

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИЗБЕГАЮЩЕГО/ ОГРАНИЧИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ (ИОРПП)

ДЖЕННИФЕР ДЖ. ТОМАС  
КАМРИН Т. ЭДДИ



РУКОВОДСТВО  
ПО РАБОТЕ  
С ДЕТЬМИ,  
ПОДРОСТКАМИ  
И ВЗРОСЛЫМИ

**Когнитивно-поведенческая  
терапия избегающего/  
ограничительного  
расстройства приема пищи  
(ИОРПП)**

---

**РУКОВОДСТВО ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ,  
ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ**

# **Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder**

---

**CHILDREN, ADOLESCENTS, AND ADULTS**

**JENNIFER J. THOMAS**

Harvard Medical School

**KAMRYN T. EDDY**

Harvard Medical School

# Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ ограничительного расстройства приема пищи (ИОРПП)

---

РУКОВОДСТВО ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ,  
ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ

ДЖЕННИФЕР ДЖ. ТОМАС,  
Гарвардская медицинская школа

КАМРИН Т. ЭДДИ,  
Гарвардская медицинская школа

Київ  
Комп'ютерне видавництво  
"ДІАЛЕКТИКА"  
2022

УДК 616.853

T56

Перевод с английского *Е. Азаровой*  
Научный консультант *М.Б. Сологуб*

**Томас, Дж. Дж., Эдди, К.Т.**

**T56** Когнитивно-поведенческая терапия расстройства избегания/ограничения приема пищи (ИОРПП)/Георг Х. Эйферт, Джон П. Форсайт; пер. с англ. Е. Азаровой. — Киев. : “Диалектика”, 2022. — 354 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-7987-55-9 (укр.)

ISBN 978-1-108-40115-9 (англ.)

Это руководство создано для практикующих специалистов по расстройствам пищевого поведения у детей, подростков и взрослых. Методика когнитивно-поведенческой терапии избегающего/ограничительного расстройства приема пищи содержит все необходимые методы оценки этого расстройства, а также пошаговое руководство терапией. Книга представляет интерес для специалистов по расстройствам пищевого поведения, гастроэнтерологов, а также специалистов широкого профиля, пациентов с ИОРПП, их родителей, и всех, кто интересуется лечением расстройств пищевого поведения.

**УДК 616.853**

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Cambridge University Press.

Copyright © 2019 Jennifer J. Thomas and Kamryn T. Eddy.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition of the *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ISBN 978-1-108-40115-9), published by Cambridge University Press, part of the University of Cambridge.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

ISBN 978-617-7987-55-9 (укр.)  
ISBN 978-1-108-40115-9 (англ.)

© “Диалектика”, перевод, 2022  
© 2019 Jennifer J. Thomas and Kamryn T. Eddy

# Оглавление

Предисловие	14
Вступительное слово	17
Благодарности	19
Глава 1. Что такое ИОРПП	23
Глава 2. Обзор существующих методов лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения и тревожных расстройств	39
Глава 3. Оценка ИОРПП	57
Глава 4. Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП	71
Глава 5. Обзор КПТ-ИОРПП	85
Глава 6. Первый этап: психообразование и ранние изменения	101
Глава 7. Второй этап: создание плана лечения	143
Глава 8. Третий этап: работа с поддерживающими механизмами в порядке приоритета	169
Глава 9. Четвертый этап: предотвращение рецидивов заболевания	227
Глава 10. Описание случаев использования КПТ-ИОРПП на практике	247
Глава 11. Выводы и дальнейшие рекомендации	285
Приложение 1. Оценка компетентности в КПТ-ИОРПП	291
Приложение 2. Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: оценка от сессии к сессии	294
Библиография	341

# Содержание

<b>Предисловие</b>	14
<b>Вступительное слово</b>	17
<b>Благодарности</b>	19
От издательства	22
<b>Глава 1. Что такое ИОРПП</b>	23
Определение	23
Распространенность заболевания	27
Отличие от классических расстройств пищевого поведения	29
Этиология (причина болезни)	34
<b>Глава 2. Обзор существующих методов лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения и тревожных расстройств</b>	39
Расстройства приема пищи у детей	39
Расстройства пищевого поведения	45
Тревожные расстройства	49
Необходимость в принципиально новом подходе	55
<b>Глава 3. Оценка ИОРПП</b>	57
Оценка психопатологии ИОРПП	57
Оценка медицинских последствий ИОРПП	64
Использование результатов обследования для создания плана лечения	69

---

<b>Глава 4. Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП</b>	71
Формулировка сенсорной чувствительности	72
Формулировка страха неприятных последствий	78
Формулировка откровенного отсутствия интереса к приему пищи	80
Комбинирование всех элементов	82
<b>Глава 5. Обзор КПТ-ИОРПП</b>	85
Индивидуальный и семейный формат	85
Четыре этапа КПТ-ИОРПП	89
Изменение длительности лечения	91
План стандартной сессии КПТ-ИОРПП	93
Цели терапии в рамках КПТ-ИОРПП	94
Стиль поведения терапевта	97
Вывод	98
<b>Глава 6. Первый этап: психообразование и ранние изменения</b>	101
Первая сессия первого этапа	101
Вторая сессия первого этапа	120
Третья сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела)	133
Четвертая сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела)	137
Решение основных проблем, возникающих на первом этапе	139
Перечень контрольных показателей для перехода ко второму этапу	141

<b>Глава 7. Второй этап: создание плана лечения</b>	143
Первая сессия второго этапа	143
Вторая сессия второго этапа	149
Решение основных проблем, возникающих на втором этапе	165
Перечень контрольных показателей для перехода к третьему этапу	167
<b>Глава 8. Третий этап: работа с поддерживающими механизмами в порядке приоритета</b>	169
Продолжение набора веса на третьем этапе (только для пациентов с дефицитом массы тела)	170
Поддерживающий механизм № 1: сенсорная чувствительность	172
Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия первая	172
Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия вторая	179
Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, последующие сессии	184
Поддерживающий механизм № 2: страх неприятных последствий	199
Третий этап, модуль страха неприятных последствий, сессия первая	199
Третий этап, модуль страха неприятных последствий, последующие сессии	207
Поддерживающий механизм № 3: заметное отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом	210
Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, сессия первая	210

---

Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, последующие сессии	220
Решение основных проблем, возникающих на третьем этапе	222
Перечень контрольных показателей, необходимых для перехода к четвертому этапу	225
<b>Глава 9. Четвертый этап: предотвращение рецидивов заболевания</b>	227
Первая сессия четвертого этапа	227
Вторая сессия четвертого этапа	241
Решение основных проблем, возникающих на четвертом этапе	245
<b>Глава 10. Описание случаев использования КПТ-ИОРПП на практике</b>	247
Случай № 1. Одиннадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью (семейный формат КПТ-ИОРПП)	247
Случай № 2. Тринадцатилетний пациент с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и недостаточной массой тела (семейный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии)	253
Случай № 3. Шестнадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом, сопутствующим компульсивным перееданием и ожирением (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии)	261

Случай № 4. Двадцатилетний пациент со страхом неприятных последствий, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и дефицитом массы тела (семейный формат КПТ-ИОРПП)	270
Случай № 5. Тридцатидвухлетний пациент с сенсорной чувствительностью (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП)	278
<b>Глава 11. Выводы и дальнейшие рекомендации</b>	285
<b>Приложение 1. Оценка компетентности в КПТ-ИОРПП</b>	291
<b>Приложение 2. Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: оценка от сессии к сессии</b>	294

*Посвящается Эшеру и Колби*

Данное доступное практическое руководство, написанное двумя ведущими экспертами в области ИОРПП, станет отличным пополнением клинической библиотеки. Я предвижу, что очень быстро эта книга станет повсеместно использоваться всеми, кто занимается лечением пациентов с таким заболеванием. До нынешнего момента почти не существовало научно обоснованных способов лечения ИОРПП. Это ясно написанная книга, основанная на надежных теоретических принципах. В ней авторы делятся своими выдающимися навыками, опытом и знаниями с широкой аудиторией, что может принести только пользу в уходе за пациентами.

**Доктор Рейчел Брайант-Во**

Довольно редко бывает такое, чтобы новый диагноз вводился в классификацию болезней без существующего подхода лечения с эмпирическими доказательствами. Однако именно это случилось с диагнозом ИОРПП. И вот теперь мы держим в руках тщательно продуманную поэтапную модель лечения, разработанную мировым ведущим центром по лечению расстройств пищевого поведения. Эта модель может быть персонализирована под любого пациента, а также под его семью. Она станет неоценимым вкладом для любого специалиста, занимающегося лечением расстройств пищевого поведения.

**Доктор Дэвид Х. Барлоу**

Сегодня диагноз ИОРПП уже не кажется настолько непривычным, как это было пять лет назад, когда он был только представлен в DSM-5. С тех пор небольшая группа клинических исследователей прилагала огромные усилия для разработки методики лечения пациентов данной диагностической группы. Томас и Эдди — лидеры в этой сфере. Прилагая целенаправленные усилия, авторы создали невероятно ценное руководство, которое, безусловно, стоит использовать всем желающим узнать больше об ИОРПП, будь то лечащий врач, любопытный студент или обеспокоенный пациент. В этом клиническом руководстве авторы впервые предоставили читателям превосходный психообразовательный обзор ИОРПП, а также обрисовали четыре

этапа КПТ-ИОРПП. В конце руководства авторы предлагают ознакомиться с пятью случаями из индивидуальной практики, которые помогут еще лучше понять представленный подход. Эта книга является долгожданным дополнением к немногочисленным руководствам по лечению РПП.

**Доктор Дэниел Ле Гранж**

Как активист ИОРПП, автор книг по данной тематике, а также мать ребенка, преодолевшего ИОРПП, я нахожусь в абсолютном восторге от этой книги. Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи является чрезвычайно важной для изучения и лечения ИОРПП. Эта книга крайне необходима сообществу людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, так как в ней всеобъемлюще и подробно представлена информация, рассмотрены этапы работы и даны актуальные описания клинических случаев. И мне жаль, что ее не было под рукой, когда наша семья изо всех сил пыталась найти ответы.

На протяжении многих лет нашей дочери ставили неверные диагнозы и не понимали ее, пока она не получила подходящее лечение — лечение, очень схожее с методикой, которую Дженнифер Томас и Камрин Эдди представили в этой книге. Я была очень вдохновлена, читая о техниках КПТ-ИОРПП и понимая, что ее этапы соответствуют тому лечению, которое получала наша дочь.

И хотя тема ИОРПП все еще не до конца изучена, это руководство — отправная точка в том, чтобы помочь клиницистам, врачам, терапевтам и даже родителям узнать больше об этом распространенном и очень загадочном расстройстве пищевого поведения, которое поражает детей и взрослых всех возрастов.

Я не могу дождаться того момента, когда эта книга будет опубликована. И я намерена лично связаться с каждым из моих знакомых, борющихся с ИОРПП, и сказать, что им срочно необходимо это руководство!

**Стефани Эллиот**, автор молодежного романа *Sad Perfect*, активист ИОРПП и мать дочери, преодолевшей ИОРПП

# Предисловие

В основе этой книги лежит очень простая идея: постановка диагноза помогает человеку осознать, что у него или его близкого присутствует настоящая проблема. Человек с диагностированным заболеванием осознает, что его обращение за помощью законно и оправданно. Правда, поставив диагноз, сам специалист может оказаться в затруднительном положении. Ведь в этом случае появляется необходимость предоставить человеку специализированную помощь. Но что, если решение проблемы, с которой человек обратился, доселе неизвестно науке?

Поэтому, когда диагноз “избегающее/ограничительное расстройство приема пищи” (ИОРПП) был представлен миру в 2013 г., это было здорово. Но в то же время нам пришлось быть честными с людьми, страдающими от ИОРПП, и их семьями в том, что у нас не было научно обоснованной стратегии лечения данного заболевания. Догадки и предположения — единственное, что мы могли предложить, и эти догадки не всегда соответствовали действительности.

Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения (КПТ-РПП), которая повсеместно используется для лечения взрослых людей с РПП, оказалась неэффективной применительно к данной группе. Однако теперь у нас есть хорошо продуманный и тщательно обоснованный подход, который дает надежду людям с ИОРПП, независимо от возраста. Авторы данного исследования предлагают нам особую форму КПТ, предназначенную для помощи людям с ИОРПП — избегающим/ограничительным расстройством приема пищи (КПТ-ИОРПП). В этой книге рассматриваются сходства и различия в КПТ-ИОРПП и КПТ-РПП.

Авторы этой книги — настоящие первопроходцы в этой теме. Она сочетает в себе данные клинических исследований, разумные теоретические доводы и богатую доказательную базу. Не будет преувеличением сказать, что на сегодняшний день только эта команда авторов смогла составить настолько точный и эффективный протокол диагностики и лечения ИОРПП. Они всесторонне изучили данное

заболевание и использовали результаты своего исследования, а также существующие клинические данные для создания методики лечения, представленной на страницах этой книги.

Дженнифер Томас и Камрин Эдди вместе со своей прекрасной командой нашли способ помочь людям с ИОРПП и их семьям, учитывая всевозможные индивидуальные особенности каждого отдельного случая. Их протокол КПТ-ИОРПП основан на принципах когнитивно-поведенческой терапии, которые были доведены до совершенства благодаря многолетним исследованиям и практическому применению.

Эта книга — настоящий клад полезной информации. Она предлагает нам поэтапную модель терапии, которую можно применить в любом индивидуальном случае. Она содержит доступно изложенный психообразовательный материал, а еще — руководство для родителей, которое поможет им стать активными участниками процесса лечения своих детей. Стадии терапии и задачи, стоящие на каждом этапе, изложены в доступной для читателя форме. В предпоследней главе представлены разнообразные случаи из практики, демонстрирующие модель мышления, необходимую для применения КПТ-ИОРПП на практике. Если у вас возникнут сложности в понимании того, как использовать принципы КПТ-ИОРПП в стандартной практике, случаи, описанные в предпоследней главе, помогут расставить все точки над *i*.

Авторы уверены в том, что работа над изучением и терапией ИОРПП только начинается, и эта проблема будет актуальной в сфере научных исследований и клинических инноваций еще не одно десятилетие. И все же эта книга — наиважнейший шаг в этом направлении, сделанный человечеством на сегодня. Соединив в своей работе результаты научного исследования и клинические данные, авторы смогли дать практикующим врачам знания и навыки, необходимые для эффективной работы с этой непростой клинической группой.

И теперь, если человек с ИОРПП или его родители придут к нам на прием и скажут: “Нам поставили вот такой вот диагноз. Что вы можете сделать?”, у нас будут все ответы и инструменты, необходимые для помощи этим людям. Этот факт меня восхищает, и я уверен,

что вы тоже будете восхищены, когда прочтете это руководство и попробуете его в работе со своими пациентами.

