоотчёту) в 69% приступов по сравнению с 15% в нормальных эпизодах питания.

- Количество пищи, поглощаемой во время эпизода компульсивного переедания, у амбулаторных пациентов варьируется в среднем между 1173-2632 ккал (4907 - 11012 кДж) — можно съесть и больше
- Тяжёлые симптомы, связанные с повышенным потреблением энергии во время эпизода переедания при НБ, у госпитализированных пациентов наблюдались при поглощении 3798 ккал (15890 кДж)
- Welsh et al (1989) сравнили пациентов с НБ и здоровых людей. Инструкция звучала «отпустить себя и есть сколько влезет». Здоровые люди ели значительно меньше (в среднем 1412 ккал), чем пациенты с НБ (в среднем 3352 ккал)

- Когда их просили «есть столько, сколько вы едите в норме», различий в группах не было
- Контекст компульсивного переедания чаще возникает, когда человек наедине с собой, во второй половине дня (36%) или вечером (53,2%), чем утром (14,2%) (Mitchell et al, 1981)
- При НБ меньше удовольствия от еды по сравнению с расстройством КП
- Ограниченный объём исследований на тему «чувства потери контроля» (ЧПК) во время эпизода переедания

- Jensen et al (1990) клинически выраженные & клинически не выраженные приступы переедания в общей выборке. В обеих группах сообщалось о ЧПК.
- Mitchell et al. (2012) в выборке пациентов НБ обнаружили, что нормальное питание (<1000 ккал) или субъективные булимические эпизоды (СБЭ) без рвоты не были связаны с ЧПК.
- СБЭ без рвоты > более выраженное ЧПК. Большой голод до еды и большее количество поглощённых ккал. Голод перед едой положительно связан с рвотой, но не с ЧПК.

- И СБЭ, и ОБЭ (объективные булимические эпизоды) с рвотой — более выраженная компульсивная тяга к еде связана с более высоким ЧПК
- Голод не является предиктором ЧПК
- Чувство огорчения после еды при СБЭ и ОБЭ с рвотой связано с ЧПК
- У 22% - 58% эпизод переедания начинается в социальном контексте, затем они уединяются, чтобы завершить эпизод

Компенсаторное поведение при нервной булимии

- За эпизодом переедания обычно следует компенсаторное поведение, которое включает: вызывание рвоты, использование диуретиков/слабительных, препараты для похудения, голодание и чрезмерные физические упражнения
- Не очень широко исследовано, поскольку считается вторичным по отношению к перееданию
- Есть подгруппа пациентов с НБ, которые не вызывают рвоту
- Вызывание рвоты чаще встречается, чем компульсивное переедание
- Рвота используется как стратегия контролировать вес и может служить снижению тревоги. При НБ слабительными пользуются реже, чем прибегают к вызыванию рвоты, но в общей популяции и в студенческих выборках — чаще

- Использование слабительных повышает вероятность использования диуретиков и препаратов для похудения
- А также — жевание и выплёвывание пищи, анамнез суицидальных попыток, самоповреждения и стационарного лечения от депрессии (Mitchell et al, 1986)
- Злоупотребление слабительными связано с более высокой тревогой
- Является предиктором клинического перфекционизма и черт избегающего расстройства личности. Злоупотребление слабительными связано с более высокой неудовлетворённостью своим телом и более выраженной тягой похудеть
- Наконец, есть общее недовольство собой, не связанное с весом или фигурой, которое может объяснить самодеструктивное поведение, например, самоповреждение, поедание несъедобной пищи, лазание по помойкам

- При НБ злоупотребление диуретиками меньше
- Связано с употреблением слабительных и препаратов для похудения, а также с самовольным приёмом препаратов, которые помогают сбросить вес, например, амфетаминов, с пропуском инъекций инсулина при СД 1 типа. Чаще при анорексии с рвотой
- Компульсивные физические упражнения (КФУ) у >25% пациентов с НБ. Связано с более выраженным недовольством своим телом, реже вызывают с рвотой или приёмом слабительных
- Эстетическое улучшение оценивается как более важное, чем здоровье, социальные, эмоциональные и другие конкурирующие факторы

Вес & фигура

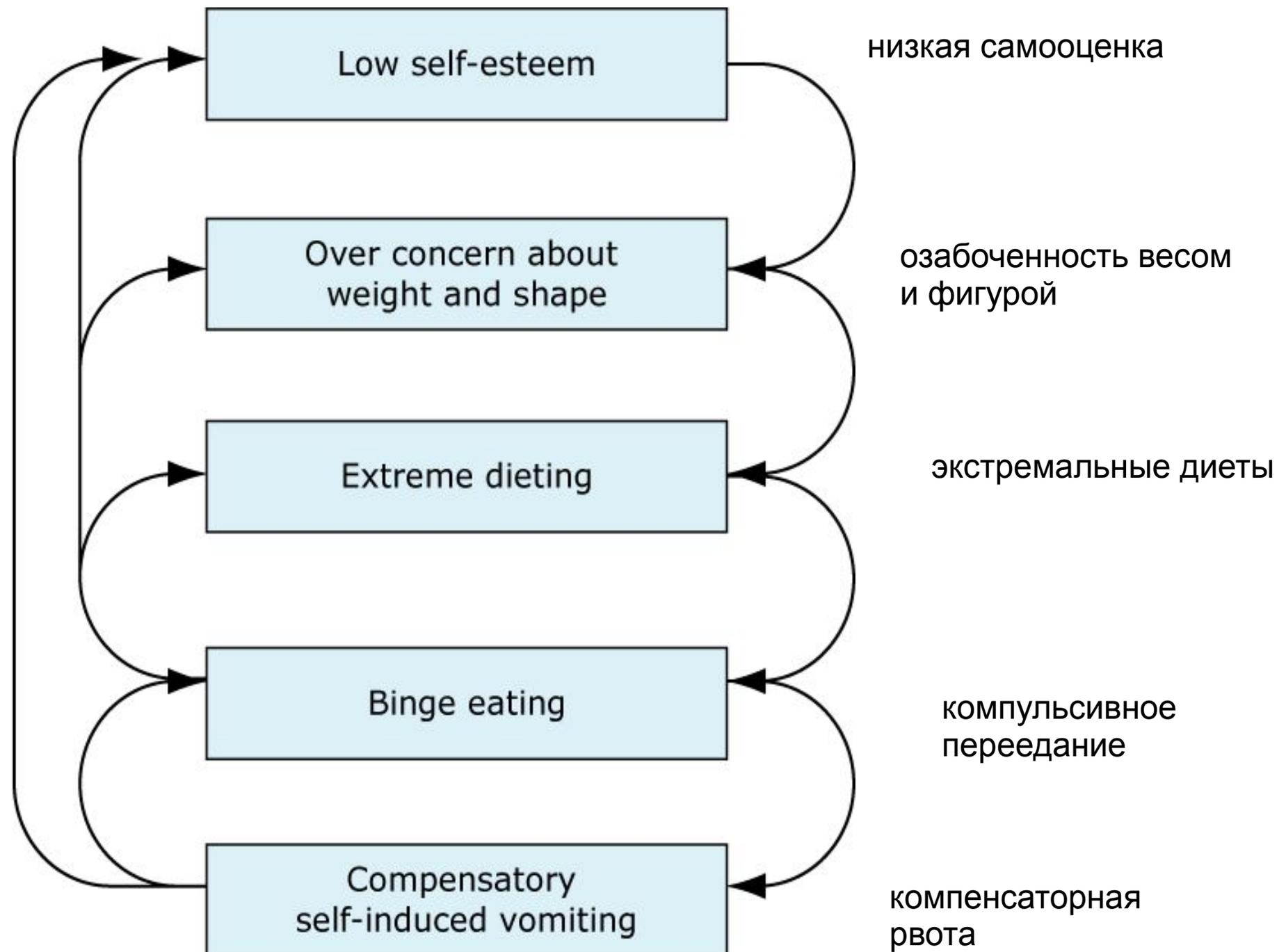
- Большинство паттернов НБ попадают в здоровый диапазон ИМТ (18.5 — 25), где недоедание и переедание друг друга компенсируют
- Самооценка связана с весом и фигурой и позитивно коррелирует с низкой самооценкой у девушек и негативными убеждениями о себе, например, «меня не за что любить»
- Вес и фигура как способ принять себя и быть принятым другими
- Охранительное поведение, например, взвешивание, измерение пропорций тела, проверки, как сидит одежда
- Избегающее поведение, например, избегание взвешиваний, посещения публичных мест, раздевания перед другими

Групповое упражнение

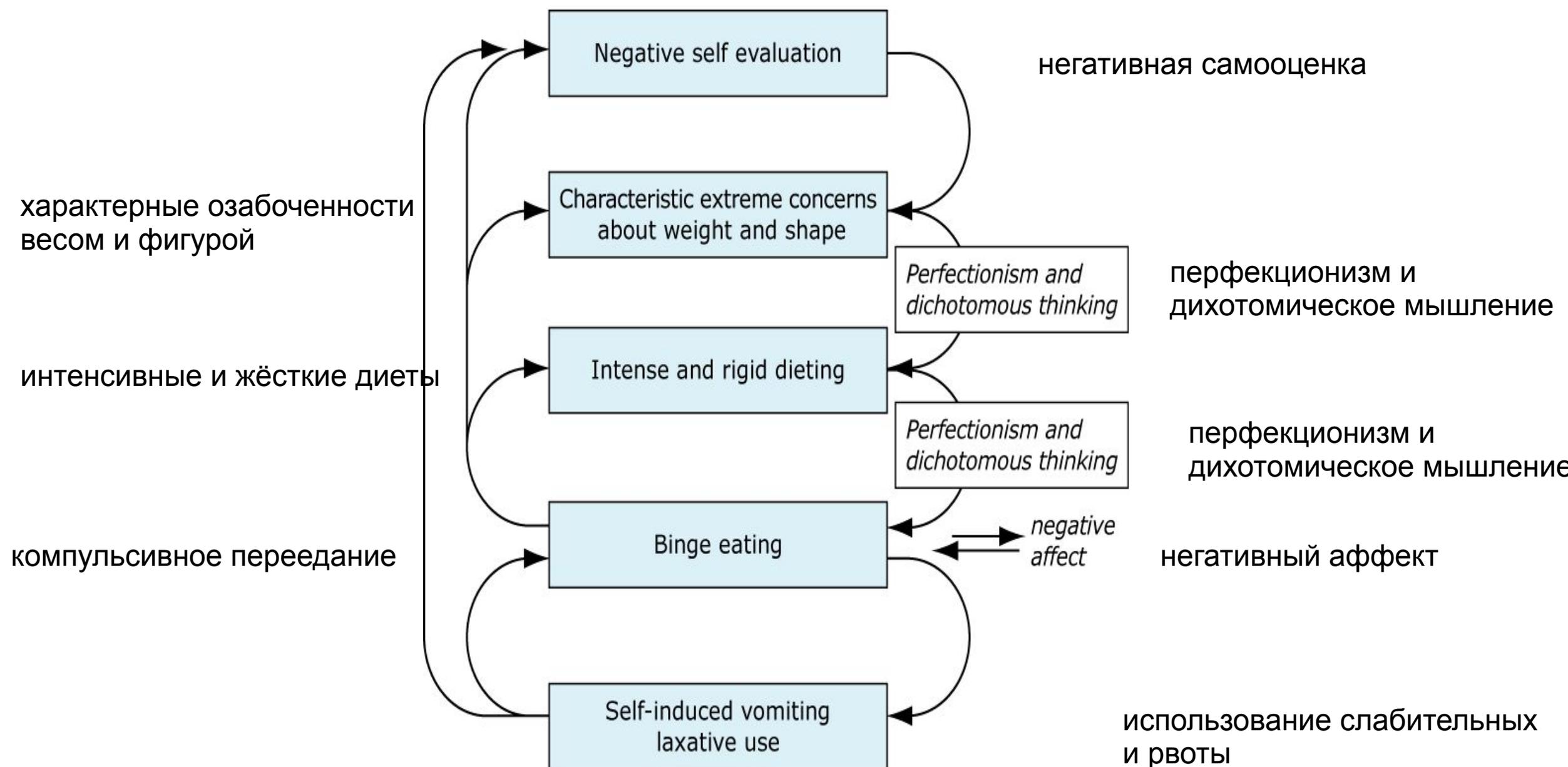
- Обсудите в малых группах:
- Каковы последствия нервной булимии?
 - - Физические
 - - Психосоциальные
 - - В отношениях

Когнитивная теория нервной булимии

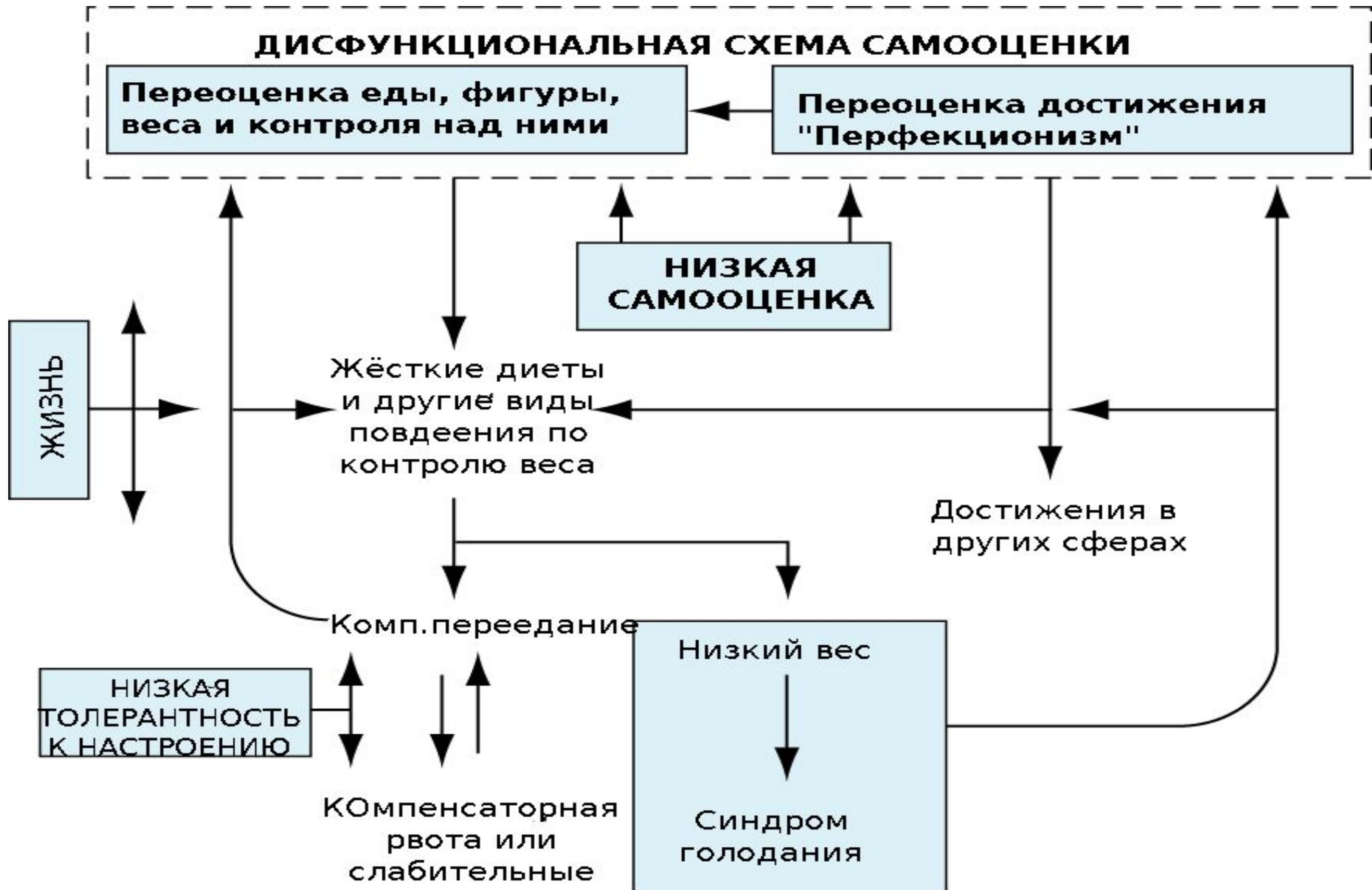
Fairburn, Cooper & Cooper Когнитивная модель поддержания нервной булимии (1989)



Fairburn's Revised Cognitive Model поддержания нервной булимии (1997)



Трансдиагностическая модель расстройств пищевого поведения



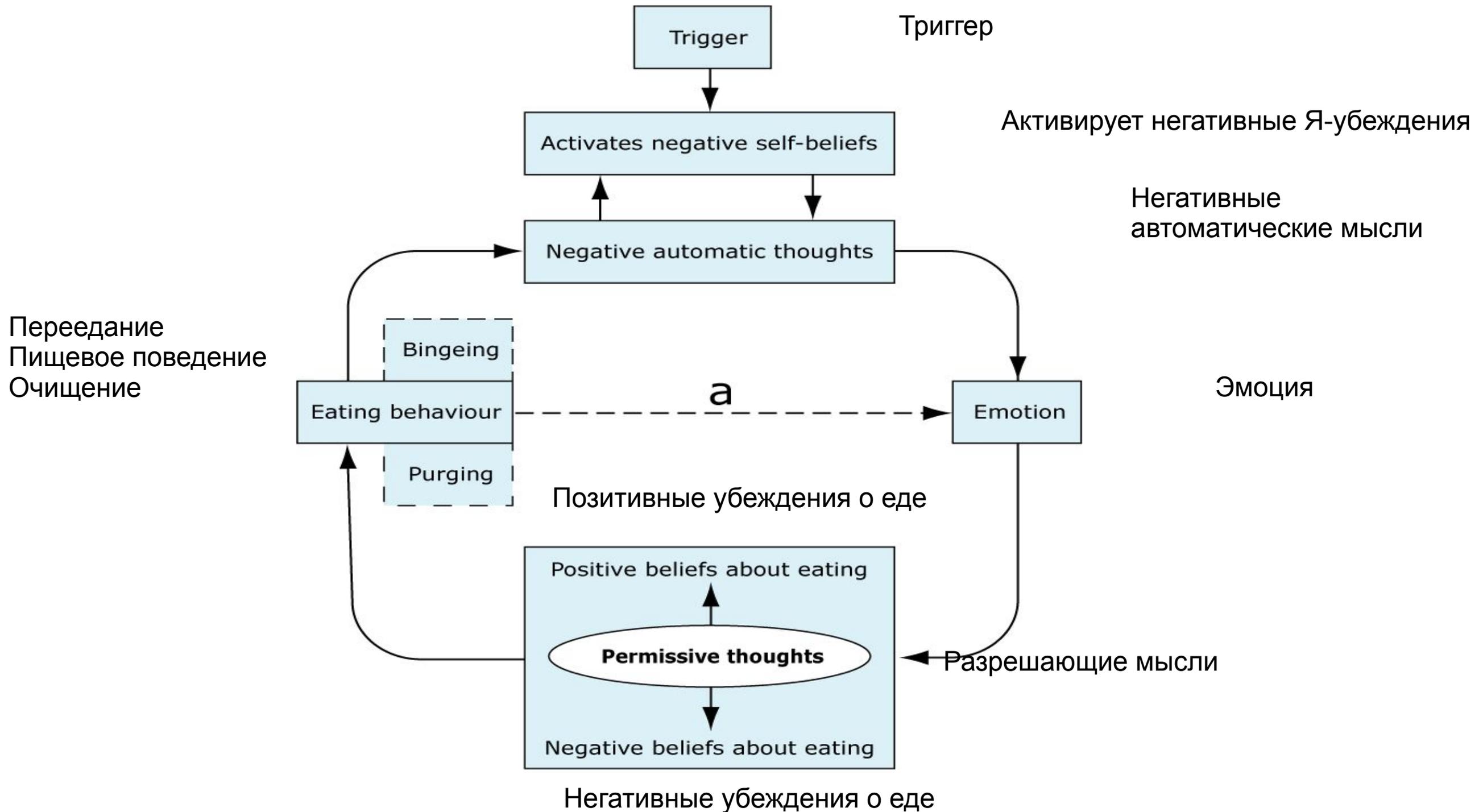
Проблемы с существующими моделями

- Не выявляют характерные мысли, эмоции, виды поведения и связи между ними
- Их трудно использовать для направления терапии в конкретных случаях, т. е. как основу для детальной индивидуализированной клинической формулировки

Предлагаемое решение

- Двухчастная модель – поддерживающие факторы и факторы развития — для всех расстройств пищевого поведения
- Некоторое перекрытие между общими чертами и некоторые различия в зависимости от наличия компульсивного переедания
- Ключ в том, чтобы сформулировать картину на основе особенностей индивидуума, поведения, **не** в расстройстве
- Позволяет сформулировать все типы расстройств пищевого поведения независимо от критериев DSM-V

Когнитивная модель НБ (Cooper, Todd & Wells, (2000))



Ключевые особенности модели

- Включает глубинные убеждения (ГУ)
- Отделяет глубинные убеждения от исходных предположений (ИП)
- Выявляет несколько типов автоматических мыслей
- Конкретизирует отношения между мыслями, чувствами, поведением и физиологией

Клинический пример

Одобрение/любовь зависит от успеха и достижений. Постоянная критика со стороны родителей и неблагоприятные сравнения со старшими братьями

Я недостаточно хороша
Меня не за что любить

Если я похудею, я буду успешной и люди меня
полюбят

Если я наберу вес, меня постигнет крах и меня
отвергнут

**Негативное сравнение со старшей сестрой
Критика за неуклюжесть**

**Я ничтожество
Меня не принимают**

**Я никчёмная
Я обречена быть ничтожеством
Наверняка моя семья считает меня
неудачницей
Можно просто всё послать**

“а”