Это руководство просто создано для того, чтобы его применяли сразу же по прочтении. Не думаю, что оно будет пылиться у меня на книжной полке. Оно будет там, где ему и положено быть — на моем рабочем столе. И оно уж точно не будет лежать без дела. Эта книга заслуживает того, чтобы стать настольной для всех практикующих врачей, которые сталкиваются в своей практике с проблемами кормления и пищевого поведения. Дженнифер Томас, Камрин Эдди и их огромная группа исследователей внесли неоценимый вклад в клиническую психологию. Эта книга — доказательство не только их профессионализма, но и их самоотверженного стремления помочь своим пациентам и близким людям.

**Гленн Уоллер** (*Glenn Waller*), д-р философии;  
профессор клинической психологии  
Шеффилдский университет, Великобритания

# Вступительное слово

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП) было введено в психиатрическую терминологию в 2013 г. вместе с публикацией Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам, пятое издание (*DSM-5*). Дав название и подробное описание синдрому, включающему в себя симптомы, с которыми многие пациенты и их семьи пытаются бороться многие годы, Американская психиатрическая ассоциация подарила огромную надежду людям, страдающим от избирательного и ограничительного расстройства приема пищи, а также их близким. Действительно, когда какому-то состоянию дают название и воспринимают его как диагноз, это значит, что это состояние подлежит лечению. В течение последних пяти лет получившие надежду пациенты и их семьи наводнили клиники по всему миру в поисках помощи в лечении ИОРПП. Многие из них приходят за помощью в нашу Программу лечения и исследования расстройств пищевого поведения (Eating Disorders Clinical and Research Program) в Массачусетскую больницу общего профиля в Бостоне.

К сожалению, в 2013 г. специалисты нашего профиля обладали очень скудными знаниями касательно феноменологии и лечения ИОРПП. Хотя уже существовала обширная литература по расстройствам приема пищи у детей и классическим расстройствам пищевого поведения, ИОРПП само по себе было настолько новым, что не существовало четкого стандарта оказания медицинской помощи. Следовательно, применение различных психотерапевтических методик в лечении данного заболевания не приносило желаемых результатов. Это стало серьезной проблемой для практикующих врачей. Что мы могли предложить сотням пациентов и их семьям, которые, получив новый диагноз, пришли к нам с верой в то, что мы им поможем?

В этой книге мы описываем специализированную форму когнитивно-поведенческой терапии — КПТ-ИОРПП. Мы разработали, усовершенствовали и исследовали ее в ответ на эту острую

клиническую необходимость. КПП-ИОРПП была создана для лечения детей, подростков и взрослых в возрасте десяти лет и старше, которые соответствуют критериям ИОРПП, описанным в *DSM-5*, либо проявляют клинически значимые симптомы избегающего или ограничительного пищевого поведения. И хотя еще многое необходимо изучить касательно этиологии, нейробиологии, предотвращения и лечения ИОРПП, пациенты и их семьи нуждаются в помощи уже сейчас. Именно по этой причине и была написана эта книга.

# Благодарности

Разработка данной методики лечения является достижением целой команды людей. Мы хотим поблагодарить всех наших медицинских коллег, научных сотрудников, спонсоров и пациентов, которые помогли нам лучше понять специфику психопатологии ИОРПП и определить потенциально действенные методы лечения. Особую признательность хотим выразить доктору Кендре Бекер (Dr. Kendra Becker), которая была психотерапевтом-исследователем во время пилотного испытания КПТ-ИОРПП и предоставила нам неоценимую информацию, а также помогла внести улучшения в методику лечения и приняла участие в создании раздаточных материалов для пациентов, которые включены в эту книгу. Мы невероятно благодарны Лори Манзо (Laurie Manzo), зарегистрированному диетологу, которая является частью нашей команды. Основываясь на своем практическом опыте, она создала раздаточный материал под заголовком “Наиболее частые дефициты питательных веществ, вызванные ИОРПП”.

Мы признательны всем участникам Программы лечения и исследования расстройств пищевого поведения (EDCRP), предоставившим необходимые данные о ранних методах лечения подобных расстройств пищевого поведения. Этот список включает докторов Рэйчел Либман (Rachel Liebman), Лазаро Зайяса (Lazaro Zayas), Одри Толман (Audrey Tolman), Джуди Крейвер (Judie Craver), Кэтрин Фрайд (Cathryn Freid) и Дебру Франко (Debra Franko).

Мы также хотим поблагодарить бывших и нынешних младших научных сотрудников из EDCPR. Это Кэтрин Конильо (Kathryn Coniglio), Хелен Мюррей (Helen Murray), и Ани Кешишян (Ani Keshishian). Они помогли нам с оформлением множества заявок на получение грантов и предоставлением документов для экспертного совета нашего медицинского учреждения. Это стало огромной поддержкой для проекта.

Создание этого руководства было бы невозможным без наших научных сотрудников, особенно тех, кто принимал участие в нашем

исследования “Нейробиологические и поведенческие механизмы, повышающие риск расстройства избегания/ограничения приема пищи у подростков”, финансируемом Национальным институтом здоровья США. Это доктора Элизабет Лоусон (Elizabeth Lawson) и Надя Микали (Nadia Micali) (главные исследователи в нашем проекте), а также исследователи доктора Мадхусмита Мисра (Madhusmita Misra), Тайло Декерсбах (Tilo Deckersbach), Франциска Плессоу (Franziska Plessow), Мелисса Фрайзингер (Melissa Freizinger), Елана Берн (Elana Bern) и Лидия Шриер (Lydia Shrier). Особую благодарность хотим выразить младшим медицинским сестрам Элайзе Асанзе (Eliza Asanza) и Меган Слэттери (Megan Slattery), а также координаторам исследования Рейтуметсе Пулумо (Reitumetse Pulumo), Оливии Уонс (Olivia Wons), Кристоферу Манкузо (Christopher Mancuso), Алиссе Изкуиэрдо (Alyssa Izquierdo), и Дженни Джо (Jenny Jo) — за их неустанную работу в нейробиологическом исследовании. Мы также хотим поблагодарить доктора Сабину Вилем (Dr. Sabine Wilhem), которая предоставила неоценимые сведения о выработке методов лечения и помогла нам разработать нашу методику КПТ-ИОРПП.

Очень важно сотрудничать с врачами, которые могут помочь в наблюдении за этой группой пациентов. Поэтому мы выражаем свою благодарность коллегам-врачам, которые оказывали медицинскую помощь нашим пациентам с ИОРПП — докторам Марку Голдштайну (Mark Goldstein), Кэтрин Бригэм (Kathryn Brigham), Диане Лемли (Diana Lemly), Нупуру Гупте (Nupur Gupta), Дженнифер Розенблум (Jennifer Rosenblum), и Мелинде Месмер (Melissa Mesmer). Мы также хотим поблагодарить докторов Рэйчел Брайант-Во (Rachel Bryant-Waugh), Люси Кук (Lucy Cooke) и Надю Микали (Nadia Micali) за то, что помогли нам составить “Опросник ИОРПП, пика и руминации”, который позволил внести ясность в наше понимание психопатологии ИОРПП и разнообразия ее клинических проявлений.

Мы искренне благодарны Американской психологической ассоциации, Ассоциации Хильды и Престона Дэйвисов и Всемирному благотворительному фонду по расстройствам пищевого поведения, которые спонсировали пилотное исследование КПТ-ИОРПП,

а также Национальному институту психического здоровья и программе Гарвардского университета под названием “Разум, мозг и поведение”, которые спонсировали наше нейробиологическое исследование ИОРПП.

И последние в этом списке, но отнюдь не последние по важности — наши пациенты с ИОРПП и их родители. Мы благодарим каждого из них за то, что проявили самоотверженность и согласились принять участие в экспериментальном лечении, а также за их мудрость в понимании того, что их участие в исследовании может повысить качество жизни других людей.

## От издательства

Вы, читатель этой книги, — ее главный критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что мы сделали правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно узнать и любые другие ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо или зайти на наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или оставляя сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш электронный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию следующих книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: [info.dialektika@gmail.com](mailto:info.dialektika@gmail.com)

WWW: <http://www.dialektika.com>

# Что такое ИОРПП

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП) дебютировало в диагностическом справочнике *DSM-5* [*American Psychological Association, 2013*] в качестве новой формулировки для расстройства пищевого поведения, встречающегося у младенцев и маленьких детей. Несмотря на то что *DSM-5* дает очень четкое определение ИОРПП, все еще ведутся исследования касательно его распространенности, отличий от классических расстройств пищевого поведения и причин возникновения.

## Определение

Для ИОРПП характерным является образ питания, ограниченный в разнообразии (избегание определенной пищи) и/или объеме (количественное ограничение) и при этом связанный с серьезными медицинскими и психосоциальными последствиями (DSM-5, критерий А). Люди, страдающие от ИОРПП, обычно объясняют свое избегающее или ограничительное пищевое поведение органолептическими свойствами еды (сенсорная чувствительность), боязнью неприятных последствий во время приема пищи (удушьё, рвота) и/или отсутствием интереса к определенной пище (низкий уровень голода, отсутствие удовольствия во время приема пищи). Но ИОРПП — это не просто избирательность в питании или периодический пропуск приема пищи. Для того чтобы диагностировать ИОРПП, такой образ питания должен быть связан со значительными негативными последствиями. Они должны включать один или несколько показателей из следующего списка: существенная потеря или набор веса, недостаток питательных веществ, необходимость в кормлении через зонд либо употреблении в пищу высококалорийных добавок и/или дефекты психологического характера (DSM-5, критерий А). При ИОРПП избегающее/ограничительное пищевое поведение не является следствием культурных норм или недостатка доступной еды (DSM-5, критерий В). Озабоченность весом и фигурой также

не является его причиной (DSM-5 критерий С). В том случае, если избегающее/ограничительное пищевое поведение проявляется совместно с другими психиатрическими или медицинскими заболеваниями, расстройство приема пищи является достаточно веской причиной для того, чтобы обратиться к независимому специалисту с целью постановки сопутствующего диагноза ИОРПП.

ИОРПП является довольно неоднородной диагностической группой. К ней можно отнести, к примеру, школьника, который отличается меньшим ростом и весом, чем его одноклассники. У него плохой аппетит, в младенчестве у него были сложности с питанием из-за срыгивания, а сейчас он употребляет исключительно пищу белого цвета, потому что знает из своего опыта, что она не вызовет у него проблем с пищеварением. Совместный прием пищи в его семье — это всегда непросто, так как он не может есть ту же еду, что и остальные члены семьи. Его родители не знают, что им делать — заставлять его есть больше или оставить в покое. К группе ИОРПП также можно отнести худую старшеклассницу с целиакией, которая после очередного обострения непереносимости глютена ограничила свой и так довольно скудный рацион. В результате она потеряла вес и у нее развился дефицит витаминов. Эта группа расстройств пищевого поведения также может включать взрослого человека с избыточной массой тела, который ест только так называемую “детскую еду”, избегает употребления фруктов, овощей и мясных продуктов и отказывается ходить на свидания, так как стесняется своих предпочтений в еде. И хотя описанные случаи похожи тем, что включают в себя избегающее/ограничительное пищевое поведение, причины ограничений и осложнений медицинского и психологического характера могут различаться.

В 2013 г. диагноз ИОРПП заменил нарушение пищевого поведения у младенцев и детей младшего возраста, которое было зарегистрировано в *DSM-4* и иногда использовалось как диагноз в клинической практике, но почти не исследовалось в научной литературе. Типичными симптомами расстройства питания у младенцев и детей младшего возраста считались потеря веса или недостаточный набор веса, отсутствие сопутствующих медицинских или психиатрических диагнозов, которые могли бы объяснить сложности с кормлением, и первичное проявление в возрасте меньше шести лет. Однако этот диагноз был слишком узким для успешного применения. Например,

исследование, которое было проведено клиникой педиатрических расстройств питания, показало, что только 12% детей отвечают критериям расстройства питания у младенцев и детей младшего возраста [Williams, Riegel & Kerwin, 2009]. Оставшиеся 88% не подходили под этот диагноз, хотя испытывали при этом значительные трудности в питании. Чтобы разрешить эту диагностическую дилемму, рабочая группа DSM-5 внесла в справочник новый диагноз — ИОРПП, — чтобы пересмотреть и расширить предшествующую диагностическую категорию. Прежде всего потому, что, хотя низкая масса тела или недостаточный набор веса являются распространенным последствием избегающего/ограничительного питания, могут возникнуть и другие осложнения. Диагноз ИОРПП позволяет проследить причинно-следственные связи между пищевым поведением, нехваткой питательных веществ, необходимостью энтерального питания или пищевых добавок и дефектами психологического характера. Важно отметить, что эта диагностическая формулировка признает, что избегающее/ограничительное пищевое поведение не всегда приводит к похудению. Оно может проявляться и у лиц с нормальной и даже избыточной массой тела. Действительно, некоторые дети, страдающие от ИОРПП, могут сохранять здоровую массу тела благодаря питанию через зонд или приему высококалорийных пищевых добавок. Другие могут иметь избыточный вес из-за того, что употребляют в пищу преимущественно углеводные и переработанные продукты, которые содержат много калорий. Доказательства в пользу того, что сложности с питанием могут возникнуть у детей как с недостаточной, так и с избыточной массой тела, были предоставлены в ходе исследования, проведенного педиатрической клиникой расстройств питания. В результате этого исследования было обнаружено, что у 71% детей, стоящих на учете в этой клинике, не было недостатка массы тела [Williams et al., 2009].

Примечательно, что, если не учитывать возраст первичного проявления симптомов в качестве критерия к постановке диагноза, можно прийти к выводу, что расстройство избирательного питания не всегда возникает в раннем детском возрасте. Многие люди с очевидным избегающим/ограничительным пищевым поведением, которым сейчас можно поставить диагноз ИОРПП, во времена DSM-4 не смогли бы получить квалифицированную помощь из-за неверно

поставленного диагноза. Возьмем для примера взрослого человека, который относительно нормально принимал пищу до того, как сильно подавился и чуть не задохнулся. После этого случая он начал проявлять избегающее пищевое поведение и потерял значительную часть веса. При *DSM-4* у него диагностировали бы расстройство пищевого поведения без дополнительных уточнений (eating disorder not otherwise specified — EDNOS) и специфическую фобию. В данном случае диагноз “EDNOS” был бы слишком общим и расплывчатым, чтобы охватить всю картину целиком, в то время как диагноз “фобия” оставил бы потерю веса без должного внимания. ИОРПП, в отличие от вышеперечисленных диагнозов, дает возможность все-сторонне охарактеризовать проблему.