Поем и станет легче

**Одна печенька не повредит
Не могу контролировать себя
Я разжирею**

переедание

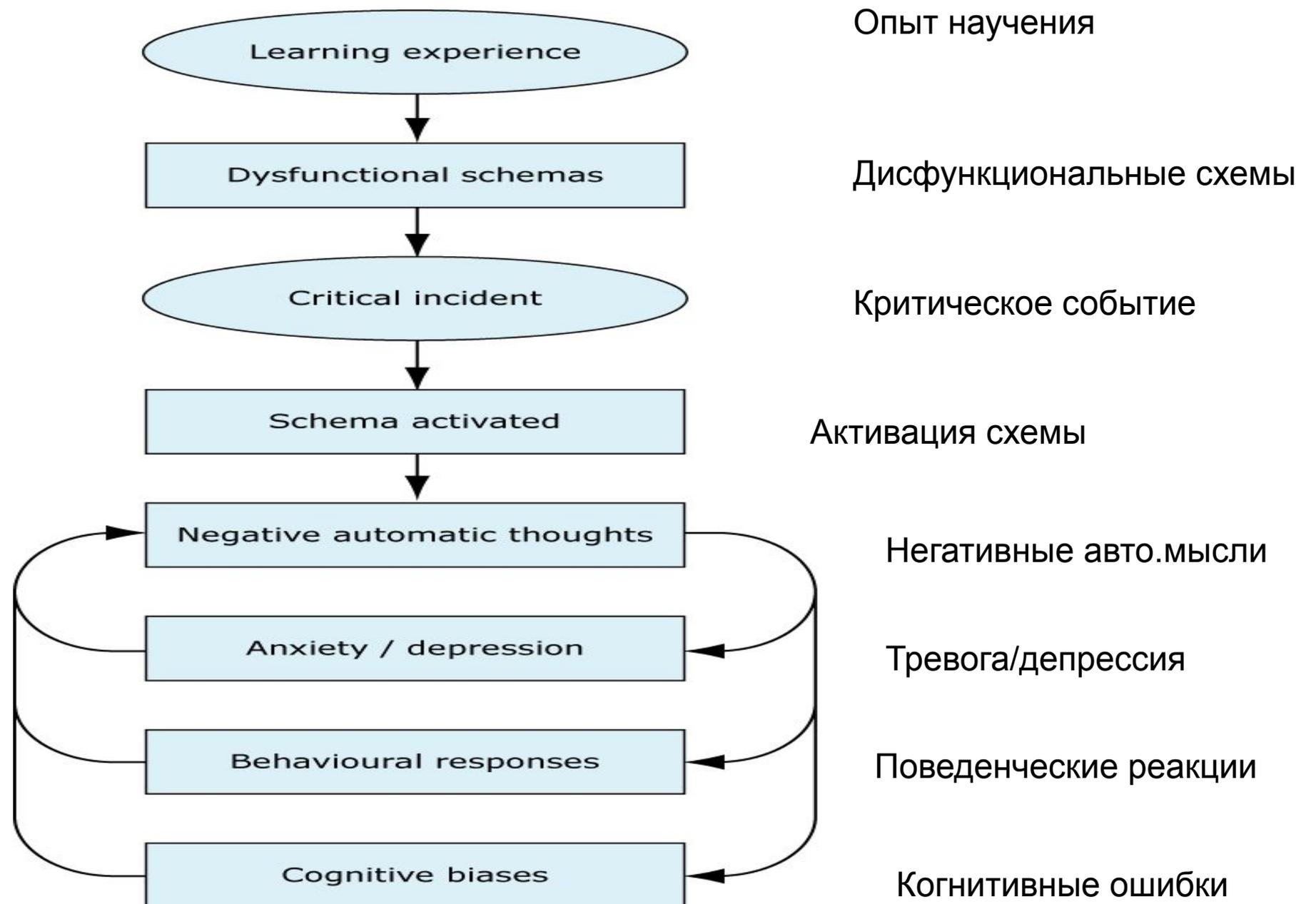
еда

рвота

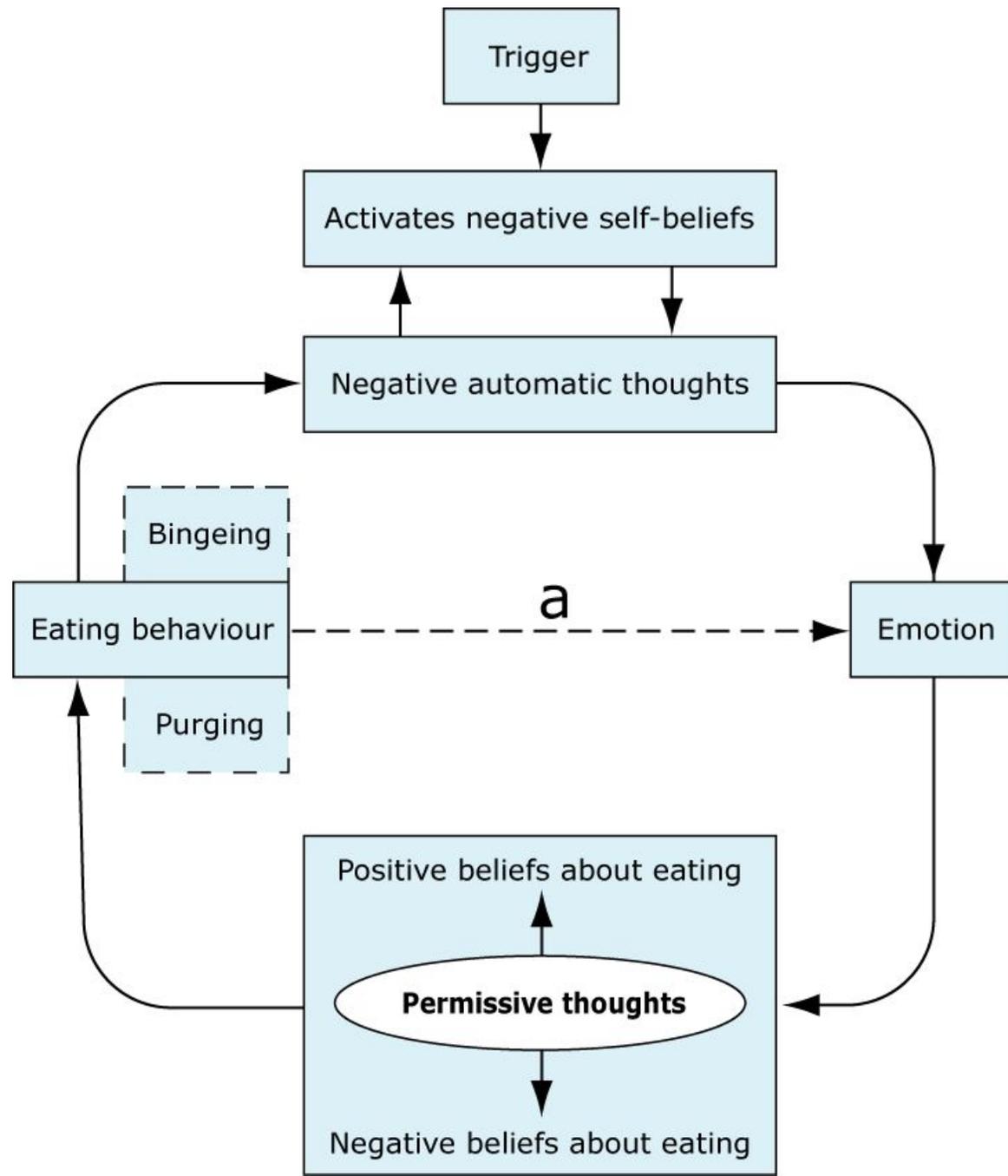
Депрессия

***Обратите внимание на “а” = отвлекающий эффект на насыщенные эмоции
= прямой физиологический эффект на чувства/интроцепцию***

Общая когнитивная модель эмоционального расстройства

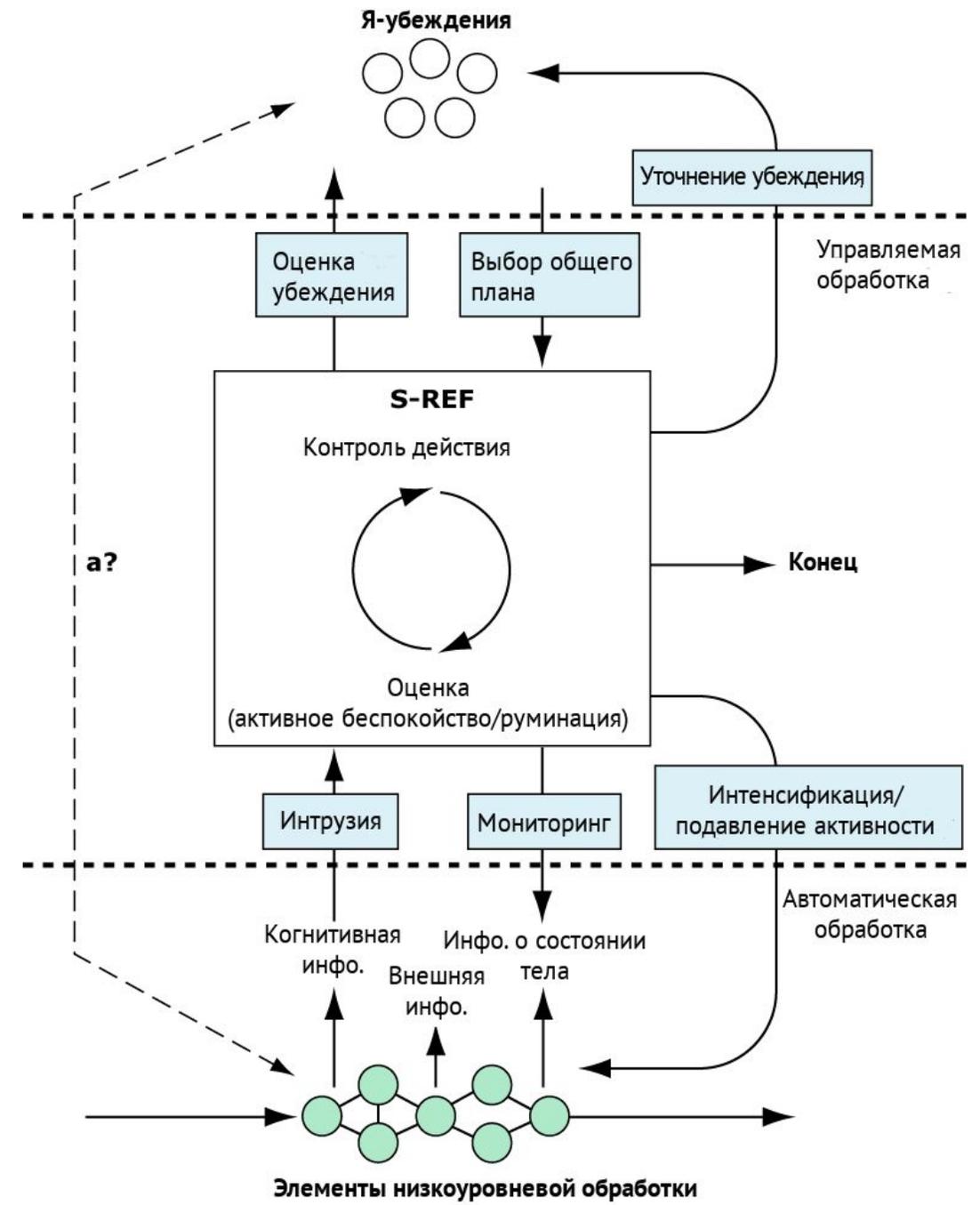


Когнитивная модель нервной булимии
Wells & Todd, 2004)



a = снижает эмоциональную насыщенность

Модель саморегуляторного булимии (Cooper,
исполнительного функционирования
при эмоциональной дисфункции
(S-REF: Wells & Matthews, 1994)



a = прайминг

Исследования, поддерживающие модель НБ Cooper, Todd & Wells

- Проспективное когортное исследование
- Экспериментальные исследования

Оценка состояния

- Обсудите в малых группах:
- Какую информацию необходимо собрать, чтобы провести оценку состояния?

Оценка состояния

Измерения РПП и общей психопатологии по самоотчёту

- Интервью

Текущие симптомы РПП:

- Основные проблемы
- Типичное питание в течение дня
- Булимические эпизоды (большой объём/потеря контроля/частота)
- Ограничения в диете (правила диеты/запретные продукты/ голодание)
- Компенсаторное поведение (вызывание рвоты/ слабительные / диуретики / упражнения)

Оценка состояния

- Озабоченность едой / руминации
- Недовольство весом и фигурой
- Проверки тела / мониторинг
- Ощущение полноты
- Частота взвешиваний / избегание взвешиваний
- Желаемый вес
- Менструации

- Начало проблем
- Изменения с течением времени
- История веса тела (максимум/минимум)
- Предыдущее лечение

Общий анамнез:

- Семейное дерево
- Семейный анамнез РПП / психиатрический анамнез
- Анамнез развития

Текущее функционирование

- Оценка настроения
- Злоупотребление веществами или алкоголем
- Тревога (ГТР/ОКР/социальная фобия)
- Социальное функционирование
- Другие проблемы (домашняя ситуация, Афинансы и др.)
- Физическое здоровье (рост, вес для ИМТ; Д, ЧСС, температура, тест с приседаниями (см. www.iop.kcl.ac.uk Eating Disorders Unit for guidelines on medical monitoring of EDs))

- Стандартная оценка мыслей, чувств, поведения, чтобы выявить типы мыслей в модели и их связь с чувствами, поведением и физиологией
- Использование самоотчёта
- Использование техники падающей стрелы для выявления ГУ и ИП
- Полезно использовать — «последний раз», когда вы переели, отказались от еды или ввели ограничение. Взять конкретную ситуацию.