И наконец, *DSM-5* акцентирует внимание на том, что ИОРПП может наблюдаться в контексте медицинской или психиатрической коморбидности в том случае, если сложности с питанием требуют внимания со стороны специалистов. Диагноз ИОРПП не дает информации о причинах происхождения проблем с питанием, а значит, помогает определить расстройства пищевого поведения в группах, которые оставались без внимания во времена *DSM-4*. И действительно, хотя люди, относящиеся к определенным группам психиатрических или медицинских проблем, имеют более высокий риск развития сложностей с питанием или кормлением, большинство из этих проблем не требуют лечения, выходящего за рамки того, что можно было бы ожидать на основе первичного диагноза. Недавнее исследование, проведенное нашей командой, показало, что из 2000 молодых людей в возрасте от 8 до 18 лет, стоящих на учете в Бостонской детской гастроэнтерологической поликлинике №19, лишь 1,5% соответствовали критериям диагноза ИОРПП [Eddy et al., 2015]. Несмотря на то что проблемы с питанием и кормлением были распространены в этой группе, лица с заметным избегающим/ограничительным расстройством приема пищи обращали на себя особое внимание.

Проблемы с питанием или кормлением часто встречаются в детском возрасте — приблизительно у 25% детей [Chatoor, 2002; Micali et al., 2011]. Однако ИОРПП особенно выделяется на их фоне из-за стойкости и клинической тяжести этого заболевания. Избирательность в еде у детей встречается наиболее часто, но

нередко она ослабевает или полностью сходит на нет в период среднего детства даже без специфического лечения [Jacobi, Schmitz & Agras, 2008; Mascola, Bryson & Agras, 2010]. В противоположность этому ИОРПП не проходит само по себе. Избегание определенных продуктов и ограничения в питании, характерные для ИОРПП, могут привести к последствиям со стороны физического и ментального здоровья, которые, в свою очередь, могут еще больше усугубить избегающее/ограничительное пищевое поведение и помешать выздоровлению [Thomas et al., 2017a]. Риски, к которым может привести подобный образ питания, включают в себя задержку роста, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, слабость, низкую самооценку, конфликты во время семейных приемов пищи, социальную изоляцию и сложности в отношениях и работе. Действительно, ИОРПП оказывает колоссальное влияние на качество жизни человека. Эпидемиологическое исследование показало, что люди с ИОРПП (46 человек в возрасте от 24 до 60 лет, живущих в Австралии) имели проблемы с ментальным здоровьем, которые сказывались на качестве их жизни. В сравнении со здоровыми людьми люди, страдающие от ИОРПП, чаще неспособны выполнять свои повседневные обязанности из-за проблем физического или эмоционального характера [Hay et al., 2017]. Результаты другого онлайн-исследования перекликаются с этими выводами: 82 взрослых человека с симптомами ИОРПП сообщили о более тяжелом чувстве внутреннего дистресса, чем люди без ИОРПП. Их уровень внутреннего дистресса соответствовал тому, что испытывают люди с другими расстройствами пищевого поведения [Zickgraf, Franklin & Rozin, 2016].

Большая часть знаний об избегающем или ограничительном образе питания основывается на тех источниках о расстройствах питания, которые были опубликованы до 2013 г. Так как ИОРПП — это новый диагноз, исследования в этой области находятся на начальной стадии. Их количество значительно увеличилось после публикации *DSM-5*.

## Распространенность заболевания

Несмотря на то что не так уж и много эпидемиологических исследований были проведены на сегодняшний день, доступная

информация позволяет предположить, что ИОРПП встречается так же часто, как и другие, более известные расстройства пищевого поведения. Проведя опрос населения Австралии, в котором приняли участие подростки и взрослые обоих полов в возрасте 15 лет и старше, [Hay et al., 2017] обнаружили, что частота заболевания ИОРПП в течение трех месяцев составила 0,3% (доверительный интервал 0,1–0,5 для доверительной вероятности 0,95) в 2013 г. и 0,3% (доверительный интервал 0,2–0,6 для доверительной вероятности 0,95) в 2014 г. Примечательно, что эти показатели были близки к показателям других расстройств пищевого поведения (0,4 и 0,5% для нервной анорексии, и 1,1 и 1,2% для нервной булимии). При этом ИОРПП встречалось реже, нежели разнообразные отклонения из категории других расстройств пищевого поведения или питания без дополнительных указаний (OSFED) (3,2%). Еще одно из опубликованных исследований сообщает, что частота заболевания у детей в возрасте от 8 до 13 лет составляет 3,2% (т.е. 46 из 1444 человек). Эти выводы были сделаны на основе опроса, проведенного в школах Швейцарии. В ходе этого опроса ученикам предложили самостоятельно сообщить о своих симптомах, отвечая на вопросы специально созданного опросника [Kurz et al., 2015]. В отличие от других расстройств пищевого поведения, которые встречаются преимущественно у женщин, оба из вышеупомянутых исследований доказывают, что ИОРПП диагностируется одинаково часто у представителей обоих полов [Hay et al., 2017; Kurz et al., 2015]. Более того, исследование, проведенное нашей командой в Бостонской детской гастроэнтерологической поликлинике, показало, что среди молодых людей ИОРПП чаще наблюдается у юношей (в 22 из 33 случаев, что составляет 67%) [Eddy et al., 2015].

Еще несколько исследований освещают частоту возникновения ИОРПП посредством анализа историй болезни в различных направлениях медицины. Этот анализ показывает, что примерно 5% детей [Norris et al., 2014] и около 15% подростков [Fisher et al., 2014; Forman et al., 2014; Ornstein et al., 2013], принимающих участие в программах лечения расстройств пищевого поведения, подходят под описание ИОРПП, если основываться на ретроспективном применении критериев. Еще более высокая частота заболевания

ИОРПП обнаружена у детей в возрасте от 7 до 17 лет, которые находятся на дневной госпитализации в клинике расстройств пищевого поведения [Nicely et al., 2014].

На сегодняшний день имеется недостаток сведений о частоте заболеваемости ИОРПП представителями различных рас и этнических меньшинств. При этом случаи заболевания ИОРПП уже были зафиксированы за пределами Северной Америки, Европы и Австралии. Например, Накай [Nakai et al., 2016] сообщает, что 9–11% людей в возрасте от 15 до 40 лет, обратившихся за помощью в рамках программы лечения расстройств пищевого поведения в Японии, подходят под диагноз ИОРПП. В другом исследовании Танака [Tanaka et al., 2015] сообщает, что 8,9% пациентов с расстройством пищевого поведения, находящихся на стационарном лечении в Японии, имеют диагноз ИОРПП. Еще в одном недавнем докладе сообщается о том, что в Канаде был зафиксирован случай обращения за медицинской помощью в лечении ИОРПП [Schermbrucker et al., 2017]. Пациентом был мальчик школьного возраста колумбийского происхождения.

Эти данные доказывают, что ИОРПП встречается у детей, подростков и взрослых обоих полов и что люди с этим диагнозом получают специализированную медицинскую помощь. Примечателен тот факт, что большинство исследований на эту тему были опубликованы до появления *DSM-5* и, следовательно, до того, как официальный диагноз ИОРПП был признан медицинским сообществом. Все это дает возможность предположить, что в опубликованных отчетах недооценена действительная частота заболевания ИОРПП.

## **Отличие от классических расстройств пищевого поведения**

ИОРПП отличается от нервной анорексии, нервной булимии, приступообразного переедания и родственных форм других указанных расстройств пищевого поведения или питания. Основная отличительная особенность — это то, что при ИОРПП пищевое поведение избегающего или ограничительного характера не мотивировано озабоченностью весом или фигурой. Основной особенностью

классических расстройств пищевого поведения является стремление к идеалу стройности, которое приводит к типичным ограничениям в питании, а также переоценка важности фигуры и веса. При ИОРПП переживания по поводу фигуры и веса, как правило, отсутствуют или находятся в пределах нормы. Типичный пациент с ИОРПП, у которого практически отсутствует интерес к пище, обычно проявляет недовольство собственной худобой и испытывает гордость и удовлетворение в том случае, если ему удастся набрать вес. Напротив, пациентка с низким весом с классическим расстройством пищевого поведения будет выражать заметный страх прибавки массы тела или вести себя так, чтобы препятствовать набору веса, и, как правило, будет испытывать сильную тревогу во время восстановления веса.

Пищевые предпочтения пациентов с ИОРПП и классическими расстройствами пищевого поведения разительно отличаются. Пациенты с ИОРПП предпочитают высококалорийную пищу, богатую жирами и углеводами, в то время как пациенты, страдающие от классических расстройств пищевого поведения, отдают предпочтение низкокалорийным продуктам, которых люди с ИОРПП обычно избегают (например, фрукты и овощи). Проанализировав пищевые дневники пациентов в течение четырех дней, наша команда обнаружила, что люди с ИОРПП употребляют гораздо меньше белка, чем люди с нервной анорексией [Izquierdo et al., 2018]. Примечательно, что ИОРПП также отличается и от других расстройств приема пищи, таких как пика, которое характеризуется приемом непитательных, несъедобных веществ; а также руминации, для которой характерно повторное срыгивание и повторное пережевывание ранее проглоченных продуктов или пережевывание и сплевывание пищи.

Новые исследования предоставляют клинические данные, подтверждающие различия между ИОРПП и классическими расстройствами пищевого поведения. Данные из записей болезни подростковой клиники предполагают, что люди с ИОРПП обычно моложе [Forman et al., 2014; Norris et al., 2014] и гораздо чаще являются представителями мужского пола [Forman et al., 2014; Norris et al., 2014], чем люди с другими расстройствами пищевого поведения.

По сравнению с людьми с нервной анорексией или нервной булимией, люди с ИОРПП предсказуемо набирают более низкие баллы по показателям психопатологии расстройств пищевого поведения [Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014; Ornstein et al., 2017]. Особый интерес представляет различие между пациентами с предполагаемым ИОРПП и пациентами с нервной анорексией, не сопровождающейся боязнью набора веса [Becker, Thomas & Pike, 2009]. В этих случаях поставить точный диагноз бывает довольно сложно, так как оба расстройства протекают с недостатком массы тела на фоне отсутствия заметной тревоги по поводу образа тела [Thomas, Hartmann & Killgore, 2013]. Учитывая, что высказываемые утверждения (например, страх ожирения) не всегда соответствует внутренним убеждениям, наша команда использовала показатели скрытых ассоциаций с диетическим питанием, чтобы изучить различия между этими двумя группами. В выборке девушек-подростков с низким весом мы проверили гипотезу о том, что люди с нервной анорексией, независимо от того, выражают ли они явно страх увеличения веса или нет, имеют скрытые убеждения, по поводу пользы худобы и диеты, в то время как люди с ИОРПП таковых не имеют. В соответствии с нашей гипотезой мы обнаружили, что скрытые пристрастия к диетическому поведению были высокими среди людей с нервной анорексией и не отличались между теми, кто поддерживал или не поддерживал страх ожирения. Напротив, при ИОРПП склонность к диетическому поведению была ниже, чем при нервной анорексии, и эти пациентки не отличались от здоровых людей в контрольной группе [Izquierdo et al., 2017].

Но все же, несмотря на то, что причины избегающего и ограничительного пищевого поведения отличаются, некоторые пациенты с ИОРПП имеют такой же выраженный дефицит массы тела, что и пациенты с нервной анорексией [Nakai et al., 2016; Nicely et al., 2014]. Примечателен тот факт, что лица с ИОРПП и симптомами, схожими с ИОРПП, теряют меньше веса, прежде чем обратиться за медицинской помощью, в сравнении с лицами, страдающими от нервной анорексии [Pinhas et al., 2017; Strandjord et al., 2015]. Лица с ИОРПП испытывают дефицит массы тела задолго до начала лечения, в то время как для лиц с нервной анорексией характерна резкая

потеря веса [Strandjord et al., 2015]. Поговорим о тяжести заболеваний с точки зрения медицинских показателей. В ходе предварительного исследования было обнаружено, что 77% пациентов с ИОРПП (20 из 26 человек) имели плотность костной ткани  $< -1$ , а 25% (7 из 26 человек) —  $< -2$ , т.е. имели признаки остеопороза [Norris et al., 2014]. В этом отдельно взятом исследовании [Norris et al., 2014] потеря костной массы у пациентов с ИОРПП была более значительной, нежели у пациентов с нервной анорексией, хотя и совпадала со значениями, указанными в специальной литературе по нервной анорексии [Misra & Klibanski, 2014].

Психиатрическая коморбидность у пациентов с ИОРПП также немного отличается от сопутствующей психиатрической картины, возникающей на фоне других расстройств пищевого поведения. Тревога и депрессия проявляются с одинаковой частотой у пациентов, страдающих от ИОРПП, нервной анорексии и нервной булимии. А вот другие состояния, такие как расстройства аутистического спектра, вызывающее оппозиционное расстройство и синдром дефицита внимания и гиперактивности, при ИОРПП встречаются гораздо чаще, чем при других расстройствах пищевого поведения. Высокая частота возникновения сложностей с питанием и кормлением при расстройствах аутистического спектра научно доказана и подтверждена многочисленными исследованиями [Berry et al., 2015; Buie et al., 2010; Emond et al., 2010; Lucarelli et al., 2017; McElhanon et al., 2014]. Но в случае с ИОРПП доступно гораздо меньше достоверной информации о психиатрической коморбидности и типах личности. В исследовании группы из 36 детей и подростков, которое наша команда проводит в течение некоторого времени, 39% подходят под критерии сопутствующих психиатрических заболеваний, таких как тревожное расстройство (9 из 36 человек) и СДВГ (4 из 36 человек). Должны признаться, что наше исследование не охватывает полной картины касательно расстройств аутистического спектра, так как одним из условий участия в исследовании было наличие у его участников уровня IQ не ниже 70.

Очень мало информации доступно касательно преобладающих когнитивных стилей при ИОРПП в сравнении с нервной анорексией. В ходе еще одного исследования мы сравнили девушек с дефицитом массы тела, у которых диагностированы ИОРПП и нервная

анорексия. Объектом сравнения стало недооценивание денежного вознаграждения (когда субъективная ценность денежной награды снижается в зависимости от степени отсрочки награды). У тех пациентов, которые страдали от нервной анорексии, недооценивание было на низком уровне. Другими словами, люди, страдающие от нервной анорексии, склонны отказываться от незначительных сиюминутных наград (например, высококалорийная пища) в пользу более крупных наград, которые имеют долгосрочное значение (стройное тело). Наши предварительные данные позволяют предположить, что люди, страдающие от ИОРПП, схожи со здоровыми участниками исследования в том, что они более склонны делать выбор в пользу сиюминутной награды, нежели отсроченной. На основе этих данных можно сделать вывод, что для людей с ИОРПП характерен меньший уровень самоконтроля или больший уровень импульсивности, чем для людей с нервной анорексией (склонных к воздержанию) [Coniglio et al., 2017]. Эти научные данные соответствуют клиническому впечатлению о том, что при ИОРПП пищевые ограничения не несут такой преднамеренный и целенаправленный характер, как при классических расстройствах пищевого поведения.

В конечном счете диагностические совпадения между классическими расстройствами пищевого поведения были неоднократно задокументированы [Eddy et al., 2008; Milos et al., 2005], в то время как подобные совпадения между ИОРПП и другими расстройствами пищевого поведения еще не были изучены. Доступная информация по этой теме позволяет проследить связь между проблемами с питанием в детском возрасте и расстройствами пищевого поведения в подростковом возрасте и во взрослой жизни. Результаты многолетних исследований предполагают, что детские проблемы с пищеварением и привередливость в питании (питание маленькими порциями, излишняя избирательность, медлительность во время приема пищи, сниженный аппетит) повышают шансы заболеть нервной анорексией, в то время как проблемы с пищеварением, извращенный аппетит и следование диетам повышают шансы возникновения нервной булимии [Marchi & Cohen, 1990]. Результаты еще одного исследования показывают, что конфликты, связанные с питанием, и сложности, возникающие во время семейных

приемов пищи и вызванные излишней избирательностью ребенка в питании, также увеличивают риски заболевания расстройствами пищевого поведения в подростковом возрасте [Kotler et al., 2001]. Но в то же время существует вероятность, что у людей с ИОРПП могут возникнуть проблемы с образом тела в течение болезни или даже во время лечения, особенно если у них наблюдается дефицит массы тела. На данный момент наша команда проводит исследование *Neurobiological and Behavioral Risk Mechanisms of Youth Avoidant/Restrictive Eating Trajectories* (Нейробиологические и поведенческие механизмы, повышающие риск избегающего/ограничительного расстройства приема пищи”), которое финансируется Национальным институтом здоровья США (НИЗ) (National Institutes of Health (NIH)). В ходе этой научной работы наша команда исследует течение болезни у лиц с ИОРПП, что позволяет получить новые данные относительно совпадений между ИОРПП и другими расстройствами пищевого поведения.

## Этиология (причина болезни)

Точные причины ИОРПП до сих пор неизвестны. Есть данные, которые позволяют предположить, что существуют биологические факторы, влияющие на возникновение данного расстройства, однако биологические маркеры заболевания недостаточно изучены на сегодняшний день. Поэтому невозможно с уверенностью сказать, какие из биологических факторов являются причиной ИОРПП, а какие просто приводят к избирательности в питании.

Хотя не существует исследований, в ходе которых изучалось бы пищевое поведение близнецов или усыновленных детей с ИОРПП, имеющиеся на данный момент исследования близнецов и усыновленных детей позволяют предположить, что вкусовые предпочтения являются частично генетически обусловленными [Breen, Plomin & Wardle, 2006].

Как показывает опыт, многие из наших пациентов, по их собственному уверению, имеют близких родственников (родителей, родных братьев и сестер) с расстройством избирательного питания. Это доказывает, что генетический фактор повышает шанс развития

болезни. Мы предполагаем, что некоторые биологические факторы, которые находят отражение в сенсорной чувствительности, тревожности и сниженном аппетите, играют роль в возникновении данного заболевания. Об этих гипотезах более подробно сказано в главе 4.

Часть исследований уделяет внимание роли пищевой обстановки в семье и семейной динамике пищевого поведения. Эти наблюдения позволяют выделить типичные черты у детей и подростков со здоровым и нездоровым пищевым поведением [*Savage, Fisher & Birch, 2007*]. Родители играют здесь очень важную роль, предлагая ребенку модель пищевого поведения, создавая атмосферу (теплую и расслабленную либо жесткую и напряженную) и знакомя ребенка с ожиданиями относительно объема и разнообразия пищи, а также оптимальной скорости ее поглощения. Эллин Сэттер (*Ellyn Satter*) описывает своеобразное разделение сфер влияния в кормлении, согласно которому родители решают, когда и где предложить ребенку, а сам ребенок решает, сколько ему есть и есть ли вообще [*Satter, 1986*]. Чтобы помочь детям развивать здоровые пищевые привычки, родители могут предоставлять им широкий выбор полезных продуктов в здоровых количествах [*Savage et al., 2007*]. Существуют доказательства, что у родителей, которые боятся пробовать новую и незнакомую пищу, дети растут с большей привередливостью в питании и страхом незнакомых продуктов [*Dovey et al., 2008*]. Более того, есть данные, доказывающие, что давление со стороны родителей с целью накормить ребенка связано с недостаточной массой тела у детей, в то время как пищевые ограничения со стороны родителей чаще связаны с избыточной массой тела у ребенка [*Birch & Fisher, 2000*]. Однако мы сомневаемся, что именно родители являются причиной возникновения ИОРПП у детей. Применение результатов вышеупомянутых исследований в случаях с детьми, проявляющими чрезмерную избирательность в питании или отчетливые симптомы ИОРПП, остаются неясными, как и рекомендации в таких случаях. Наш опыт показывает, что, прежде чем обратиться за профессиональной помощью, родители пытаются использовать все возможные способы накормить ребенка — давление и отсутствие давления, поощрение и наказание. Становится понятно, что рекомендации, которые работают для большинства здоровых детей, не могут быть применены в случае с детьми, страдающими ИОРПП.

Конечно, есть и другие факторы окружения, которые не позволяют родителям предложить своим детям широкий выбор полезных продуктов. К этим факторам относятся субсидии на развитие сельского хозяйства, повсеместная реклама еды быстрого приготовления, а также высокая стоимость свежих фруктов и овощей в сравнении с переработанными продуктами [46]. Более того, возрастающее число “детских меню” и пищевых продуктов, нацеленных на детскую аудиторию (готовые обеды, йогурты и пюре в удобной упаковке), наличие которых сужает пищевое разнообразие у подрастающего поколения, также вносят свою лепту в развитие избегающего или ограничительного пищевого поведения.

Наряду с биологическими факторами и влиянием окружения существуют медицинская и психиатрическая коморбидность — сопутствующие заболевания, которые добавляют сложностей в процесс кормления и могут заложить фундамент для развития ИОРПП. Например, пищевые аллергии, из-за которых приходится ограничивать определенные группы продуктов, могут усилить непереносимость другой пищи и привести к избеганию еще большего количества продуктов. Аналогично расстройства аутистического спектра, для которых характерны повышенная сенсорная чувствительность и отсутствие когнитивной гибкости, дают толчок появлению избирательности в питании, которая, в свою очередь, у некоторых детей закрепляется и перерастает в расстройство пищевого поведения. В дополнение к этому достижения медицины за последние десятилетия позволили увеличить статистику благоприятного исхода преждевременных родов. Недоношенные младенцы зачастую имеют низкий вес при рождении и медицинские осложнения, которые могут повлиять на питание в первые месяцы жизни [Kumar et al., 2017; Villar et al., 2018] и увеличить риск развития расстройств пищевого поведения в будущем.

Подводя итог вышесказанному, стоит отметить, что клиническая значимость ИОРПП очевидна. Это расстройство оставляет значительный след в питании и психологическом здоровье. Все свидетельства указывают на то, что расстройство избегания/ограничения приема пищи — это реальная, определяемая и при этом довольно сложная проблема. ИОРПП встречается так же часто, как и другие

расстройства пищевого поведения, поражает представителей всех полов и возрастных групп. Хотя это заболевание имеет общие черты с классическими расстройствами пищевого поведения, включая избегающие и ограничительные модели пищевого поведения, медицинские риски и сопутствующую тревожность, ИОРПП выделяется на фоне других подобных заболеваний. Классические расстройства пищевого поведения отличаются от ИОРПП тем, что их центральная психопатология — это озабоченность весом и фигурой. Клинические наблюдения и предварительные результаты исследований указывают на коморбидность и особенности личности, которые отличают ИОРПП от нервной анорексии и нервной булимии. Разумеется, сходство между ИОРПП и расстройствами пищевого поведения, сложностями в кормлении и тревожными расстройствами позволяет сделать предположение, что схожие терапевтические стратегии могут быть использованы в ходе лечения этих заболеваний.



# Обзор существующих методов лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения, и тревожных расстройств

Если рассматривать ИОРПП с клинической точки зрения, это заболевание имеет общие черты с расстройствами приема пищи у детей и классическими расстройствами пищевого поведения, а также с тревожными расстройствами. Поскольку существует доказательная база, говорящая об эффективности психотерапии в лечении этих расстройств, логичным будет предположить, что когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи впитала в себя основные принципы и отдельные техники лечения как расстройств пищевого поведения, так и тревожных расстройств (табл. 2.1).

Однако в связи с тем, что ИОРПП — это относительно новое и довольно сложное заболевание, существуют важные ограничения относительно применения существующих моделей терапии. Ниже мы приводим научно обоснованные методы лечения расстройств приема пищи, пищевого поведения и тревожных расстройств, обсуждаем потенциал их применения в лечении ИОРПП и подчеркиваем сложности в их адаптации, порождающие необходимость в принципиально новом подходе (т.е. КПТ-ИОРПП).

## Расстройства приема пищи у детей

Поскольку ИОРПП является новой формулировкой расстройства приема пищи у младенцев и маленьких детей, действенные техники увеличения объема и разнообразия поглощаемой пищи, используемые в лечении детей этой диагностической группы, могут быть применимы и к детям, страдающим от ИОРПП. Существует множество разнообразных методов лечения расстройств приема

**Таблица 2.1.** Существующие методики лечения, из которых КПТ-ИОРПП позаимствовала принципы и техники

Название расстройства	Методика лечения	Принципы и техники, позаимствованные КПТ-ИОРПП
Расстройства приема пищи у детей	ПАП (прикладной анализ поведения)	Управление обуславливающими последствиями Позитивное подкрепление Контроль стимулов (т.е. уменьшение требований относительно размеров порции еды, поглощенной за один укус)
	СД (систематическая десенсибилизация)	Градуированная экспозиция с незнакомыми ранее продуктами питания (посмотреть, потрогать, понюхать и только после этого попробовать) Многократная экспозиция с целью усиления привлекательности
Расстройства пищевого поведения	КПТ расстройств пищевого поведения (КПТ-РПП)	Психообразование касательно побочных эффектов недостатка массы тела Длительное лечение пациентов с недостатком массы тела Самоконтроль приема пищи Регулярное питание Когнитивно-поведенческая формулировка случая Планирование мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов
	Терапия нервной анорексии, основанная на семье	Родительское управление процессом восстановления недостатка питательных веществ и контроль основных приемов пищи и перекусов (для детей с недостаточной массой тела) Семейные приемы пищи (для детей с недостаточной массой тела)
Тревожные расстройства	КПТ специфической фобии	Психообразование о неэффективности реакций избегания в снижении уровня тревоги в долгосрочной перспективе Составление иерархии страхов и избегания Экспозиция с вызывающими страх внешними стимулами Самооценка по шкале субъективного дистресса (СШД)
	КПТ панического расстройства	Психообразование о повышенной восприимчивости к внутренним стимулам Экспозиция с вызывающими страх внутренними стимулами Самооценка по шкале субъективного дистресса (СШД)

пищи у детей, но их все можно разделить на две группы: поведенческую терапию и техники систематической десенсибилизации в игровой форме.

**Существующие подходы.** Поведенческая терапия — это единственная методика лечения расстройств приема пищи у детей с экспериментально доказанной эффективностью [Lukens & Silverman, 2014; Sharp et al., 2010]. Большинство научных работ, посвященных изучению способов лечения расстройств приема пищи у детей, либо базируются на одном индивидуальном случае [Sharp et al., 2010], либо не являются рандомизированными исследованиями [Lukens & Silverman, 2014].

Типичные способы лечения, основанные на прикладном анализе поведения (ПАП), включают в себя методики, направленные на погашение нежелательного поведения, дифференциальное подкрепление, обогащение среды и контроль стимулов [Sharp et al., 2010; Williams & Foxx, 2001; Williams & Seiverling, 2016]. Методики, наиболее часто встречающиеся в научных публикациях, представляют собой комбинацию вышеперечисленных техник.

Суть методик, направленных на погашение нежелательного поведения, состоит во введении разумных требований касательно кормления, оставляя без внимания проблемное поведение. Например, ребенок отказывается от какой-либо еды, плачет и зажимает рот во время приема пищи. В этом случае терапевт может попробовать поднести ложку ко рту пациента и держать ее там до тех пор, пока пациент не откроет рот и не съест хотя бы кусочек. Используя методики дифференциального подкрепления, терапевт подкрепляет положительное пищевое поведение (например, предоставляя словесное или материальное вознаграждение за съеденный кусочек) и игнорирует нежелательное поведение (если ребенок зажимает рот, давится, выплевывает пищу). Чтобы обогатить среду в которой происходит прием пищи, терапевт может предоставить безусловный доступ к предметам, предпочитаемым пациентом (книги, игрушки, телевидение), на все время кормления, вне зависимости от пищевого поведения пациента. А контроль стимулов подразумевает под собой снижение требований к кормлению с целью сделать принятие пищи более вероятным, например предлагая пюре вместо

твердой формы той же пищи или очень маленькие порции незнакомых продуктов. И, конечно, почти все стратегии лечения педиатрических расстройств кормления включают в себя обучение родителей с целью обеспечить наличие всех необходимых навыков кормления не только в клинике, но и дома.

Систематическая десенсибилизация в игровой форме — это еще одна техника, которая часто применяется в клинической практике. Подход последовательного орального сенсорного анализа (SOS) [Toomey, Ross & Kortsha, 2014] является примером подобной техники. Несмотря на то что SOS включает в себя элементы поведенческой и логопедической терапии, а также эрготерапии, в основе этой методики лежит использование игры для систематической десенсибилизации к новой пище и, соответственно, снижения уровня тревоги.