Средства измерения

- Оценить ключевые симптомы РПП и общую психопатологию
- На основе интервью
- Способы самоотчёта вроде шкал Ликерта
- Рейтинг убеждений

- Eating Disorder Examination (исследование РПП, на основе интервью)
- Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)
- Youth EDE-Q (для молодого возраста)
- Тест пищевых установок (Eating Attitudes Test, EAT26)
- Опросник пищевого поведения (Eating Behaviours Questionnaire, EDQ)
- Опросник по мыслям при пищевом поведении (Eating Disorder Thoughts Questionnaire, EDTQ)

- Опросник по убеждениям при пищевом поведении (Eating Disorder Beliefs Questionnaire, EDBQ)
- Опросник по фигуре тела (Body Shape Questionnaire, BSQ)
- HADs; BDI, BAI
- PSWQ
- RRS
- MCQ
- TCQ

Подготовка пациентов к

КПТ при НБ

- Предоставить описание лечения и обсудить вопросы и сомнения пациента
- Предоставить полезные материалы и ссылки на сайты
- Советы о том, как максимально эффективно использовать лечение
- Подробное обсуждение, когда лучше начать КПТ. Необходимо избегать «фальшстартов»
- Обратиться к потенциальным препятствиям к изменениям заранее:
 - клиническая депрессия
 - серьёзное злоупотребление веществами
 - серьёзные отвлекающие проблемы в жизни и конкурирующие обязательства

Клиническая

депрессия

Лечение антидепрессантами эффективно «у пациентов с «первичными депрессивными чертами», которые включают:

- снижение влечений
- мысли о смерти и умирании
- социальная изоляция
- пренебрежение к себе
- выраженное чувство безнадежности
- суицидальные мысли и действия
- плаксивость
- патологическая вина

Такие пациенты могут обладать другими характеристиками, указывающими на преморбидную депрессию

- РПП с поздним началом
- усиление депрессивных черт в отсутствие изменений РПП

Часто необходимы более высокие дозы АД, чем обычно

- фзуоксетин (от 40 до 100 мг)
- мало побочных эффектов

1. Разрешение депрессивных характеристик облегчает последующее лечение
2. Разрешение депрессивных характеристик может вызвать или не вызвать изменения в РПП
 - при НБ может снизиться тяга к перееданию
3. При длительном наблюдении замечено, что некоторые пациенты склонны с рекуррентным депрессивным эпизодам
 - они могут запускать рекуррентные эпизоды РПП

Формулировка случая

Демонстрация с ролевой игрой

- В парах — формулировка развития порочного круга компульсивного переедания с использованием примера из вашей практики или из обобщённого примера
- Полезно использовать - «когда вы последний раз переедали»

Преграды для лечения

- Обсудите в малых группах, каковы преграды для КПТ пациента с НБ?

Мотивация к изменениям

- Пациенты с НБ амбивалентно относятся к изменениям
- Обдумайте: Почему к вам обратились
- Функция НБ
- Убеждения по поводу РПП, например «Я могу есть всё что хочу и не толстеть»
- Страхи по поводу изменения поведения

Клинический пример преимуществ НБ

- “Я могу есть без чувства вины, зная, что могу избавиться от пищи”
- “Когда я переедаю, меня ничто не беспокоит, я просто «выпадаю»”
- “Это помогает мне оставаться худой”
- “Это способ провести время, когда мне скучно”

Стратегии усиления мотивации к изменению

- Насколько готовы, насколько твёрдо намерены, насколько способны?
- Исследовать преимущества и недостатки наличия НБ
- Исследовать, что значит иметь / не иметь НБ
- Выявить страхи изменений
- Оспорить страхи

Упражнение

- В парах
- Найти что-то, что вы хотели бы изменить (не обязательно что-то очень личное)
- Один играет роль терапевта, помогая другому исследовать дилемму
- Смена ролей

Как поддерживать мотивированность

- Мотивация колеблется в ходе всего курса КПТ
- В малых группах обсудите, какие факторы и навыки могут помочь усилить мотивацию

САМОМОНИТОРИНГ

- Обоснование
- Помогает пациенту дистанцироваться от процессов, которые поддерживают РПП, и начинают распознавать и оспаривать их
- Выделяет ключевые варианты поведения, мыслей и чувств, а также контекст, в котором они возникают
 - делает более доступными для изменений явления, которые выглядят автоматическими и неподконтрольными
 - должен быть «в реальном времени»

Процедура:

- Обсудить особенности и вероятные трудности
- Акцент на том, что это должно быть «проспективным»
- Дать письменные инструкции и готовый пример
- Форма должна быть простой и завершённой
- Важная часть каждого сеанса — обзор записей самомониторинга
- Уделять пристальное внимание процессу мониторинга на первом сеансе. Если пациент не вёл записи — ответить на это замешательством и озадаченностью

Совместное взвешивание

Процедура

- Дома не взвешиваться (но на более поздних этапах лечения перенести взвешивание на дом), пациент взвешивается под присмотром терапевта в конце каждого сеанса (раз в неделю)
- совместное построение графика веса тела
- регулярное отслеживание тренда по последним четвёртым показаниям
- постоянно подкреплять идею о том, что «невозможно интерпретировать единственное измерение»

Просвещение

Обоснование

- Снижает стигматизированность, исправляет мифы, информирует о важных процессах поддержания состояния, о рисках для здоровья

Процедура

- Направляемое чтение
- Рекомендации для чтения на дом с последующим обзором во время сеанса

Освоение паттерна регулярного

Ключевая интервенция для всех пациентов

питания

Обоснование

- Фундамент, на котором строятся остальные изменения в пищевом поведении
- Придаёт структуру привычкам пациента касательно питания (и режиму дня)
- Приёмы пищи и перекусы, которые можно затем модифицировать
- Обращается к одному из вариантов диет
- Замещает собой компульсивное переедание

Процедура

- Помочь пациентам есть через регулярные интервалы в течение дня.....
- ничего не есть в перерывах

Убеждения в цикле поддержания компульсивного переедания

Два типа убеждений:

Позитивные убеждения по поводу еды,
включающие мысли разрешающего
характера или по типу «я это не
контролирую»

Негативные убеждения о питании

Примеры позитивных убеждений о питании

- Еда меня успокаивает
- Еда позволяет почувствовать себя в тепле и безопасности
- Когда я ем, не надо думать
- Еда убирает болезненные чувства
- Это последний раз
- Ещё один кусочек не повредит
- Я безволен

Специфические вопросы для оспаривания позитивных убеждений о питании

Убеждения о том, что еда помогает

- Этот взгляд на короткую перспективу?
- Как я буду чувствовать себя после того, как переем?
- О чём говорит мне мой прошлый опыт переедания?

Убеждения о последствиях переедания

- Что худшее может произойти, если я не переем?
- Если смотреть реалистично, что, скорее всего, произойдёт?
- Если и так, чего в этом плохого?
- Если я действительно чувствую дистресс, как я могу справиться с ним иначе?

Общие вопросы для оспаривания позитивных убеждений о еде

Контраргументы:

- Какие противоположные доказательства у меня есть?
- Каковы эти факты?

Что бы вы сказали другому человеку:

- Что бы я сказал кому-то другому?
- Если бы мой друг или кто-то близкий думал так, что бы я сказал ему?

Спросить лучшего друга:

- Если бы мой друг или кто-то близкий знал, что я так думаю, что бы он сказал мне?
- Какие аргументы они бы использовали, чтобы показать, что моя мысль не совсем верная?

Размышления над прошлым опытом

- Чему я научилась из прошлого?
- Что я узнала из переедания и вызывания рвоты в прошлом, что могло бы помочь мне сейчас?
- Когда у меня была эта мысль в прошлый раз, о чём я подумала, что помогло мне не есть / не переедать и не вызывать рвоты?
- Эта ситуация похожа на прошлые ситуации?

Общие вопросы для оспаривания ПОЗИТИВНЫХ МЫСЛЕЙ о еде

- Какие мыслительные ошибки я совершаю?
- Я слишком поспешно перехожу к выводам?
- Я забываю, отбрасываю или минимизирую релевантные факты?
- Я думаю в чёрно-белом цвете? Каковы были бы оттенки?
- Вводит ли меня в заблуждение то, что я чувствую внутри, и мешает фокусироваться на фактах?

Демонстрация оспаривания ПОЗИТИВНЫХ ПОДКРЕПЛЯЮЩИХ убеждений

Упражнение- Ролевое проигрывание

Часть 1 – виньетка случая А, Позитивные подкрепляющие убеждения

В парах решите кто будет Терапевтом, а кто Клиентом

В течение 10 минут практикуйте оспаривание ключевых позитивных убеждений о еде

Часть 2 – виньетка случая Б, Разрешающие мысли

В парах поменяйтесь ролями

В течение 10 минут практикуйте оспаривание ключевых разрешающих мыслей

Оспаривание убеждений о контроле

Полезные вопросы:

- Какие последствия у такого стиля мышления?
- Эти мысли упрощают или усложняют прием пищи?
- Как я могу облегчить себе этот процесс?
- Правда ли, что у меня нет других средств контроля в моей жизни?
- Есть хоть что-то, пускай небольшое, что я могу сделать, чтобы изменить это?
- Как я могу изменить мысль «я не заслуживаю поесть»?

Ключевые вопросы для оспаривания ПОЗИТИВНЫХ ПОДКРЕПЛЯЮЩИХ убеждений отказа от еды

Контраргументы:

Какие контраргументы у меня есть?

Есть ли у меня доказательства, что эта мысль не на 100% верна?

Что бы я сказала кому-то другому:

Что бы я сказала кому-то другому.

Если бы мой лучший друг или кто-то близкий думал таким образом, чтобы я ему сказала?

Обращение к лучшему другу:

Что бы кто-то другой сказал об этой мысли?

Что было бы если бы кто-то из близких или мой лучший друг знал о чем я думаю, чтобы они сказали об этом?

Какие бы аргументы в пользу того, что эта мысль верна не на 100% они бы использовали?

Ключевые вопросы для оспаривания ПОЗИТИВНЫХ ПОДКРЕПЛЯЮЩИХ убеждений отказа от еды

Обращение к своему опыту

- Что я поняла, исходя из предыстории?
- Что я уже знаю об отказе от еды, что может помочь мне сейчас?
- Когда у меня были такие мысли раньше, о чем я думала, что помогало мне избегать отказа от еды?
- Эта ситуация похожа на предыдущие?
- Когда у меня были эти мысли раньше, что я думала, что помогало мне есть?

Поведенческие эксперименты

Поведенческие эксперименты играют важную роль в КПТ и являются мощным способом изменить убеждения

Шаги поведенческого эксперимента:

PETS (Adrian Wells, 1997) (prediction, experiment, test, ?)

P Выявить ключевую мысль / предсказание для проверки

E Спланировать эксперимент для проверки и выявления потенциальных проблем

T Выполнить сам поведенческий эксперимент

S Обдумать результаты

Два типа поведенческих экспериментов:

- Проверка убежденности в негативных мыслях и метакогнитивных убеждениях
- Получение доказательств для новых убеждений

Планирование поведенческого эксперимента: упражнение

В малых группах:

Группа 1:

Разработайте поведенческий эксперимент для проверки предсказания:

«Если я съем запретную пищу, я сразу наберу вес, что будет заметно по моим бёдрам»

Группа 2:

Разработайте поведенческий эксперимент для проверки предсказания:

«Если я не буду строго контролировать, что я ем (считать калории, проверять этикетки), я не буду осознавать, что ем, потеряю контроль и наберу вес»

Исходные предположения & глубинные убеждения

Предположения и глубинные убеждения

- Исходные предположения это утверждения «если... то»
- Заботы о весе, фигуре и питании
- Заботы и себе и принятии со стороны других
- Глубинные убеждения это негативные убеждения о Я
- Абсолютные и негативные – «сухой остаток»
- Предположения и убеждения трудно сдвинуть

Полезные вопросы по изменению предположений

- Как появилось это предположение?
- Каким образом можно его понять?
- В чём это предположение неразумно?
- Каковы преимущества наличия этого предположения?
- Каковы недостатки наличия этого предположения?
- Каким может быть альтернативный способ рассмотреть это предположение?
- Что я могу сделать дальше? Например, поведенческий эксперимент

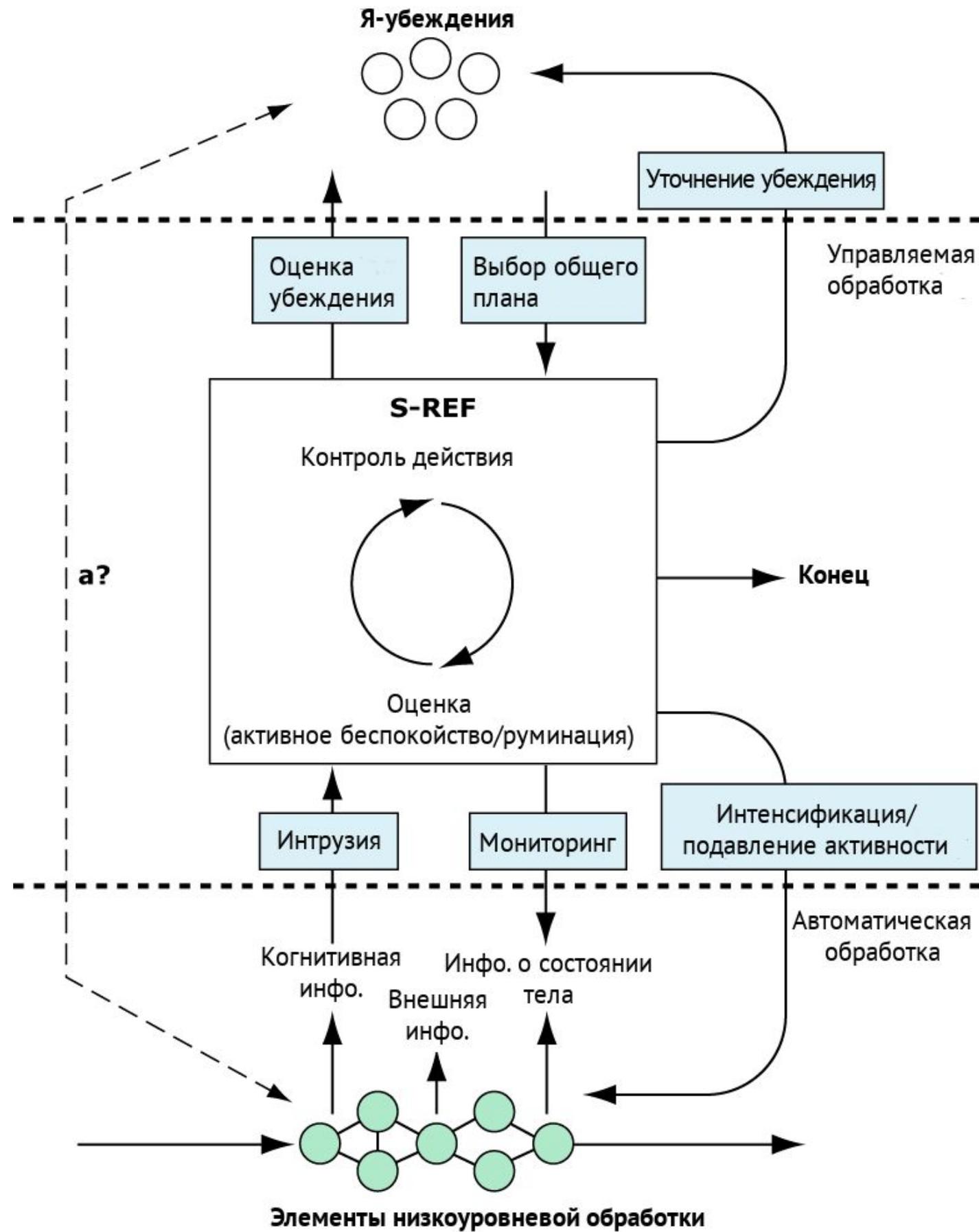
Упражнение

Оспаривание предположений — в малых группах по трое 3:

- Один человек играет терапевта, другой клиента, третий - советника
- Отработайте оспаривание предположений:
- Группа 1 – «Если моё тело упругое, я более привлекательна»
- Группа 2 – «Если я остаюсь голодной, я могу защититься от утраты контроля»
- Группа 3 – «Если я похудею, люди будут со мной более дружелюбными и захотят познакомиться со мной»
- Группа 4 – «Если я наедаюсь и вызываю рвоту, я могу сохранять контроль»

Интеграция метакогнитивных подходов при НБ

а = прайминг



Упражнение

- В малых группах обдумайте:
- В чём может быть польза работы с когнитивными процессами при НБ?

Нервная булимия и метакогнитивные убеждения

- Не могу игнорировать мои беспокоящие мысли о фигуре
- Не могу перестать думать о еде
- Переедание отвлекает меня от проблем
- Переедание помогает контролировать мысли
- Концентрация на фигуре не даёт мне растолстеть
- Беспокойство по поводу фигуры не даёт мне растолстеть
- Пристальное внимание к тому, что я ем, не даёт мне растолстеть.
- Болезнь не даёт мне беспокоиться о себе

Оспаривание метакогнитивных убеждений

- В парах выберите метакогнитивное убеждение, релевантное НБ, и в ролевой игре используйте направляемое раскрытие, чтобы прийти к когнитивному реструктурированию метакогнитивного убеждения

Отстранённая осознанность (Detached Mindfulness, DM) и РПП

- Возникла благодаря теории психологического расстройства на основе саморегуляторной исполнительной функции (Wells & Matthews Self-Regulatory Executive Function (S-REF) theory of psychological disorder) (1994, 1996; Wells 2006)
- Ключевая стратегия метакогнитивной терапии эмоциональных расстройств
- Состояние отстранённой осознанности это «состояние наблюдения за внутренними событиями без оценочного реагирования на них, попыток их контролировать, подавлять или реагировать на них в поведении» (Wells 2006)
- Продвигает терапевтические изменения, предоставляя варианты взаимосвязей между элементами внутреннего опыта.
- Чувственно-проживаемое понимание, помогающее развить гибкие взаимоотношения с мышлением

Отстранённая осознанность

Направлена на:

- Расширение метакогнитивной осознанности, например, неконструктивных стилей мышления.
- Предоставление средства для прерывания этих процессов

Цель:

- Улучшить способность пациентов реагировать на мысли гибким образом

- Предлагается на ранних этапах лечения
- Проблема имеет несколько слоёв. Для НБ первый слой в том, чтобы сфокусироваться на распознавании триггеров компульсивного переедания, т. е. мыслей и эмоций, и прерывании цикла беспокойства/руминаций и поведения. Эти реакции заменяются ОО. Пациенты с НА постоянно руминируют в течение 90-100% времени дня. Высокие показатели коморбидного ОКР.
- Объяснение обоснования
- Эксперименты с ОО

Объяснение обоснования

- Осознанность включает целый ряд продуктивных способов справляться с опасениями насчет приемов пищи, еды, фигуры, веса и других симптомов, включающих беспокойство/руминации, чрезмерный контроль, избыточное внимание к угрозам и негативным оценкам.
- Эти стратегии помогают ослабить симптомы и также помочь пациентам получить максимальную пользу от тех новых стратегий, которые будут получены пациентами позже в процессе терапии.
- Цель отстраненной осознанности это открыть пациенту новую перспективу на их мысли и симптомы, в которой вместо «взаимодействия с» этими тревогами и проблемами, они будут способны наблюдать за ними в отстраненном ключе, без попыток прекратить, проанализировать, контролировать или вообще реагировать на них каким-либо образом.

Эксперименты с отстранённой осознанностью

Синий кролик

2 условий:

Стараться не думать о мысли

Позволить разуму свободно блуждать

Тигр

Задача со свободными ассоциациями

Тренировка внимания

- Разработана Wells (1990)
- ТВ это нейроповеденческая терапия для эмоциональных расстройств
- Удерживать внимание на нескольких видах звуков, приходящим одновременно из разных точек, в течение 11 минут, не пытаясь достичь улучшения симптомов или выполнить конкретную задачу
- Эмоциональное расстройство поддерживается паттернами мышления, которые вырастают на симптомах, травмах и социальных проблемах. ТВ помогает контролировать и гибко реагировать на эти паттерны

Демонстрация тренировки внимания

Изменение в воображении глубинных убеждений при РПП

Трёхшаговый протокол

Шаг 1: Научиться, как выявлять релевантные негативные Я-убеждения и связанные с ними ранние воспоминания

Шаг 2: Научиться формулировать обоснование для процедуры модификации в воображении

Шаг 3: Научиться применять процедуру модификации в воображении для изменения негативных Я-убеждений

Введение: что такое модификация в воображении?

- Разработано на основе работ с другими расстройствами по рескриптингу и модификации в воображении (особенно с тревожными расстройствами)
- Адаптировано для РПП
- Пациенты работают с терапевтом в воображении, а не в вербальном ключе, чтобы изменить ядро негативных Я-убеждений
- Режим работы с воображением включает несколько модальностей — визуальную, слуховую, кинестетическую и др.

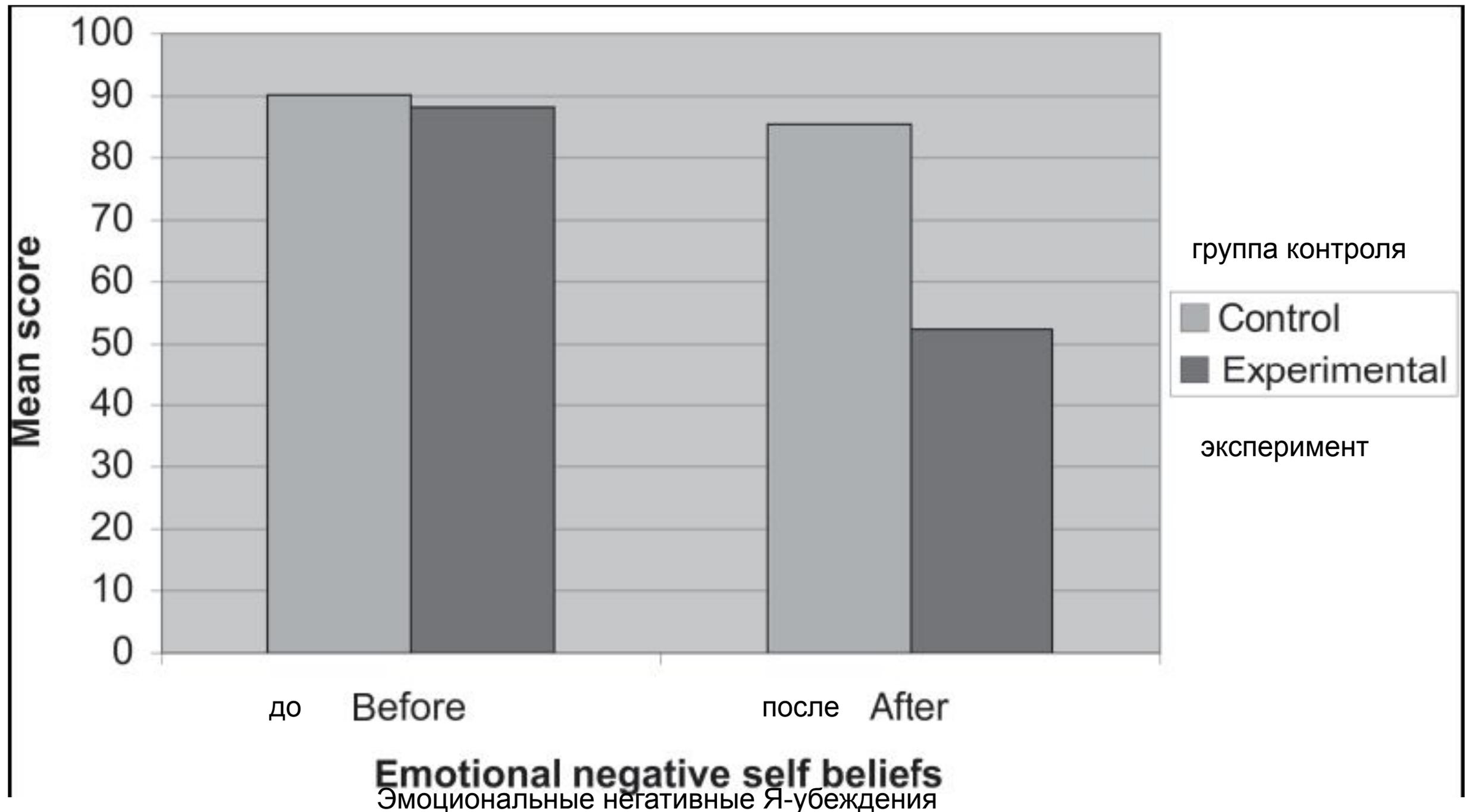
Зачем это нужно?