Используя SOS, терапевт предоставляет ребенку широкий выбор пищевых продуктов, не предлагая при этом сразу же есть их. Для начала пациенту предлагается поиграть с едой и исследовать ее при помощи органов чувств: посмотреть на еду, потрогать ее, понюхать, облизнуть и, наконец, попробовать, сохраняя именно такую последовательность действий [Toomey et al., 2014]. Например, терапевт может сделать вид, что кусочек яблока — это грузовик. Для начала он может играть самостоятельно, передвигая яблоко по столу и, когда ребенок начнет проявлять интерес, терапевт может приблизить яблоко к руке ребенка. Когда ребенок будет комфортно чувствовать себя, тактильно изучая яблоко, оно может превратиться в самолет, с жужжанием летающий вокруг головы пациента, подлетая все ближе к его носу и рту. Этот подход дает надежду, что, к тому моменту, когда еда будет находиться достаточно близко ко рту пациента, он будет чувствовать себя достаточно комфортно рядом с новым продуктом питания и будет испытывать возрастающее желание понюхать, лизнуть или попробовать его.

В отличие от строго поведенческой методики, при использовании этого подхода, в котором ребенку отводится ведущая роль, требования во время кормления являются не столь ярко выраженными. Другими словами, терапевт, использующий SOS, не применяет прямого давления и вместо этого следует за инициативой ребенка в его готовности откусить кусочек еды. Одно из исследований показало,

что систематическая десенсибилизация является настолько же эффективной, как и методика оперантного обусловливания в повышении уровня принятия новых продуктов питания детьми с чрезмерной избирательностью в питании [Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015]. Однако другие элементы SOS, такие как игровые техники, эрготерапия и логопедическое лечение, тоже часто используются медицинским сообществом, несмотря на то, что они не настолько хорошо изучены в сравнении с поведенческими методами лечения [Lukens & Silverman, 2014; Sharp et al., 2014].

**Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП.** Другие исследовательские группы делятся описанием историй болезни и исследованием серии случаев применения методик управления последствиями [Murphy & Zlomke, 2016; Nicholls et al., 2001] и систематической десенсибилизации [Nicholls et al., 2001; Zucker, Covington & Petry, 2015] в лечении ИОРПП и схожих расстройств. Во время разработки КПТ-ИОРПП мы позаимствовали некоторые техники из прикладного анализа поведения, включая управление обуславливающими последствиями (например, пациент получает вознаграждение в том случае, если согласится взаимодействовать с новым продуктом), дифференциальное подкрепление (похвала пациенту в том случае, если он попробовал новый продукт) и контроль стимулов (например, позволять пациенту пробовать маленькие порции при первом знакомстве с новыми продуктами). Мы также применяем систематическую десенсибилизацию при введении незнакомых пищевых продуктов (зрение, осязание, обоняние, вкус) и многократную предложение новых продуктов с целью увеличения привлекательности пищи [подобно Zucker et al., 2015 и Toomey et al., 2014].

Мнение специалистов касательно лечения расстройств пищевого поведения у детей не лишено расхождения во взглядах, особенно в том, что касается необходимого уровня давления, которые терапевт или родители должны оказывать на ребенка с целью изменить его пищевое поведение. В то время как большинство поведенческих методик используют многократное предложение продуктов, которые ребенок не любит, и позитивное подкрепление процесса поглощения пищи, некоторые клиницисты считают, что родители не должны

заставлять своих детей есть, так как это может негативным образом сказаться на отношениях детей и родителей и привести к тому, что ребенок будет и дальше отказываться от пищи [Rowell, McGothlin & Morris, 2015; Satter, 1987]. Наш взгляд на эту проблему, отраженный в КПТ-ИОРПП, состоит в том, что, хотя мягкий подход без ожидания определенного поведения и применяется для работы с нормально развивающимися детьми, ИОРПП — это психиатрическое расстройство, которое в большинстве случаев требует интенсивных интервенций с целью изменения пищевого поведения и укоренившихся пищевых привычек, которые оказывают пагубное влияние на здоровье, а иногда и представляют угрозу для жизни пациента.

**Ограничения в использовании применительно к ИОРПП.** Существуют определенные ограничения в том, что касается использования методик лечения расстройств приема пищи у детей в терапии ИОРПП. Эти ограничения наиболее ярко выражены в случае с расстройствами пищевого поведения у младенцев, а также детей дошкольного и дошкольного возраста [Benoit et al., 2000; Byars et al., 2003; Chatoor, 2009; Cooke & Webber, 2015; Grer et al., 2007; Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015; Paul et al., 2007; Pizzo et al., 2009; Toomey, 2014; Williams et al., 2008]. Методики для работы с маленькими детьми зачастую включают в себя техники, которые уже не могут быть успешно применены в случаях расстройств пищевого поведения у детей среднего школьного возраста, подростков и взрослых. Например, методика, при которой необходимо держать ложку у рта пациента, подразумевает, что родитель или опекун непосредственно физически кормит пациента. Подобно этому большинство видов вознаграждения, которые используются во многих программах управления обуславливающими последствиями при лечении расстройств приема пищи у детей (например, наклейки, дополнительное время для игр), не являются привлекательными для подростков и взрослых. Также стоит упомянуть, что стратегии лечения расстройств приема пищи у детей в большинстве своем являются строго поведенческими и не обращаются к когнитивным искажениям, которые могут являться причиной избегающего или ограничительного пищевого поведения у пациентов когнитивно более зрелых.

## Расстройства пищевого поведения

Классические расстройства пищевого поведения, такие как нервная анорексия и нервная булимия, имеют очевидную схожесть с ИОРПП, особенно в том, что касается ограничительного пищевого поведения и — в большинстве случаев — недостаточной массы тела. Наиболее изученными методиками лечения расстройств пищевого поведения с богатой доказательной базой являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [Fairburn, 2008; Waller et al., 2007] для лечения подростков и взрослых с нервной булимией, компульсивным перееданием и другими расстройствами пищевого поведения без дополнительных диагностических указаний или приема пищи, и терапия, основанная на семье (FBT) для лечения детей и подростков с нервной анорексией [Lock & Le Grange, 2015].

**Существующие подходы.** Пожалуй, наиболее известной формой КПТ с последовательным описанием шагов является усиленная когнитивно-поведенческая терапия (УКПТ), предложенная Фейрберном [Fairburn, 2008]. УКПТ включает в себя четыре этапа, состоящие из 20 сессий (количество сессий может быть увеличено до 40 в случаях с пациентами с недостаточной массой тела).

На первом этапе пациента направляют на терапию, проводя психообразовательные мероприятия относительно связи, существующей между диетическими ограничениями и компульсивным перееданием, неэффективности компенсаторного поведения в предотвращении усвоения калорий из пищи и предсказуемых психологических и физических последствий приема недостаточного количества пищи. Терапевт просит пациента самостоятельно контролировать все приемы пищи, при этом отдавая себе отчет в своих мыслях и чувствах. Это необходимо для того, чтобы определить существующие паттерны пищевого поведения. Основываясь на результатах этого самоконтроля, терапевт может создать индивидуальную формулировку, которая определяет механизмы, поддерживающие расстройство пищевого поведения, а также сферы, в которых необходимо произвести определенные интервенции. После этого терапевт составляет расписание регулярных приемов пищи с целью предотвращения у пациента настолько сильного чувства голода, что эпизод компульсивного переедания станет неизбежным. Еще одна

цель индивидуального плана питания — увеличить количество потребляемых калорий в том случае, если у пациента наблюдается недостаток массы тела.

На втором этапе пациент и терапевт оценивают прогресс на данный момент времени, определяют существующие препятствия на пути к выздоровлению и выбирают, с какими механизмами, поддерживающими расстройство пищевого поведения, будут работать на третьем этапе.

В течение всего третьего этапа терапевт внедряет программы, подобранные индивидуально в соответствии с особенностями и потребностями каждого отдельного пациента. Например, если для пациента является характерной озабоченность весом и фигурой, терапевт помогает пациенту определить другие сферы жизни, о которых он не может позаботиться должным образом из-за своего расстройства пищевого поведения, и воодушевить пациента на то, чтобы он начал уделять этим сферам больше внимания. Если пациент постоянно взвешивается или измеряет объемы тела, терапевт помогает ему уменьшить частоту этих действий. В зависимости от индивидуальных проявлений расстройства пищевого поведения у пациента, терапевт также может предложить ему поработать с перфекционизмом, перепадами настроения, низкой самооценкой и/или сложностями в межличностных отношениях.

На четвертом этапе пациент сфокусирован на том, чтобы предотвратить рецидив заболевания. Этот этап также включает в себя создание планов на будущее.

Другие виды КПТ расстройств пищевого поведения содержат похожие методики и техники [Waller et al., 2007]. Терапия, основанная на семье, — подход в лечении нервной анорексии у подростков с наибольшей доказанной эффективностью [Lock & Le Grange, 2015]. Этот вид терапии основывается на предположении, что молодые люди не способны самостоятельно контролировать свои симптомы, а значит, родительский контроль в питании является жизненно необходимым. Терапия, основанная на семье, включает в себя три этапа из более чем 20 сессий.

На первом этапе терапевт делает все, чтобы донести до пациента и его родителей всю серьезность нервной анорексии и сложность

восстановления, а также организывает семейный обед в рамках сессии, в ходе которого обучает родителей техникам, при помощи которых они могут мягко убедить своего ребенка съесть больше пищи. Терапевт просит родителей контролировать все приемы пищи и перекусы ребенка на этом этапе, чтобы убедиться, что пациент поглощает достаточно калорий для восстановления здорового веса. На протяжении оставшейся части первого этапа терапевт помогает родителям отделить болезнь от пациента (т.е. определить границу между здоровой частью психики пациента и нервной анорексией), уменьшая количество критики, направленной в сторону ребенка, и поддерживая дальнейший набор веса.

Когда вес пациента достигает здоровой отметки, терапевт переходит ко второму этапу. На этом этапе родители могут немного поэкспериментировать с тем, чтобы вернуть пациенту некоторую долю контроля над его питанием (например, позволять ему самостоятельно накладывать пищу в свою тарелку, перекусывать без родительского надзора).

И наконец, на третьем этапе терапевт помогает определить, какие пробелы в развитии были допущены в связи с расстройством пищевого поведения, а также помогает пациенту вернуться к нормальному развитию (например, начать ходить на свидания, уехать учиться в другой город).

**Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП.** Так как ИОРПП и другие расстройства пищевого поведения во многом схожи, некоторые практикующие специалисты описывают использование таких техник, как психообразование относительно последствий дефицита массы тела [Lesser et al., 2017], а также самоконтроль потребляемой пищи и сопутствующих мыслей и чувств [Nicholls et al., 2001] в терапии ИОРПП. Терапия, основанная на семье, также была адаптирована для лечения пациентов с избегающим или ограничительным пищевым поведением [Fitzpatrick et al., 2015; Lesser et al., 2017; Murray et al., 2013; Ornstein et al., 2017; Rhodes, Prunty & Madden, 2009]. Однако применение этих методик было описано только в историях болезни, сериях случаев и ретроспективном анализе медицинских карт, и на данный момент не существует опубликованных руководств по их использованию.

КПТ-ИОРПП включает в себя некоторые принципы и техники, позаимствованные из научно-обоснованных методик терапии расстройств пищевого поведения. Из УКПТ КПТ-ИОРПП позаимствовала психообразование о последствиях недостаточной массы тела, самоконтроль количества потребляемой пищи, создание индивидуального плана, регулярное питание, более длительное лечение для пациентов с недостаточной массой тела, а также планирование, направленное на предотвращение рецидивов. КПТ-ИОРПП также схожа с УКПТ в том, что обе эти методики являются универсальными и разработаны для лечения разнообразных групп пациентов в силу того, что терапевт (на третьем этапе) выбирает методики и техники, наиболее подходящие под индивидуальные потребности каждого отдельно взятого пациента.

Из терапии, основанной на семье, КПТ-ИОРПП позаимствовала родительский контроль над питанием, надзор над приемами пищи и перекусами, а также проведение семейных приемов пищи в случае с пациентами с недостаточной массой тела. Более того, подобно терапии, основанной на семье, КПТ-ИОРПП в сочетании с внутрисемейным контролем призывает всех членов семьи объединиться ради победы над болезнью. При лечении нервной анорексии участие всей семьи является чрезвычайно важным в силу эгосинтонической природы ограничений в питании. Несмотря на то что ИОРПП по своей природе является не настолько эгосинтоническим, как нервная анорексия, участие всей семьи в процессе терапии ИОРПП является настолько же важным. К такому выводу позволяет прийти тот факт, что молодым людям с ИОРПП зачастую недостает понимания того, что их пищевое поведение является проблемным, и, соответственно, они имеют низкую мотивацию к изменению пищевых паттернов.

**Ограничения в использовании применительно к ИОРПП.** В силу важных различий между ИОРПП и классическими расстройствами пищевого поведения, невозможно применить существующие методики без значительной модификации. Идея, лежащая в основе УКПТ, состоит в том, что основной психопатологией расстройств пищевого поведения является чрезмерная озабоченность весом и фигурой в определении самооценности. Так как при ИОРПП проблемы с образом тела отсутствуют, большинство действий, совершаемых на третьем этапе

УКПТ, являются неприменимыми в лечении данного заболевания. Например, нет необходимости оценивать частоту измерения объемов тела или проследивать взаимосвязь между нарушением диетических правил и изменениями веса пациента, так как озабоченность фигурой и весом у людей с ИОРПП не выходит за границы нормы.

Подобно этому, невозможно использовать терапию, основанную на семье в случае с ИОРПП без значительной модификации. Главная задача терапии, основанной на семье — это набор веса, но далеко не все пациенты с ИОРПП имеют дефицит массы тела. Даже если масса тела пациента является недостаточной, принципы использования этой методики при нервной анорексии и ИОРПП будут различаться. В лечении нервной анорексии терапевт должен провести пациента и его родителей через настоящий кризис, детально описывая то, как стремительная потеря веса может привести к смерти от голода. В случае с ИОРПП пациенты зачастую имеют хронически низкую массу тела, а значит, подобные действия терапевта теряют свою необходимость. В лечении пациентов с ИОРПП с недостаточной массой тела терапевт должен сосредоточить внимание на наборе веса, а не на его восстановлении, проводя дополнительные психологические мероприятия и объясняя родителям, что их участие в процессе лечения является необходимым для достижения успеха.

И последняя отличительная черта — это то, что терапия, основанная на семье, фокусируется на увеличении объема поглощаемой пищи, а не на ее разнообразии. Когда подросток страдает от нервной анорексии, родители помогают ему набрать вес, увеличивая размер порции тех высококалорийных продуктов, которые были ранее приняты пациентом. В отличие от этого, при ИОРПП можно достичь набора веса, увеличивая объем высококалорийной пищи, предпочитаемой пациентом. Но все же зачастую присутствует необходимость введения новых продуктов питания для достижения необходимого пищевого разнообразия.

## Тревожные расстройства

Для тревожных расстройств характерными являются чрезмерный страх или предчувствие будущей угрозы. При ИОРПП ограничение

или избегание определенных продуктов также зачастую связано с тревогой. В этом ИОРПП схоже со специфическими фобиями, посттравматическим стрессовым расстройством и паническим расстройством. Пациенты с сенсорной чувствительностью жалуются на боязнь незнакомых продуктов и переживают, что новая пища вызовет у них отвращение. Пациенты со страхом неприятных последствий предчувствуют, что акт приема пищи станет причиной травмирующей ситуации. В случае с ИОРПП, особенно когда пациент проявляет отсутствие интереса к приему пищи, или к пище как таковой, у пациентов наблюдается чрезмерная чувствительность к физическим ощущениям (например, чувство сытости), которые они зачастую воспринимают как неприятные или даже потенциально опасные.

Нормальной реакцией на тревогу является избегание стимула, провоцирующего эту тревогу. Избегание позволяет достичь чувства облегчения за короткое время, просто убрав стимул, порождающий страх, но может усилить тревогу в долгосрочной перспективе. Немедленное снижение уровня тревоги, следующее за избеганием, поддерживает избегающее поведение. В конечном итоге, это не позволяет человеку встретиться лицом к лицу со своим страхом и либо опровергнуть опасения, либо научиться справляться с пугающими последствиями.

**Существующие подходы.** КПТ является очень эффективной в лечении тревожных расстройств [например, *Craske, Antony & Barlow, 2006; Craske & Barlow, 2007*]. В данном случае основой методик является экспозиция со стимулами, вызывающими страх с целью коррекции. Это значит — встретиться лицом к лицу со своими страхами. Экспозиция может быть воображаемой либо же непосредственной, *in vivo*, а стимулы — внешними (продукты, вызывающие страх у пациента) или внутренними (ощущение сытости). Методика экспозиции является продолжением способов лечения, описанных в ранних исследованиях практики систематической десенсибилизации как трансдиагностической терапии тревоги. Систематическая десенсибилизация, включая воображаемую или непосредственную экспозицию со стимулом, вызывающим тревогу, совместно с одновременным использованием техник расслабления (например, глубокое дыхание), считалась конкурирующей реакцией.

Последующие исследования показали, что экспозиция снижает уровень тревоги даже без сопутствующего расслабления, а непосредственная экспозиция является более эффективной, чем воображаемая [Barlow, Leitenburg, Agras & Wincze, 1969]. Ниже мы приводим обзор практик применения экстероцептивной и интероцептивной экспозиции в управлении тревогой. Мы делаем особый акцент на стратегиях, используемых в лечении специфических фобий и панического расстройства, учитывая, что эти методики часто применяются в КПТ для лечения тревожных расстройств.

Экспозиция показала высокую эффективность как метод лечения для специфических фобий. Для специфических фобий, которые являются чрезмерным страхом определенных стимулов или ситуаций (например, змей, пауков, закрытых пространств), этот метод предполагает постепенное приближение к встрече с пугающим стимулом как противоположность избеганию. КПТ специфических фобий начинается с проведения психообразовательных мероприятий о природе тревоги и страха с целью донести до пациента мысль, что для человека является естественным испытывать страх перед определенными ситуациями и стимулами, особенно если они представляют опасность для выживания. Например, если человек перенес желудочный грипп, он может впоследствии бояться есть те продукты, которые употреблял непосредственно накануне того, как у него началась рвота, даже если эти продукты не были непосредственной причиной болезни. Это объясняется верой в то, что осторожность в еде поможет предотвратить болезнь в будущем. Объяснение заранее возникающего страха и путей формирования страха может стать инструментом, помогающим создать почву для экспозиции как основной терапевтической техники.

Пациентам предлагают определить и оценить — используя шкалу субъективного дистресса — пугающие стимулы, связанные с ними физические ощущения и любые поведенческие реакции, призванные избежать пугающих стимулов или обезопасить себя от их воздействия. Это необходимо для того, чтобы сформулировать иерархию страхов и избегания. Пациентов просят определить мысли и предсказания, вызванные каждым из стимулов, для того чтобы протестировать их при помощи поведенческих экспериментов (таких как экспозиция).

Экспозицию используют в качестве наиболее эффективного метода в борьбе со специфическими страхами. Понимание того, чего именно пациент боится больше всего в каждой из приведенных в иерархии ситуаций, позволяет терапевту наилучшим образом поддержать пациента в подготовке к встрече с пугающими последствиями и таким образом помочь ему получить новый опыт. При поддержке терапевта пациент составляет свою персональную иерархию страхов и избегания, оценивая пугающие стимулы и распределяя их от наименее до наиболее тревожащих в соответствии со шкалой СД.

Экспозиция должна быть довольно длительной и применяться необходимое количество раз для того, чтобы новый опыт успел закрепиться и дать пациенту возможность принять тот факт, что его плохое предчувствие вряд ли осуществится. А если это и произойдет, он может справиться с последствиями, как и с возникающей тревогой. Экспозиция в воображении может быть использована на начальных этапах терапии в качестве подготовки к непосредственной экспозиции. И хотя поведение, направленное на избегание опасности, и может быть использовано при первых попытках экспозиции, пациент должен работать над тем, чтобы избавиться от него и закрепить более эффективные модели поведения.

Для пациентов, испытывающих чувство страха или связанные с ним физические ощущения, интероцептивное воздействие различных телесных проявлений (учащенное сердцебиение, нехватка воздуха) может также стать важной частью лечения и даже может быть использовано совместно с экстероцептивным воздействием. При помощи терапевта пациент постепенно продвигается по иерархии страхов, каждый раз оценивая их по шкале СД и формируя новое понимание того, что его страхи преувеличенны и что он сможет справиться с пугающими последствиями.

Стоит обратить особое внимание на тот факт, что не существует установленного количества экспозиций, необходимых для избавления от специфических фобий. В действительности, даже единоразовая экспозиция может быть эффективной [Ollendick & Davis, 2013; Zlomke & Davis, 2008]. Но для того, чтобы ее эффект был закреплен в долгосрочной перспективе, необходимым является регулярное повторение. Теперь стало понятно, что выработавшиеся связи с переживанием

чувства страха не угасают, а, скорее, появляется новое знание о том, что пугающие стимулы и ситуации на самом деле не несут в себе ничего ужасного. Чтобы снизить риск возвращения страха стали использовать множество стратегий, позволяющих генерализировать новый опыт. Например, пациентам рекомендуют использовать любую возможность подвергнуть себя экспозиции с пугающими стимулами, когда они возникают и в разных контекстах [*Craske et al., 2006*].

Паническое расстройство характеризуется повторяющимися приступами паники, которые представляют собой отдельные эпизоды сильного страха, связанные с физическими признаками, присущими внезапной активации реакции «бей или беги» и часто переживаются как происходящие без каких-либо причин. Когда система «бей или беги» активируется без какой-либо внешней угрозы, человек воспринимает эти симптомы как знак того, что что-то не так внутри его организма («Я, наверное, умираю»). В итоге человек с паническим расстройством начинает бояться физических симптомов, которые воспринимает как опасные для жизни. При паническом расстройстве неожиданные внутренние ощущения порождают чувство страха, которое еще больше усиливает реакцию организма [*Boettcher, Brake & Barlow, 2016*].

Терапия панического расстройства включает в себя предоставление психообразовательных материалов о том, что паника и тревога — это состояния, являющиеся естественными для организма, а физические проявления, возникающие во время панической атаки — это адаптивная реакция организма на опасность или страх. Пациента обучают тому, что симптомы тревоги не являются опасными. Тревога — это механизм выживания, встроенный в наше тело. Но в случае с паническим расстройством пациент уделяет слишком много внимания этим внутренним сигналам, неверно их интерпретирует, а после начинает бояться. На следующем этапе, после ознакомления пациента с вышеперечисленными данными о тревоге, его подвергают экспозиции с этими физическими ощущениями с целью снизить страх перед ними. Интероцептивная экспозиция проводится так же постепенно и последовательно, как и экстероцептивная, с целью помочь пациенту привыкнуть к этим ощущениям и приобрести новый опыт.

**Принципы и техники, используемые КПТ-ИОРПП.** В силу некоторых совпадений между ИОРПП и тревожными расстройствами существуют опубликованные случаи применения техник КПТ, направленных на уменьшение тревоги, применительно к ИОРПП [Bryant-Waugh, 2013; Fisher, Luiselli & Dove, 2015; King, Urbach & Stewart, 2015; Lopes et al., 2017]. В научной литературе также были представлены принципы использования этих техник в контексте терапии, основанной на семье [Lesser et al., 2017; Ornstein et al., 2017].

КПТ-ИОРПП также были позаимствованы некоторые принципы КПТ тревожных расстройств, особенно в том, что касается работы со страхом неприятных последствий приема пищи и отсутствия интереса к приему пищи. Если быть более точными, мы проводим психобразовательные мероприятия, рассказывая о неэффективности избегания с целью снижения уровня тревоги в долгосрочной перспективе. Мы воссоздаем иерархию страхов и избегания, чтобы ввести практику экспозиции с внешними стимулами и внутренними ощущениями с целью приобретения нового опыта. Экстероцептивная экспозиция является особенно эффективной в работе с пациентами, проявляющими страх неприятных последствий; мы используем ее в качестве первичной техники работы с этим механизмом, поддерживающим ИОРПП. На третьем этапе КПТ-ИОРПП пациенты со страхом неприятных последствий приема пищи постепенно подвергаются экспозиции с пугающими продуктами. Интероцептивная экспозиция также представляется действенной в работе с механизмами страха в тех случаях, когда пациент, к примеру, избегает приемов пищи из-за страха тошноты.

Подобно техникам, описанным в КПТ специфических фобий, в рамках КПТ-ИОРПП пациентов просят провести оценку по шкале СД при каждой экспозиции. А из КПТ панического расстройства мы позаимствовали теорию о том, что избыточная концентрация внимания на внутренних ощущениях является механизмом, поддерживающим тревогу.

На третьем этапе КПТ-ИОРПП интероцептивное воздействие используется как техника помощи пациентам с отсутствием интереса к приему пищи. Использование этой техники помогает пациентами увеличить переносимость таких симптомов, как вздутие, тяжесть

и тошнота. Интероцептивная экспозиция зачастую имеет такое благоприятное побочное действие, как повышение аппетита в дальнейшей работе с этими пациентами. Как и при лечении панического расстройства, пациентов просят проводить оценку по шкале СД при интероцептивных экспозициях с целью отследить ослабление реакции.

**Ограничения в использовании применительно к ИОРПП.** Разумеется, существуют определенные ограничения в использовании КПТ тревожных расстройств в случае с ИОРПП. Во-первых, хотя значимой особенностью ИОРПП является избегание определенных продуктов или ограничение количества потребляемой пищи, не совсем понятно, всегда ли это избегание спровоцировано тревогой. В некоторых случаях пациенты называют отвращение и непривычность в качестве причин избегания определенных продуктов или отсутствия аппетита в целом. Это свидетельствует о том, что техники работы с тревогой являются эффективными только в некоторых случаях. Во-вторых, даже в тех случаях, когда присутствие тревоги у пациента является очевидным, использование иерархии страхов и избегания редко бывает достаточным для избавления от симптома. Большинству пациентов необходима дополнительная поддержка в том, чтобы обеспечить регулярность приемов пищи, набор веса, и улучшение аппетита. И в-третьих, в то время как пациенты с тревожными расстройствами обычно замечают у себя повышенную чувствительность к симптомам активации симпатической нервной системы, некоторые элементы интероцептивной экспозиции (такие как учащенное дыхание) не являются актуальными в случае с ИОРПП. Пациенты с подобным расстройством гораздо чаще описывают у себя повышенные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (вздутие, некомфортное ощущение тяжести, тошнота).

## **Необходимость в принципиально новом подходе**

В силу определенного сходства в клинических проявлениях, КПТ-ИОРПП были позаимствованы основные принципы и специфические техники из существующих научно обоснованных методик лечения расстройств приема пищи, расстройств пищевого поведения

и тревожных расстройств. Однако в силу клинической неоднородности ИОРПП эти техники не всегда являются необходимыми или достаточными для того, чтобы полностью избавиться от симптомов ИОРПП. Это свидетельствует о том, что существует необходимость в принципиально новом подходе.

КПТ-ИОРПП отличается от других терапевтических подходов тем, что её основной фокус лежит непосредственно на ИОРПП. Наш подход соединяет в себе избранные техники и методики из предыдущих терапевтических подходов, а также принципиально новые методики, разработанные нашей командой.

Более того, принимая во внимание тот факт, что большинство предыдущих подходов были лишь описаны в историях болезни, сериях случаев и ретроспективном анализе амбулаторных карт, КПТ-ИОРПП является психотерапевтическим руководством, готовым к будущему тестированию в рандомизированных контролируемых клинических исследованиях.

И наконец, КПТ-ИОРПП — это единый терапевтический подход, который может применяться в лечении различных проявлений у пациентов детского и подросткового возраста. Использование нашего подхода позволяет практикующим врачам исключить необходимость изучения множества разнообразных терапевтических методик, чтобы предоставить необходимую помощь пациентам с ИОРПП.

# Оценка ИОРПП

Исчерпывающее психиатрическое и медицинское обследование является необходимым для определения целесообразности, формата и методик КПТ-ИОРПП, подходящих под каждый индивидуальный случай. Если говорить конкретнее, целью психиатрического обследования является определение наличия и степени тяжести ИОРПП, а также выявление механизмов, поддерживающих данное расстройство. Цель медицинского обследования — удостовериться в том, что избегающее или ограничительное пищевое поведение не вызвано только сопутствующими медицинскими состояниями, подтвердить, что пациент достаточно стабилен с медицинской точки зрения для амбулаторного лечения, а также определить цели терапии (например, набор веса и восполнение недостатка питательных веществ).