- Глубинные негативные убеждения о себе (например, я бесполезен, мне не хватает контроля) играют важную роль в развитии и поддержании РПП
- Их вероятно необходимо модифицировать для успешного результата работы
- Не до конца ясно как наилучшим образом работать с ними в контексте когнитивной терапии
- Вербальное реструктурирование может быть полезной стратегией, но люди часто продолжают верить, что «эмоциональное не равно рациональное», а эмоциональные убеждения очень сложно изменить стандартными способами.
- Мы и другие коллеги добивались успеха, включая модифицирующее воображение
- Процедура не очень широко освещена – наша цель, это начать этот процесс и поделиться стратегиями, которые мы сочли полезными

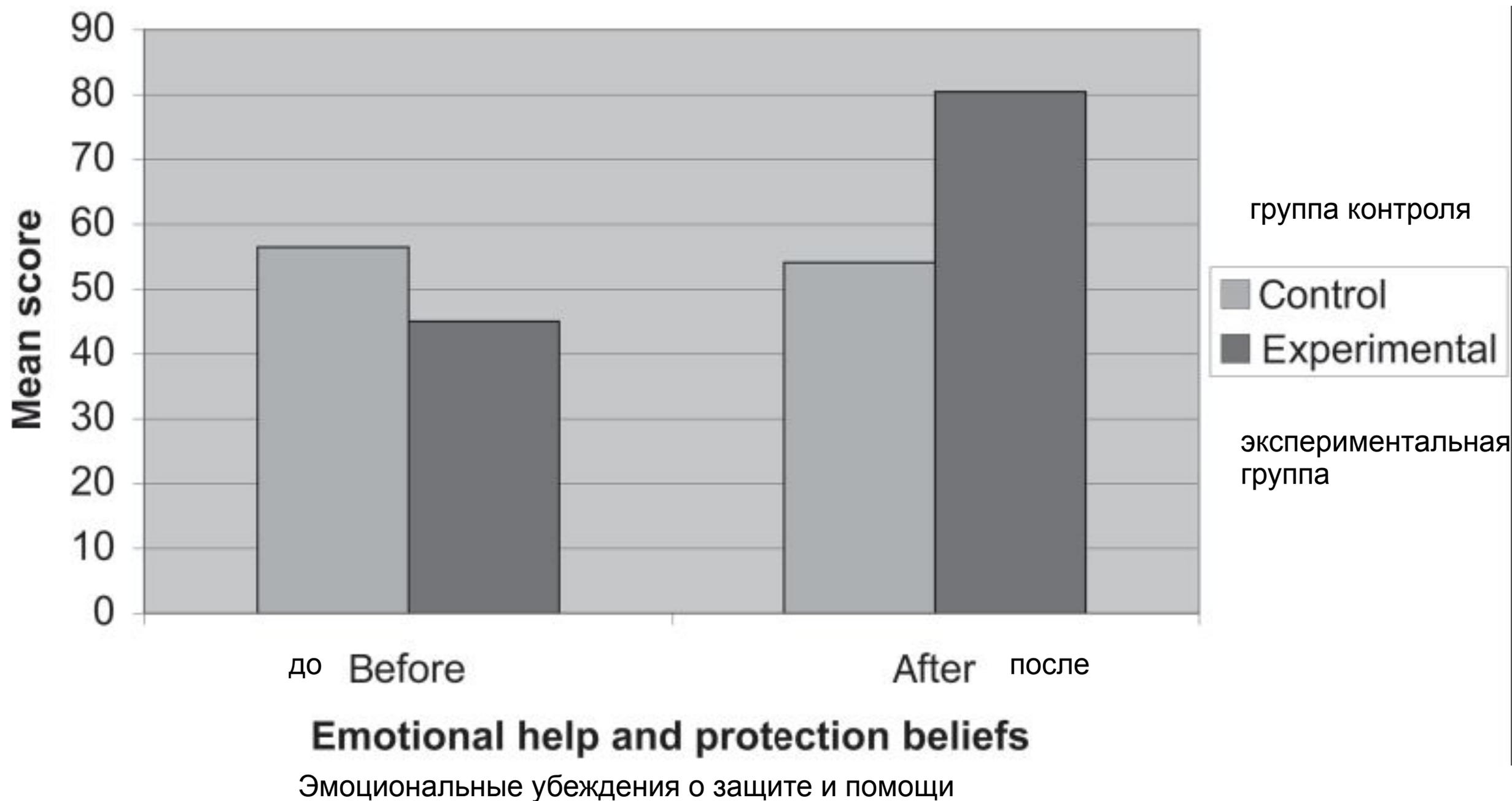
Это работает?

- Данные по другим расстройствам
- Данные по РПП
- Клинический случай (Ohanian)
- Экспериментальное исследование (Cooper et al., 2007)

Изменения в негативных эмоциональных Я-убеждениях (Cooper, Todd & Turner, 2007)



Изменения в эмоциональных убеждениях о помощи и защите (Cooper, Todd & Turner, 2007)



Кто подходит для этого?

- Есть ли у пациента стойкие эмоциональные негативные Я-убеждения?
- Вызывают ли они дистресс?
- Проводилась ли работа с ними с помощью вербального реструктурирования, которая не удалась или не вызвала значимых сдвигов?
- Может ли пациент справиться с дистрессом, который может возникнуть в ходе процедуры?
- Дал ли пациент информированное согласие и взвесил все за и против касательно процедуры?
- Достаточно ли у терапевта времени?

Шаг 1: Выявление негативных Я-убеждений и связанных с ними ранних воспоминаний

Выявить негативные Я-убеждения

- на основе знаний о пациенте
- используя полуструктурированное интервью
- ранние воспоминания, связанные с идентичностью
- используя полуструктурированное интервью

Использование полуструктурированного интервью для выявления негативных Я-убеждений

- Когда последний раз вы чувствовали беспокойство, тревог или вину в связи с питанием?
- Какие мысли/картинки вам приходят на этот счёт?
- Какая наиболее болезненная мысль/образ?
- Что именно в этом плохо?
- Что это говорит о вас?
- Что самое худшее может произойти?

Выявление ассоциированных ранних воспоминаний

- Какие ваши самые ранние воспоминания об этих мыслях/чувствах?
- Какая часть этого воспоминания самая болезненная?
- Что этот ребёнок думает, чувствует, ожидает?
- Связано ли это с вашим питанием/диетой/перееданием?
- Как это работает?

Выявить целевые негативные убеждения

- Что вы думали о себе вследствие этого события?
- Что вы думали о своём чувстве контроля, безопасности, собственной ценности и т.д.?
- Кто был виноват, как вы думали?
- Вы ещё верите в это?
- Отражают ли эти вещи ваши общие убеждения об этом?
- Оцените рациональную и эмоциональную убеждённость в этом, включая самообвинение, самопомощь и самозащиту

Клинический пример: Софи

- Шестилетний анамнез
- Групповая КПТ, флуоксетин
- Переедает и вызывает рвоту 3-4 раз в неделю
- Голодает, сидит на диетах, упражняется для того, чтобы похудеть
- Сейчас не соответствует критериям депрессии, но ранее было три эпизода

Исследование убеждений и раннего воспоминания

- Пошла поесть, запаниковала
- «Я слишком толстая, у меня лишний вес»
- «Падающая стрела» выявила я-убеждения
- Воспоминание о буллинге в школе в возрасте 8-9 лет
- Мама болела, лежала в больнице — боялась кому-нибудь сказать об этом
- Отказывалась ходить в школу, в итоге перевели в другую

Убеждения Софи

| | R | E |
|----------------------------|----|-----|
| Я совсем одна | 60 | 100 |
| Я не вписываюсь | 60 | 100 |
| Я не такая как все | 60 | 100 |
| Я глупая | 60 | 90 |
| Меня не понимают | 70 | 100 |
| Самообвинение | 30 | 95 |
| Заслуживаю помощи и защиты | 75 | 35 |

100 = полностью убеждена, что я виновата

**100 = полностью убеждена, что заслуживаю
помощи и защиты**

Процедура

- Использовать рациональные рассуждения, чтобы внести в мышление гибкость
- Привнести в образ ресурсного человека — либо себя взрослого, либо другого
- Задавать вопросы ребёнку – с кем бы хотел поговорить, что нужно было бы услышать, чего хочешь, что бы сказал ресурсный человек?
- Поддерживать ребёнка привносить ответы в воображение — представь, что...
- проверить изменения в убеждениях
- Продолжать, пока не изменятся убеждения, пока ребёнок не почувствует себя лучше

Модификация ранних воспоминаний Софи (1)

- Софи вспомнила яркую картину своих наиболее болезненных воспоминаний о буллинге, используя максимум сцен
- Ей было предложено вернуться в ситуацию, будто она сейчас там, и как будто события происходили с ней сейчас

Модификация ранних воспоминаний – Софи (2)

- Рациональные ответы – что бы сказал кто-то другой, что бы вы как взрослый сказали себе-ребёнку в этой позиции?
- «кто-то должен был заметить, увидеть, что ей было плохо, и что-то сделать»
- С кем бы ребёнок хотел поговорить, что бы ей сказали, что ей нужно?
- «моя тётя всегда была ко мне добра, дарила мне хорошие подарки на день рождения; я оставалась у неё, когда мама болела, у неё всегда было время на меня»

Модификация ранних воспоминаний Софи (3)

«Ребёнок хотел, чтобы кто-то спросил, всё ли в порядке, уделил ей время и пространство, заметил, что она страдает, выслушал, понял, как она растросне, насколько она хотела быть вместе со всеми, не быть выброшенной, одинокой, какой она себя чувствовала»

«Она хотела, чтобы кто-то поговорил с другими детьми, чтобы они поняли, какими жестокими они были и как она чувствовала себя; она хотела чувствовать, что её любят, что она особенная и является желанной частью коллектива»

Модификация раннего воспоминания Софи (4)

- Что бы твоя тётя сказала и сделала?
- Было бы здорово, если бы тётя просто заметила, сказала бы «Это не твоя вина, с тобой всё в порядке, с этим можно разобраться, у тебя будут друзья»
- Представила, что её тётя садится рядом с ней вечером у неё дома у камина, спрашивает, всё ли в порядке
- Представила, что она объясняет всё это тёте, говорит о том, что происходит, что она чувствует, и тётя приходит в школу на детскую площадку, устраивает грандиозную сцену, обнимает её и забирает от ребят, которые её травили
- Тётя поговорила с сотрудниками школы, и травля прекратилась

Убеждения Софи

- Рациональные снизились на 5 – 10 баллов
- Эмоциональные снизились на 30 – 40 баллов (диапазон 50 – 60)
- Самообвинение снизилось на 30 баллов
- «Заслуживаю помощи и защиты» увеличилось на 35 баллов

Подсказки

- Задавайте много вопросов – хотелось бы вам/ребёнку, что нужно?
- Можете попробовать?
- Реализуйте в воображении, описывайте вслух
- Проверяйте, как это чувствуется, какие выводы, особенно относительно выявленных убеждений
- Если не всё так, как надо, спросите — что ещё могло бы помочь? Помогло бы вот это? Можете это попробовать?
- Какие чувства это вызывает, что вы теперь думаете?
- Помогло бы здесь что-то ещё?