## Оценка психопатологии ИОРПП

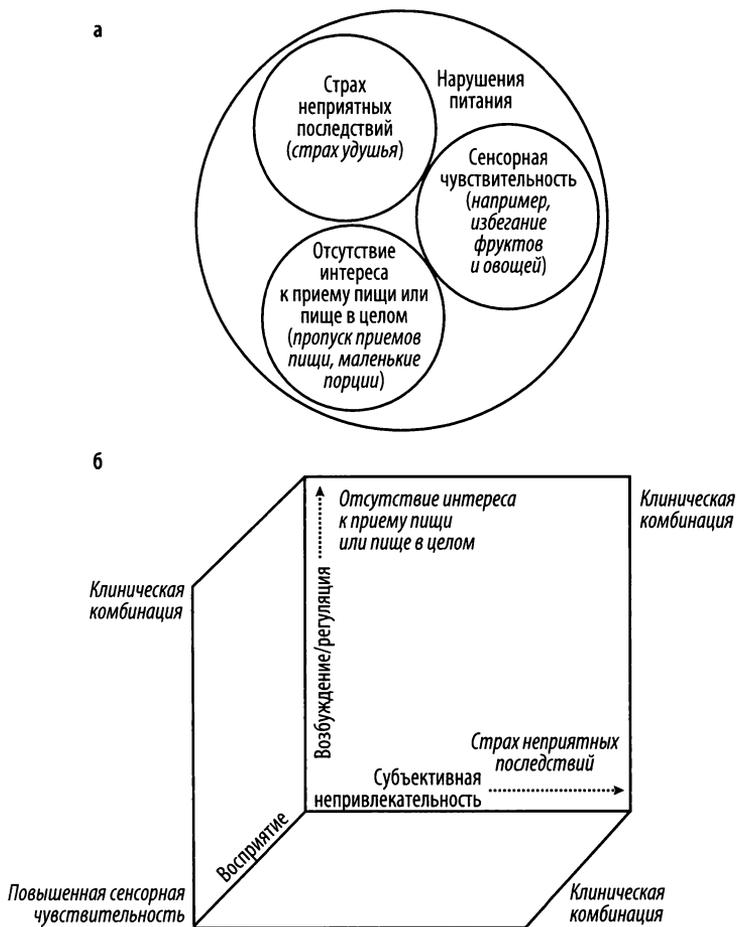
Перед началом КПТ-ИОРПП мы рекомендуем психотерапевту провести тщательное психиатрическое обследование. Поскольку диагностические критерии этого расстройства разработаны сравнительно недавно, существует не так уж много инструментов для определения специфической психопатологии при ИОРПП. Опубликованы и структурированы опросники, которые могут быть использованы для подтверждения диагноза ИОРПП: “Определение расстройств пищевого поведения из *DSM-5*” (EDA-5) [Sysko et al., 2015] и “Структурированный клинический опрос из *DSM-5*” (SCID-5) [First, Williams, Karg & Spitzer, 2015]. Доступные методы самооценки, направленные на определение степени тяжести специфической психопатологии ИОРПП, включают в себя “Опросник о расстройствах пищевого поведения у подростков” (EDY-Q) [Hilbert & van Dyck, 2016] и “Девять признаков расстройства избирательного питания” (NIAS) [Zickfrag & Ellis, 2018]. Наша команда недавно также разработала структурированное интервью, которое не только позволяет диагностировать ИОРПП, но и предоставляет

возможность оценить тяжесть симптомов в том числе и таких заболеваний, как пика и руминация [PARDI, *Bryant-Waugh, Micali, Cooke, Eddy & Thomas*, in press].

PARDI — это клиническое интервью, разработанное для оценки наличия симптомов и степени тяжести ИОРПП, а также расстройств, включающих употребление в пищу непищевых продуктов и веществ, не несущих питательной ценности (пика), а также повторяющееся срыгивание пищи с целью ее повторного пережевывания (руминация). PARDI представлен в четырех вариантах, подходящих для 1) родителей/опекунов детей в возрасте 2-3 лет; 2) родителей/опекунов детей в возрасте 4 лет и старше; 3) детей (8–13 лет) и 4) подростков и взрослых (от 14 лет и старше).

Наша команда уже провела опрос по PARDI среди более чем ста пациентов в трех различных клиниках и на данный момент занимается оценкой психометрических свойств опросника в международном испытании, охватывающем множество различных стран. Несмотря на то что сбор информации все еще продолжается, предварительные данные позволяют сделать вывод о достаточной надежности (внутренняя согласованность равна или выше 0,70 для всех трех профилей ИОРПП) и валидности (лица с ИОРПП набирают гораздо больше баллов, чем здоровые участники опроса) [*Bryant-Waugh et al.*, in press].

Очень важным в случае с ИОРПП является тот факт, что PARDI включает в себя субшкалы, оценивающие сенсорную чувствительность, страх неприятных последствий и очевидное отсутствие интереса к приему пищи, что позволяет эксперту создать перечень симптомов ИОРПП, чтобы разработать индивидуализированный план лечения. Всеобъемлющее обследование позволяет терапевту рассмотреть симптомы пациента с ИОРПП в трехмерном пространстве, основанном на степени выраженности сенсорной чувствительности, страха неприятных последствий и очевидного отсутствия интереса к приему пищи (рис. 3.1) [*Thomas et al.*, 2017a]. Это очень важно, поскольку три классических проявления ИОРПП не являются взаимоисключающими (подобно тому, как это было представлено в предыдущих категориальных моделях расстройств приема пищи (рис. 3.1, a), напротив, часто проявляются совместно у одного и того же пациента [*Norris et al.*, 2017; *Pulumo et al.*, 2016; *Thomas et al.*, 2017a].



**Рис. 3.1.** а – категориальная модель избегающего/ограничительного пищевого поведения; б – трехмерная модель избегающего/ограничительного пищевого поведения.

Адаптировано с разрешения [Thomas et al., 2017a]

**Избегание и ограничение приема пищи.** Начните обследование, задав пациенту вопрос о том, считает ли он свое пищевое поведение проблемным. Если ответ будет положительным, попросите пациента описать существующие сложности в питании. Некоторые пациенты с готовностью охарактеризуют свое избегающее или ограничительное пищевое поведение как проблемное, в то время как у других

пациентов способность адекватно оценить свои симптомы будет недостаточной. В этом случае дополнительную информацию можно получить от близких людей пациента, например родителей. С учетом этого терапевту стоит с одинаковой внимательностью прислушиваться к отчету обеих сторон, так как зачастую родители бывают чрезмерно обеспокоены пищевым поведением своего ребенка, которое в реальности является обыкновенной избирательностью в питании.

Очень красноречивым в данном случае будет пример типичного питания пациента в течение одного из дней прошлой недели. Такой пример предоставит информацию о частоте приемов пищи, а также ее объеме и разнообразии. Следующим шагом будет разговор с пациентом о том, какие продукты из пяти основных категорий — фрукты, овощи, белки, молочные продукты и злаки — он употребляет в пищу на регулярной основе. Очень важно расспросить пациента о продуктах, которые он употребляет регулярно (т.е. в течение последней недели или месяца), а какие — редко и нерегулярно (один раз за последние два года). Если становится очевидным, что пациент потребляет продукты в недостаточном объеме или разнообразии, терапевт должен разобраться в причинах данного явления. Как минимум, терапевту стоит расспросить пациента, не является ли обеспокоенность весом и фигурой основным фактором (дабы исключить классические расстройства пищевого поведения), а также оценить наличие трех основных проявлений ИОРПП.

**Сенсорная чувствительность.** Чтобы оценить наличие и степень выраженности сенсорной чувствительности, терапевту следует спросить у пациента, избегает ли он употребления определенных видов продуктов в связи с их вкусом, текстурой, запахом, температурой, внешним видом или другими органолептическими свойствами. Пациенты с выраженной сенсорной чувствительностью обычно отказываются пробовать незнакомые продукты из-за того, что считают их отвратительными (один 10-летний пациент рассказал нам, что пища, которую он не любит, имеет вкус “коры дуба” и “жареной крысы”). Зачастую бывает полезным оценить количество продуктов, которые пациент употребляет в рамках каждой из пяти категорий, а также виды продуктов, употребления которых он обычно избегает.

Шарп и Посторино [Sharp & Postorino, 2018] предложили следующие категории для определения степени тяжести избирательности в питании, начиная от обычной избирательности в питании до ярко выраженного ИОРПП: легкая (ограничение включает в себя хотя бы три продукта из каждой группы, и пациент регулярно употребляет продукты из всех пяти групп), средняя (пациент употребляет два или меньше продуктов из каждой группы и принимает в пищу хотя бы один продукт из всех пяти групп на протяжении недели) и тяжелая (полный отказ от одной или более группы продуктов, при котором пациент принимает в пищу пять или меньше видов продуктов). По нашему опыту, пациенты с ИОРПП, имеющие выраженную сенсорную чувствительность, обычно подходят под критерии средней или тяжелой категорий либо находятся на грани между ними. Привычным образом питания у пациентов с такой клинической картиной является так называемая “белая диета”, которая включает в себя молочные и злаковые продукты белого цвета (например, макароны с маслом, ванильное мороженое, крекеры, сухие завтраки) и мало (или вовсе не включает) фруктов, овощей и белковых продуктов.

**Страх неприятных последствий.** Чтобы оценить присутствие и степень выраженности страха неприятных последствий, терапевту следует спросить у пациента, избегает ли он употребления определенных продуктов из-за волнения насчет того, что может случиться что-то плохое. Нужно расспросить пациента о природе пугающего исхода (это может быть удушье, рвота, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, аллергические реакции) и уровне уверенности (1–100%) пациента в том, что пугающее событие произойдет. После этого стоит расспросить о том, какие виды избегающего поведения пациент использует для того, чтобы предотвратить пугающий исход (например, пациент может избегать определенных пищевых ситуаций или употребления в пищу некоторых продуктов). Терапевту следует оценить, является избегающее поведение легким (пациент избегает употребления какого-то одного продукта; к примеру отказывается от употребления курицы после того, как подавился ею), средним (пациент избегает употребления целого класса продуктов вследствие негативного опыта; к примеру избегает употребления всех орехов и всех тех продуктов, в которых, по мнению пациента, орехи могут содержаться,

даже несмотря на доказательства обратного, после единичного случая проявления аллергической реакции на какой-то один вид орехов) или тяжелым (полный отказ от приема пищи или употребление в пищу очень ограниченного списка продуктов, которые пациент считает безопасными) по степени выраженности. Симптомы, находящиеся в рамках средней и тяжелой степени тяжести, являются типичными для этого проявления ИОРПП.

**Отсутствие интереса к приему пищи.** Для того чтобы оценить наличие и степень тяжести отсутствия интереса к приему пищи, терапевту следует расспросить пациента о плохом аппетите (забывает ли пациент поесть и испытывает ли чувство голода редко), преждевременном чувстве сытости (ощущает ли пациент себя сытым раньше, чем другие люди, и прекращает ли прием пищи после всего лишь нескольких съеденных кусочков) и отсутствии удовольствия во время приема пищи (считает ли пациент, что прием пищи — это неприятная задача, вместо того чтобы с нетерпением ждать его).

Терапевту нужно оценить, является ли отсутствие интереса к приему пищи легким (пациент пропускает некоторые приемы пищи или съедает маленькие порции во время большинства приемов пищи), средним (пациент пропускает несколько приемов пищи или вообще не ест в течение продолжительного времени) или тяжелым (полный или почти полный отказ от приема пищи и необходимость в питании через зонд или употреблении пищевых добавок в виде напитков).

**Психосоциальные нарушения.** Хотя большинство последствий ИОРПП носят медицинский характер, психологические последствия также не стоит недооценивать. Большинство общественных мероприятий связаны с едой, и поэтому люди с ИОРПП зачастую отказываются от участия в них. Терапевту следует расспросить пациента о том, насколько его избегающее или ограничительное пищевое поведение мешает ему участвовать в повседневной деятельности. К примеру, пациент может пропускать обед в школе или на работе, отклонять приглашения на общественные мероприятия, такие как праздничные вечеринки, свидания или ночевки. Пациенты старшего возраста могут страдать от снижения самооценки из-за чувства неловкости в связи с употреблением в пищу продуктов, которые они считают подходящими лишь для детей. У некоторых пациентов

развивается депрессивное состояние из-за привычек в питании, и они становятся настолько социально изолированными, что перестают ходить в школу и принимать участие в других важных видах деятельности или у них появляется самоповреждающее поведение. Семьи могут предоставить наглядные примеры того, как ребенок минимизирует свои симптомы. Например, множество семей чувствуют, что не могут путешествовать или навещать родных из-за волнения, что их ребенок не сможет поесть или что их решение удовлетворять ненормальные пищевые потребности своего ребенка вызовет критику со стороны друзей и членов семьи. Другие семьи готовы преодолевать значительные расстояния или посещать множество продуктовых магазинов для того, чтобы приобрести определенный продукт конкретного производителя. А в итоге их ребенок откажется от этого продукта и останется голодным.

**Исключения для диагноза ИОРПП.** Многие диагностические критерии ИОРПП описывают исключения для данного диагноза. Поэтому терапевту следует расспросить о медицинской истории, культурной подоплеке и наличии озабоченности весом или фигурой. Нужно заметить, что людям с избегающим или ограничительным пищевым поведением, чей образ питания вызван исключительно медицинским диагнозом (например, если человек ограничивает только ту пищу, которая вызывает у него аллергическую реакцию), социально санкционированной культурной практикой (например, голодание во время Рамадана), или другим расстройством пищевого поведения (например, нервной анорексией или нервной булимией), диагноз ИОРПП ставить не стоит.

**Противопоказания к КПТ-ИОРПП.** Еще один ключевой компонент оценки ИОРПП — это определение сопутствующих психиатрических заболеваний. Лица с большинством психиатрических расстройств (депрессия, тревожность, синдром дефицита внимания и гиперактивности, вызывающее оппозиционное расстройство) подходят под КПТ-ИОРПП. Однако существуют некоторые противопоказания. Например, пациент с явно выраженными суицидальными наклонностями должен сначала получить помощь в связи с этой проблемой и лишь потом приступать к лечению ИОРПП. Пациенты с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ,

которые активно злоупотребляют алкоголем или наркотиками, могут не подходить под КПП-ИОРПП. Наш опыт показывает, что некоторые люди с ИОРПП используют марихуану, чтобы усилить аппетит. Не существует научного подтверждения тому, что марихуана является эффективным средством в лечении ИОРПП, более того, использование психоактивных веществ может препятствовать восприятию информации во время сессии, а также выполнению домашней работы. Также стоит отметить, что пациенты с расстройствами аутистического спектра могут получать лечение в рамках КПП-ИОРПП, но при условии, что они умеют говорить и функционируют на достаточно высоком уровне для того, чтобы справляться с терапевтическими заданиями, даже если им понадобится в этом поддержка семьи.