Заключение

- Многообещающая техника
- Может быть клинически полезной с некоторыми пациентами
- Применять с осторожностью с учётом возможного дистресса
- Обеспечить вдумчивую подготовку и подведение итогов (уделить много времени при необходимости)
- Нужна дальнейшая эмпирическая оценка

Другие стратегии для работы с глубинными убеждениями

- Оценка изменения уровня убежденности
- Формулирование схемы процессов
- Развитие сопутствующих убеждений и доказательств для убеждения
- Historical test
- Когнитивный континуум
- Оспаривание метакогнитивных убеждений

**КПТ для компульсивного
переедания (BED)**

КПТ для компульсивного переедания (BED)

План:

- Обзор компульсивного переедания
- КПТ протокол для компульсивного переедания – индивидуальное и групповое лечение
- КПТ для сложных проявлений компульсивного переедания
- Ожирение и компульсивное переедание

Компульсивное переедание – диагностические критерии

1. Периодические и постоянные эпизоды компульсивного переедания
 2. Эпизоды переедания характеризуются тремя (или более) признаками:
 - Поедание происходит значительно быстрее, чем обычно
 - Поедание до чувства дискомфортной наполненности и употребление огромного количества еды в отсутствии физического голода
 - Поедание в одиночестве из-за чувства стыда за количество съедаемого
 - Чувство отвращения к себе, подавленности или вины после переедания
 3. Отмечается дистресс в связи с перееданием
 4. Отсутствие регулярного компенсаторного поведения (например, вызывания рвоты)

Компульсивное переедание (КП)

- Компульсивное переедание это долгосрочное хронического и сложное состояние ассоциированное с ожирением, смертностью и длительностью течения
- Типичная длительность течения 8 - 15 лет
- Распространенность пожизненного течения 1-2% от общей популяции
- Охватывает 343 из 100,000 человек в год
- Более распространено среди женщин, чем среди мужчин
- Мужчины часто предъявляют жалобы на переедание, тогда как женщины на потерю контроля

- Две трети страдающих от компульсивного переедания имеют ожирение с ИМТ > 30

- 20-40% женщин с избыточным весом переедают. Присутствует высокая коморбидность с соматическими и психиатрическими расстройствами: тревожные и депрессивные расстройства, биполярное аффективное расстройство и ОКР, хронические соматические болезни, включая диабет, синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия и другие проблемы физического здоровья, связанные с ожирением

- Беременность и послеродовой период обладают высоким риском для рецидива компульсивного переедания

- У пациентов с ожирением с ИМТ > 40 присутствует существенное снижение качества жизни (HRQoL)
- Высокий риск увеличения смертности
- Индивидуумы, способные контролировать приступы переедания, с меньшей вероятностью набирают в последствие вес, тем не менее, большинство не добивается существенного снижения веса путем контроля приступов переедания

Упражнение

В малых группах рассмотрите клинические проявления
компульсивного переедания

Компульсивное переедание и обращение за лечением

- Часто обращаются за помощью в связи с ожирением и сообщают, что озадачены набором
- Часто встречаются в системе помощи при диабете
- Часто встречаются в системе помощи при коморбидных проблем с психическим здоровьем
- Проблема - распознавание компульсивного переедания и налаживание оказания психотерапевтической помощи
- Необходим пересмотр скрининговых инструментов из-за большого количества ложно-положительных результатов

Оценка состояния

- Люди, страдающие компульсивным перееданием часто с трудом воспринимают обсуждение их пищевого поведения, беспокоятся из-за осуждения, чаще всего испытывают чувство стыда.
- Необходимо донести, что они – не одиноки. Это распространенная проблема
- Компульсивное переедание это серьезное психологическое расстройство
- Наличие компульсивного переедания – не их вина
- Возьмите разрешение на обсуждение их питания

Интервью для оценки СОСТОЯНИЯ

- Опросник диагностики РПП, используемый в виде интервью является золотым стандартом
- Используйте шкалы самоотчета
- Рост и вес – вычислите ИМТ
- Первоначально сфокусируйтесь на последних 4 неделях для оценки нарушенного пищевого поведения, паттернах беспокойства о весе и фигуре
- Функциональный анализ еды и приступов переедания
- “Feeders”, особенно у больных ожирением
- Оцените наличие синдрома ночного обжорства, который определяется, если $>50\%$ прихода калорий происходит в вечернее время

- Влияние КГТ – включая медицинские и психосоциальные показатели
- Информация о предыстории - история развития проблемы
- Понимание пациентов проблемы. «Линия времени» - история диет, история изменения веса, значимые жизненные события
- Семейная предыстория – генограмма, исследование семейной истории проблем со здоровьем, взаимоотношения, отношение в семье к вопросам питания, веса и фигуры
- Почему сейчас? Исследуйте мотивацию обращения за помощью

Оценка медицинских характеристик состояния

- Большая часть людей с КП страдающих ожирением имеет множество медицинских проблем
- Полезно провести оценку состояния здоровья, и направлять на соответствующее лечение при необходимости
- Мониторинг соматического здоровья

Рекомендации по питанию

- Пациенты с КП как правило не имеют ограничений в питании, в связи с чем полезно иметь план питания
- Образование в вопросах здорового питания

Цели КПТ для компульсивного переедания

- Прекратить приступы переедания
- Выстроить новые паттерны здорового пищевого поведения
- Выявить и использовать когнитивную реструктуризацию для модификации дезадаптивных мыслей и эмоций
- Выявить и использовать более эффективные стратегии совладания

Подготовка к изменениям

- Расспросите когда последний раз пациент пытался прекратить переедать и что было труднее всего
- Функцией переедания может быть отключение неприятных мыслей и эмоций
- Когда анестетический эффект переедания кончается, интенсивность эмоций возрастает
- Пациент может чувствовать себя деморализованным и обращать больше внимания на эмоциональную боль, гнев, утрату, грусть, тревогу, спутанность.
- Часто чувство спутанности ассоциируется с отсутствием ясности относительно того, как они себя чувствуют и чего хотят

Психообразование

- Когда бы не пробовали что-то новое, это нормально чувствовать тревогу и неуверенность в будущем. Негативные чувства и ощущения снизятся по мере того, как вы научитесь реагировать на них более здоровым способом.
- Целью изучения этих новых навыков через КПТ является способность контролировать многие сигналы, которые вызывают нездоровые привычки в еде. И в процессе применения этих навыков вы разовьете гибкий набор реакций для контроля вашего пищевого поведения и поддержания здорового веса.
- Рассмотрите все за и против прекращения нездоровых пищевых привычек

Альтернативное перееданию поведение

- Применяйте альтернативное поведение всегда когда обычно имеет место быть переедание, например после ужина
- Запишите приступ переедания, а не съешьте его
- Держитесь подальше от кухни
- Отсрочьте приступ переедания
- Отвлекающие занятия

Запускающие обстоятельства и последствия

Выявите запускающие обстоятельства для переедания:

- Еда. Например, на вечеринках, где есть много еды с высоким содержанием жиров
- Социальные. Например, социальная изоляция, межличностные конфликты, наблюдение за тем, как другие переедают, различные социальные поводы, связанные с едой, семейные праздники и т.д.
- Ситуационные. Например, во время еженедельных закупок, приготовления обеда, прогулка мимо пекарни, поедание запрещенной еды, реклама и т.д.

- Эмоциональные. Например, чувство обделенности, гнева, дистресс.
- Психологические. Например, активация схемы, неприятное воспоминание, образы.
- Интроцептивные. Например, чувство пустоты.
- Физические. Чувство усталости, голода.

Упражнение

- В малых группах рассмотрите позитивные и негативные последствия переедания

Изменение обстоятельств

- Избегание. Например, не проходите мимо пекарни по пути на работу.
- Ограничительная обстановка. Полное исключение обстоятельств, запускающих такое поведение.
- Развитие и усиление условий для желательного поведения. Например, экспозиция в существующих запускающих обстоятельствах и такой ответ на них, который приводит к более здоровому отклику.
- Развитие позитивных ассоциаций между запускающими обстоятельствами и позитивными стратегиями совладания.

Изменение отклика на запускающие обстоятельства

- Откладывание реакции. Например, установить паузу между обстоятельствами и поведенческим ответом – расширить пробел между ними.
- Альтернативное поведение. Например, замена дезадаптивного поведения новым, которое ведет к созданию новых ассоциаций между адаптивным поведением и обстоятельствам с высоким риском переедания.
- Экспозиция и предотвращение реакции. Изменить обстановку таким образом, чтобы снизить вероятность переедания.

Фокус на последствиях

- Поощрение за правильное поведение

Награда:

- Должна следовать за желаемым поведением
- Должна зависеть от поведения (нет поведения – нет награды)
- Должна последовать за поведением как можно быстрее
- Поведение должно подкрепляться небольшими порциями

- Два типа поощрения (1) психологическая (2) поведенческая или материальная награда
- Психологические награды: говорить что-то позитивное о себе, размышления о чем-то приятном, например о том, что вы хорошо прогрессируете
- Хороший прогресс
- Поведенческие или материальные награды: что-то связанное с весельем или приятным времяпрепровождением. Например, пойти посмотреть фильм

Стратегия работы с запускающими обстоятельствами

- Цель – максимизировать здоровое поведение, минимизировать нездоровое поведение, включая переедание.
- Попросите пациента выявить обстоятельства для переедания и предложить здоровую поведенческую стратегию
- Например. Обстоятельства – чувство изолированности и одиночества – позыв к перееданию. Стратегия – напомнить себе, что это чувство возникает и проходит. Отвечать на него перееданием это непомогающий способ справиться, и только усиливает негативные переживания. Что мне надо сделать прямо сейчас это прочитайте список, который напомнит мне все приятное, что меня радует.
- Установите поведенческие цели на неделю и систему наград за достижение этих целей.

Прерывание цикла

голодание-переедание

- Образование относительно голодания – ознакомление с исследованием Dr. Keys в Университете Миннесоты
- Предотвращение сильного голода за счет режима с 3 приемами пищи и 2 перекусами
- Включение всей еды по возможности. Та, которая ассоциируется с обстоятельствами для переедания, может вводиться постепенно позже.
- Эксперимент с планированием приемов пищи
- Обращение к страхам, связанным с набора веса
- Если цель – потеря веса, то порекомендуйте сначала

Мысли, эмоции и поведение

- Познакомьте с ролью оценки, эмоционального ответа и поведения (стандартная КПТ)
- Социализируйте через гипотетический сценарий. Например, «Я хочу, чтобы вы представили, что съели лишний кусок пирога, который не был запланирован. Как бы вы отреагировали на эту ситуацию, чтобы вы сказали себе, как бы почувствовали себя, что стали бы делать».
- Обратитесь к актуальной идеосинкразической ситуации переедания и, используя технику направляемого открытия помогите пациенту распознать мысли, эмоции, как внутренние пусковые механизмы.

Когнитивная реструктуризация

- Ошибки мышления
- Бланк когнитивной реструктуризации
- Оспаривание мыслей и развитие альтернативных ответов
- Проверка мыслей с помощью поведенческих экспериментов
- Поведенческие цепочки и стратегии для их прерывания
- Исходные предположения (допущения) и глубинные

Бланк реструктуризации мыслей

МЫСЛИ

ПОВЕДЕНИЕ

ПОСЛЕДСТВИЯ

ЧУВСТВА

Запускающие
обстоятельст
ва

ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ
МЫСЛИ

ПЕРЕСМОТРЕННО
ПОВЕДЕНИЕ

ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ

ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ
ЧУВСТВА

Импульсивность, Контроль и Настроение

- Передача это часто импульсивный акт. Необходимо работать над стратегиями, уменьшающими импульсивность и повышающими уровень самоконтроля
- Спросите: в каких ситуациях вы импульсивны? В каких ситуациях вы наиболее/наименее импульсивны? Какие факторы влияют на то, насколько вы импульсивны?
- Отметьте, что самоконтроль может быть выучен через освоение и применение новых привычек

- Избегайте ситуаций с высоким риском переедания
- Укрепляйте откладывание реакции
- Внутренний диалог
- Стратегии работы с дистрессом
- Вовлекайтесь в альтернативную активность
- Экспозиция – предотвращение реакции

Управление

настроением

- Гнев, тревога, депрессивное настроение могут служить запускающим механизмом для перееданий. Освоение навыков совладания с настроением снижает вероятность приступа переедания
- Расширение позитивного опыта за счет постановки целей, выбора наград, составления контракта и планирования
- Оценка влияния этого опыта на настроение
- Может включать заботу о себе, самосострадание, различную приятную деятельность

Образ тела

1. Как человек видит себя в зеркале
2. Как человек видит различные части тела вживую
3. Ментальная картинка о своем теле («как это выглядит в уме»)
4. Как чувствует себя тело, когда к нему прикасаются
5. Как человек переживает пространственно свое тело (например, сколько места в автобусе они займут)
6. Как человек воспринимает различные физические ощущения (горячая и холодная температура, голод, гнев)
7. Мысли и утверждения (когниции) о своем теле
8. Что человек чувствует на эмоциональном уровне о своем теле

Образ тела

- Высокий уровень неудовлетворенности собственным телом у женщин с КП в сравнение с тем же уровнем веса, но без проблем с пищевым поведением
- Негативные мысли о весе и фигуре играют существенную роль в переедании
- Беспокойство о весе и фигуре связано с негативными убеждениями о себе
- Исследуйте беспокойство о весе и фигуре более детально:

- В настоящее время, как вы относитесь к размеру и форме вашего тела?
- Какие-то части тела удовлетворяют вас больше, чем другие?
- Как много времени вы тратите на рассуждение о своем внешнем облике?
(например, сколько минут из часа вы обычно тратите на обдумывание этого:
20? 30? 45? 55?)
- Служат ли рассуждения о вашем теле пусковыми механизмами для нарушенного пищевого поведения, переедания?
- Вы точны во взгляде на свое тело? Откуда вы знаете, что вы правы в его оценке?
- Как ваш вес и восприятие тела влияют на ваше отношение к себе ?
- Изменения в вашем весе и форме тела задевают вашу самооценку?
- Насколько важен ваш внешний вид для вас? Вы цените другие аспекты в себе?

Исследование культурального и семейного влияния на образ тела

- Какие существуют послания, правила, убеждения относительно отдельных частей тела, которые вы слышали от своих родственников или сверстников? От СМИ и общества?
- Эти послания или убеждения влияют на ваше ощущение от собственного тела? Какие из них?
- Как вы можете изменить эти мысли таким образом, чтобы испытывать более позитивные и бережные чувства относительно себя?
- Попросите пациента привести примеры из прошлого и настоящего
- Выявите и оспорьте типичные негативные мысли о весе и фигуре.
- Подумайте о том, какие возможности дает тело, чем можно наслаждаться?

Стратегии работы с образом тела

- Позитивные аффирмации. Например, позитивные утверждения о собственном теле и позитивные утверждения о себе, не связанные с образом тела.
- Используйте совладающие карточки
- Выявите избегающее поведение
- Мониторьте градус влияния образа тела на настроение. Например, при чувстве тревоги возникает желание быть тоньше.

- Используйте влияние времени, потраченного на навязчивое обдумывание внешности
- Как много энергии вы хотите отдать обдумыванию вашей внешности?
- Каковы недостатки такой одержимости?
- Вы можете сфокусироваться на ваших личностных чертах, а не на вашей внешности?
- Вы судите других за их фигуру и вес также жестко, как себя?
- Есть ли другие области вашей жизни, куда мы могли бы перенаправить вашу энергию? Социальный аспект, интеллектуальное или духовное развитие?
- Как вы можете усилить принятие себя? Мозговой штурм

Укрепление самооценки

- Людям с КП свойственна низкая самооценка, они оценивают себя в осуждающей манере, подчеркивая слабости и пренебрегая сильными сторонами
- Переедание может функционировать как для улучшения самоощущения, так и для наказания себя
- Переедание цементирует низкую самооценку
- Заполните опросник концепции я (Self-Concept Inventory)

SELF-CONCEPT INVENTORY

Используя опросник, пожалуйста запишите описательные комментарии о себе в каждой категории. Включите как позитивные, так и негативные комментарии.

2) Теперь вернитесь к опроснику и разделите сильные и слабые стороны. Перепишите заново

a) Сильные стороны: используйте синонимы, прилагательные и наречия для расширения

b) Слабости:

1. Используйте не уничижительный язык (замените негативные слова на нейтральные)

2. Используйте бережный язык

3. Описывайте специфично а не обобщенно

4. Найдите исключения или сопутствующие сильные стороны

3) Напишите новое самописание, включающее пересмотренные сильные и слабые стороны

4) Напоминайте себе о сильных сторонах:

a) Ежедневные аффирмации: запишите ваши сильные стороны на карточках 3x5 и зачитывайте себе множество раз в течение дня

b) Поставьте себе условные сигналы дома и на работе, чтобы запускать повторение аффирмаций

c) Активная интеграция: каждый день выбирайте три сильные стороны из списка и припомните три ситуации из прошлого, которые иллюстрируют их. Рассмотрите как можно больше примеров для каждой сильной стороны.

Руководство по переоценке слабостей

Используйте не уничижительный язык. Например, вместо «Я жирная» – «У меня ИМТ 28, что медицински оценивается как избыточный вес»

Будьте аккуратны в языке. Например, замените «Я отстойно отстаиваю свое» на «Межличностные конфликты для меня сложны, я чувствую тревогу, выражая свою позицию».

Используйте специфичные определения. Например, «Я никогда не справлюсь с компульсивным перееданием» замените на «На прошлой неделе, у меня был один приступ, а перед тем, как я начала терапию я переедала каждый день. Я достигла большого прогресса и у меня высокие шансы со временем все преодолеть».

Определите сильные стороны. Например, вместо «Я безнадежна в изучении языков» – «Я не должна быть заинтересована во всем, никто не может; я хорошая мать и отличный ученый».

Совладание со стрессом

- Психообразование о стрессе
- Стратегии решения проблем
- Управление стрессом, включающее

Развитие регулярных привычек

Организация себя

Установление хороших дружеских отношений

Забота о своем окружении

Управление мыслями, чувствами, поведением и физиологическими реакциями

Отвлеките ваше внимание (или отделитесь от себя, будучи мысленно вовлеченным в другую деятельность или мысль).

Исследуйте ваши ожидания или мысли о возможности справиться с этой ситуацией. Ваши размышления обоснованы, реалистичны и точны?

Исследуйте слова, которые вы используете. Слова «должна» и «обязана» обычно ассоциированы с нереалистичными ожиданиями – попыткой быть «идеальной» или иметь другие сверхчеловеческие качества.

Спросите себя: “Как можно иначе посмотреть на эту ситуацию?”

Спросите себя «Когда я помещаю эту ситуацию в перспективу целого дня или всей жизни, проблема заслуживает такого внимания?» Держите в уме, что эта ситуация отражает лишь один маленький аспект всей вашей жизни.

Выявите, оцените и измените свои ошибочные мысли и заблуждения. Сформулируйте более позитивные и точные высказывания. Позвольте вашим мыслям работать на вас, а не против вас.

Оспорьте ваши старые привычки мышления через распознавание функции, которой они способствовали в прошлом и дисфункционального характера в настоящем.

Учитесь отпускать мысли и говорить «прощай» мыслям, чувствам или поведению, когда это уместно.

Учитесь принимать то, что невозможно изменить.

Учитесь справляться с ошибками

- Переформатирование ошибок. Например, ошибка как учитель
- Принятие последствий ошибки
- Рассмотрение природы совершения ошибок
- Эксперименты по снижению стресса
- Усиление принятия себя

Тренинг ассертивности

- Оценки и мысли, связанные с уверенным поведением
- Когнитивная реструктуризация
- Поведенческие эксперименты

Снижение веса

- Спросите: «какой вес будет здоровым?» Обсудите разницу между здоровым нормальным весом и социокультурными идеалами.
- Вес тела определяется генетикой, поэтому цель (здоровый вес) должна быть реалистичной
- Придумайте задание для достижения здоровья со встроенной наградой
- Диетические стратегии. Избегайте запретительного питания, экспериментируйте с разной едой и чувством насыщения, работайте с распознаванием биологического, а не эмоционального голода

- Подумайте, как изменится жизнь после потери веса
- Насколько эти ожидания реалистичны
- Рассмотрите, что было отложено на период после снижения веса, и как это может быть включено в жизнь прямо сейчас

Предотвращение рецидива

- Список опасной еды и ситуаций с высоким риском переедания
- Практикуйте экспозицию (с опасной едой и ситуациями) с отказом от переедания
- Постройте иерархию страшных и рискованных пусковых ситуаций (еда для переедания, ситуации)
- Начните с наименее пугающей ситуации до достижения чувства комфорта

- Может понадобиться поддержка семьи и близких
- Используйте стратегии совладания и план предотвращения рецидива
- Какая проблема/ситуация/мысль может привести к рецидиву?
- Что такое рецидив? Оплошность?
- Клинический случай:

Представьте, что вы успешно завершили терапию, и теперь вам надо поехать куда-то из дома. Вы воздерживались от переедания и регулярно питались правильно с основными приемами пищи и перекусами. Вы начинаете сталкиваться с различными проблемами в вашей жизни. Это несомненно стресс – оказываться в новой социальной ситуации. У вас новая работа и вы встречаете новых людей. Вы находите, что это все более трудно питаться регулярно из-за вашего расписания. Вы очень сильно хотите выглядеть привлекательно для окружающих и вы озабочены вашим весом. Вы начинаете пропускать приемы пищи, терять вес и начинаете снова переедать. За неделю вы снова перешли от здоровых пищевых привычек к перееданию. Вы в начале рецидива.

Что вы собираетесь сделать?

- Что вам надо делать? В терминах пищевого поведения, планирования приемов пищи.
- Что вам надо делать в терминах ваших мыслей относительно вашего веса и тела?
- Что вам надо делать в терминах социальной поддержки?
- Каковы шансы, что проблема решится сама по себе?
- Какие общие заключения вы можете сделать о процессе срыва в терминах предотвращения рецидива, его причин и управления им в терминах вашей жизни?
- Напишите индивидуализированный сценарий воображаемого рецидива
- Исследуйте обстоятельства, мысли, чувства и последствия, которые способствовали воображаемому срыву.

- Напишите план рецидива в виде пошагового плана на случай, если он произойдет. Сфокусируйтесь не только на том, что вы будете делать, но также и на том, как вы будете менять свое мышление.
- Повторите план на случай ошибки, оплошности
- План относительно опасной еды – опишите продукты, дезадаптивные поведенческие реакции, мысли после поедания этих продуктов
- План действий – поведение, совладание с мыслями, оценка последствий. Например, что помогло, что не помогло, что вы сделаете иначе в следующий раз.
- Повторите для ситуаций с высоким риском переедания

Групповая КПТ для КП

- Протокол для КП может успешно применяться для групп
- За и против групповой VS индивидуальной КПТ для КП
- Механизм изменения фокусируется на групповой динамике и процессах

Групповая КПТ для КП: Механизм изменения

Оптимизм – укрепление надежды на преодоление КП и усиление мотивации

Стратегия:

Данные об эффективности

Позитивное усиление за счет фасилитатора и внутри группы

Подчеркивать улучшения и прогресс

Использовать позитивный опыт участников для укрепления позитивных ожиданий

Включенность – разделенный опыт создает чувство сопричастности и уменьшает чувство изоляции

•Стратегия:

Установить связи между участниками через общие симптомы и опыт

Фасилитировать диалог между участниками группы об их опыте КП и попытках преодоления

3. Групповое научение – на разных уровнях

- Стратегия:

Психообразование в интерактивной мере

Использовать сократический диалог для исследования новой информации

Поощрять обратную связь и советы от участников группы

Использовать группу для исследования перспектив и оценочных суждений

Утилизировать и облегчить получение нового опыта за счет группового участия и ролевых проигрываний

4. Смещение фокуса внимания с себя – предоставление помощи другим участникам, сдвиг фокуса от индивида к группе

- Стратегия

Поощрять участников группы оказывать поддержку, делиться информацией, стратегиями и давать уверенность друг другу

5. Модификация неэффективных паттернов отношений – предоставление корректирующего обучающего опыта для дезадаптивных межличностных взаимодействий

•Стратегия:

Укреплять осведомленность о межличностных паттернах, об их влиянии на других участников

Фокус на текущих взаимодействиях в группе

Поощрять обратную связь

Модифицировать ошибочные оценочные суждения

Поощрять более позитивные альтернативные способы поведения

Обучать стратегиям с помощью ролевой игры

6. Групповая сплоченность – когда возникающие связи объединяют участника с другими и группой, это в целом приводит к когнитивным и поведенческим изменениям.

•Стратегия:

Поощрять участие и приверженность группе

Содействовать созданию безопасной среды для самораскрытия

Создавать связи между опытом участников, их мыслями и чувствами

Участвовать в других групповых процессах и факторах в настоящем моменте.

7. Эмоциональный процесс в групповом сеттинге – место для открытого выражения чувств и работы с ними.

•Стратегия:

Проживать эмоции и переживания в реальном времени

Рассмотреть чувства, связанные со специфическими мыслями и поведением

7. Эмоциональный процесс в групповом сеттинге – место для открытого выражения чувств и работы с ними.

•Стратегия:

Проживать эмоции и переживания в реальном времени

Рассмотреть чувства, связанные со специфическими мыслями и поведением

Полезные методы и техники направленные на разделение

- Наблюдать со стороны за своими мыслями
- Деятельность сфокусированная на ценность
- Радио плохих новостей
- Тренировка разделения через прослушивания диктофонной записи
- Диалог «от содержания к процессу»
- Разделения Я от болезни