## Оценка медицинских последствий ИОРПП

Пациенты должны быть подвергнуты всеобъемлющему медицинскому обследованию со стороны педиатра или участкового терапевта перед тем, как приступить к КПП-ИОРПП. Это необходимо для того, чтобы удостовериться в медицинской стабильности и установить дальнейшие цели терапии. Медицинское обследование является чрезвычайно важным для того, чтобы определить, являются ли нынешний вес и рост пациента здоровыми, а также чтобы выявить, есть ли у пациента какие-либо дефициты питательных веществ. Оба эти показателя являются центральными в диагностике ИОРПП. Пациенты должны быть стабильными с медицинской точки зрения и пригодными для амбулаторного лечения перед тем, как приступить к КПП-ИОРПП. Врач может свериться со стандартами Академии расстройств пищевого поведения для того, чтобы определить, есть ли необходимость в госпитализации [*Academy for Eating Disorders Medical Care Standards Committee Guide*, 2016]. Пациенты, не стабильные с медицинской точки зрения, и те, кто отказывается абсолютно от приема пищи (например, из-за острой травмы, связанной с пищей), нуждаются в госпитализации, прежде чем приступить к амбулаторному лечению. Пациенты, которые получают зондовое питание, должны быть сняты с него перед началом КПП-ИОРПП. Эти пациенты должны быть переведены на твердую пищу и достичь

здорового веса под наблюдением врача или диетолога, прежде чем приступать к КПТ-ИОРПП с целью увеличения разнообразия в питании. А вот пациенты, получающие дополнительное питание в виде высокоэнергетических напитков, вполне пригодны для проведения КПТ-ИОРПП.

**Оценка роста и веса.** Врач должен проверить пациента на задержку в росте и рассчитать, является ли нынешний вес здоровым для ребенка, подростка или взрослого. Определение соответствия веса, роста и траектории роста пациента здоровым нормам является предметом клинического обследования. Существует множество методов определения предполагаемой массы тела у пациентов с расстройствами пищевого поведения [*Kandemir et al., 2017; Thomas, Roberto & Brownell, 2009*]. Врачу следует внимательно изучить историю болезни, включающую записи касательно роста, веса и индекса массы тела (ИМТ) для определения необходимости набора веса. В случае с ИОРПП задержка роста и недостаточная масса тела могут быть долгосрочными, что иногда усложняет донесение до родителей того факта, что нарушения в росте/весе произошли из-за избегающего или ограничительного пищевого поведения. В случае с пациентами с низкой массой тела врач может использовать комбинацию норм ИМТ и индивидуальную динамику роста пациента с целью определить целесообразный набор веса, которого необходимо достичь при помощи КПТ-ИОРПП.

**Нехватка витаминов.** Определение дефицита микро- и макроэлементов также является чрезвычайно важным в создании плана лечения. Врач может провести анализ крови на потенциальные дефициты или проанализировать рацион питания, чтобы определить, есть ли риск наличия у пациента нехватки определенных веществ, а потом взять анализы. Например, пациенты, избегающие употребления мяса и других продуктов животного происхождения, могут иметь нехватку витамина В<sub>12</sub>, цинка, железа или белка. Пациенты, которые отказались от употребления молочных продуктов, имеют риск нехватки кальция и витамина D. Те, кто избегают цитрусовых, могут иметь дефицит витамина С. Пациенты с низкожировой и низкобелковой диетой имеют риск нехватки витамина А, витамина К и фолиевой кислоты.

Результаты Национального опроса США по определению здоровья и питания говорят о том, что 49% американских детей и взрослых употребляют пищевые добавки (включая индивидуальные добавки и мультивитамины), и большинство из них (79%) — ежедневно. На основе этих данных можно сделать два вывода касательно диагностики и лечения ИОРПП. Во-первых, тот факт, что пациент принимает витамины, вовсе не значит, что у него есть серьезный дефицит. Во-вторых, нехватка питательных веществ может быть не такой явной, если пациенты принимают витамины, чтобы восполнить дефицит веществ, которые они недополучают из пищи. И хотя восполнение некоторых дефицитов является очень важным, существует определенное расхождение во взглядах относительно того, считать ли разумным профилактический прием мультивитаминов; более того, может возникнуть ятрогенная интоксикация. Поэтому решение о том, стоит ли пациенту принимать витамины, должен принимать только лечащий врач. Основная цель ИОРПП — помочь пациенту получать больше микро- и макроэлементов благодаря увеличению пищевого разнообразия. Необходимость в приеме пищевых добавок в таком случае отпадает за ненадобностью.

**Употребление пищевых добавок в виде напитков.** Многие пациенты с недостаточным питанием пытаются увеличить дневной калораж и количество потребляемых питательных веществ при помощи высокоэнергетических напитков (например, Boost, Ensure). Такие напитки могут быть назначены врачом, либо же родители или пациент могут сами принять решение об их употреблении. Люди, получающие 50% (или больше) своего дневного калоража из жидких добавок, могут считаться зависимыми от добавок такого типа. Пациенты с зависимостью от добавок подходят под КПП-ИОРПП, и одной из основных целей терапии в таких случаях является уменьшение зависимости от добавок посредством увеличения разнообразия и объема потребляемой пищи.

**Кормление через зонд.** Существует несколько методов зондового кормления, которые могут быть использованы применительно к пациентам с ИОРПП с целью восполнения дефицита питательных веществ и набора веса. Эти методы включают в себя назогастральную, чрескожную эндоскопическую гастростомию и чрескожную

эндоскопическую гастроеюностомию. Существующие данные предполагают, что лица с ИОРПП обычно имеют большую необходимость в зондовом кормлении, нежели пациенты с нервной анорексией [Ornstein et al., 2017; Strandjord et al., 2015]. Если пациент частично или полностью зависит от питания через зонд, он не подходит для КПП-ИОРПП. И хотя существует множество методов отлучения от зондового кормления (например, [Dunn-Klein & Morris, 2007; Nowak-Cooperman & Quinn-Shea, 2013; Sharp et al., 2010]), переход от питания через зонд к пероральному приему пищи обычно производится в условиях круглосуточного или дневного стационара под наблюдением лечащего врача и диетолога [Sharp et al., 2010], в то время как КПП-ИОРПП проводится в амбулаторных условиях.

**Другие медицинские факторы.** Другие виды медицинских обследований могут быть необходимыми, в зависимости от особенностей проявления ИОРПП. Например, в зависимости от признаков и симптомов, наблюдающихся у пациента, педиатру или лечащему врачу-терапевту может понадобиться направить пациента к узкому специалисту, чтобы сдать анализы на аллергию (определить, является ли не выявленная ранее аллергия фактором, влияющим на избирательность в питании), сделать эндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта (для выявления очагов воспаления и язв), исследовать кислотно-щелочной баланс (диагностировать гастроэзофагальный рефлюкс), провести серию исследований верхних отделов пищеварительного тракта с использованием бария (выявить воспаление, язвы и нарушение глотания) или исследовать эвакуацию содержимого желудка (определить, является ли задержка содержимого желудка причиной тошноты, рвоты или излишнего чувства сытости) [Williams & Foxx, 2007]. Также лечащему врачу следует рассмотреть любые сопутствующие заболевания, которые могут сделать акт приема пищи болезненным, включая эозинофильный эзофагит.

**Прием лекарств.** Врачу следует спросить у пациента, принимает ли он на данный момент какие-то лекарства. Особенно внимательными стоит быть к лекарствам, подавляющим аппетит. Управление по санитарному надзору за пищевыми продуктами и медикаментами США не одобрило никаких лекарств для лечения ИОРПП. Рандомизированные контролируемые исследования действия

лекарств на основные симптомы ИОРПП пока не проводились. Отдельные клинические случаи и серии случаев описывают применение лоразепама [Kardas et al., 2014] и миртазапина [Thomas et al., 2017b] для снижения тревоги, а также оланзапина для поддержки набора веса и повышения когнитивной гибкости [Brewerton & D'Agostino, 2017] у пациентов с ИОРПП и подобными проявлениями. В клинической практике пациентам с отсутствием интереса к приему пищи или к пище в целом иногда назначают ципрогептадин. Доказательства эффективности ципрогептадина являются неоднозначными. В ходе одних исследований было определено, что это лекарство является эффективным в улучшении аппетита и поддержке набора веса; не все из исследований имели контрольную группу или стандартизированную дозировку (например, [Sant'Anna, Hammes, Porporino, Martel, Zygmuntowicz & Ramsay, 2014]). Более того, это лекарство имеет побочные действия (в частности, сонливость), что может негативно повлиять на функционирование в школе или на работе. Очевидно, что существует необходимость в дополнительных исследованиях. По крайней мере лечащему врачу стоит рассмотреть прием лекарств, которые пациент принимает для лечения других медицинских состояний и которые могут иметь значительное влияние на аппетит. К примеру, в одном исследовании 12,5% пациентов с ИОРПП принимали лекарства в связи с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на момент обращения за лечением [Ornstein et al., 2017]. В связи с вероятным подавлением аппетита, связанным с приемом стимулирующих лекарств, прием этих лекарств следует прекратить или перейти на лекарство с меньшим влиянием на аппетит.

**Оценка осложнений со стороны оральной моторики.** Для некоторых пациентов с ИОРПП акт приема пищи является трудным в связи со структурными или функциональными сложностями со стороны оральной моторики. Это приводит специалистов к необходимости оценки жевания и глотания перед началом терапии [Morris & Klein, 2978]. Однако наш клинический опыт показывает, что в случае с пациентами в возрасте от 10 лет и старше неспособность жевать или глотать редко является единственной причиной симптомов, подобных ИОРПП. С другой стороны, очевидные сложности с глотанием могут стать причиной отсутствия опыта употребления

жесткой пищи и продуктов, богатых клетчаткой. Также сложности с глотанием обычно появляются *de novo* после травматического опыта, связанного с приемом пищи, у пациентов, которые раньше не испытывали сложностей подобного рода. В обоих случаях от сложностей можно избавиться при помощи многократной экспозиции и взаимодействия с новыми продуктами в случае невозможности прибегнуть к формальной логотерапии и эрготерапии. Однако знакомство с новыми продуктами может быть опасным для пациентов с истинными дефектами жевания или глотания, приводя к таким неприятным последствиям, как удушье, что может только усугубить проблему. Если врач подозревает у пациента проблемы с оральной моторикой, ему стоит направить пациента к логопеду или эрготерапевту для дальнейшего обследования.

## **Использование результатов обследования для создания плана лечения**

В общем и целом первичное психиатрическое и медицинское обследование является чрезвычайно важным. Оно помогает пациентам, их семьям и медицинскому персоналу прийти к согласию относительно диагноза и целей терапии. Этот момент является особенно важным в случае с пациентами, которые проявляли симптомы ИОРПП большую часть своей жизни и могут даже не понимать, что это проблема, которая подлежит лечению. На протяжении всего периода применения КПТ-ИОРПП пациент должен находиться под наблюдением врача, знакомого с принципами терапии. Необходимая частота визитов к врачу будет зависеть от степени адекватности питания пациента. Например, пациенты с недостаточной массой тела и дефицитом многих питательных веществ могут нуждаться в еженедельных посещениях врача, в то время как пациенты с нормальной или избыточной массой тела с незначительными дефицитами или вовсе без выявленных дефицитов могут нуждаться в менее частых визитах (например, раз в три месяца). В случае с пациентами подросткового возраста улучшения в питании могут повлечь за собой увеличение роста пациента на несколько сантиметров, таким образом, показывая необходимость в наборе веса и подчеркивая важность регулярного

медицинского наблюдения даже для пациентов, у которых есть улучшения в результате лечения.

Многие клинические установки касательно работы с пациентами с расстройствами приема пищи у детей предполагают, что для эффективного лечения необходима большая команда, состоящая из различных узких специалистов (например, лечащий врач-терапевт или педиатр, гастроэнтеролог, диетолог, логопед, эрготерапевт, социальный работник, психиатр и/или психолог) [Dodrill, 2014]. Действительно, пациенты с тяжелыми проявлениями ИОРПП могут требовать помощи всех вышеперечисленных специалистов. Однако данная практика может оказаться чрезмерной для пациентов в возрасте от 10 лет и старше, которые могут проходить лечение амбулаторно. Мы считаем, что просто невозможно предоставить такую разнообразную команду в большинстве медицинских учреждений. И, что еще более важно, ненамеренным результатом объединения стольких специалистов, действующих исключительно с благими намерениями, может оказаться работа с противоположными целями. Поэтому мы рекомендуем начать с педиатра или терапевта, а также специалиста по психическому здоровью (например, психолога), а потом приступать к психиатрическому и медицинскому обследованию с целью определения необходимости в помощи других специалистов. Наш опыт показывает, что для эффективного лечения многих пациентов такой состав команды врачей является вполне достаточным. Действительно, так как КПТ-ИОРПП объединяет в себе методологию различных дисциплин, наша методика является отдельной и самодостаточной, а поэтому может быть задействована обученным терапевтом в сотрудничестве с педиатром или врачом первичной медицинской помощи.

КПТ-ИОРПП — это ограниченный по времени подход, пользующийся принципом “лучше меньше, да лучше”. Использование нашей методики является достаточным для большей части случаев ИОРПП и может стать основой для многопрофильного подхода, при котором дополнительные методики лечения (например, логопедическое лечение, фармакотерапия) могут быть использованы в комбинации с продуманным планированием в тех случаях, когда пациент недостаточно реагирует на КПТ-ИОРПП.

## Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП

На протяжении десятилетий основным препятствием на пути лечения расстройства избирательного питания было отсутствие концептуальной модели, которая объяснила бы основные симптомы. Чтобы удовлетворить эту потребность, мы разработали следующую обобщенную когнитивно-поведенческую модель ИОРПП (рис. 4.1). Согласно нашей модели люди, страдающие от ИОРПП, имеют врожденную предрасположенность, которая приводит к закономерному каскаду негативных эмоций и предсказаний относительно последствий приема пищи, что способствует сохранению изначальных ограничений в питании и избеганию некоторых продуктов. Некоторые люди с такими глубинными биологическими факторами риска изначально ограничивают количество и разнообразие употребляемой пищи, но в итоге вырабатывают более адаптивное пищевое поведение. Это случается благодаря действию личностных (например, открытость навстречу новому опыту, низкая эмоциональная реактивность) и социальных (многократная экспозиция с новыми продуктами питания в детстве) факторов. Однако для других людей — особенно для тех, кто не проверяет свои пищевые предсказания на достоверность — ограничения в пище становятся хроническими. Хронические пищевые ограничения — не важно, касаются ли они количества или разнообразия потребляемой пищи — имеют физические и психологические последствия, которые проявляются в проблемах, связанных непосредственно с питанием, а также лишают возможности оказаться в ситуациях экспозиции и получить новый опыт. В зависимости от индивидуальных особенностей каждого отдельно взятого пациента, проблемы с питанием могут привести к недостатку массы тела, а также к нехватке различных питательных веществ, что, в свою очередь, может еще больше подкреплять пищевые ограничения и избегание определенных продуктов питания.

Ограниченные возможности экспозиции — включая, к примеру, социальное избегание и снижение выраженности сигналов голода (и/или повышение выраженности чувства сытости) — означают, что человек не имеет возможности опровергнуть свои плохие предсказания. Поэтому основное умозаключение нашей модели состоит в том, что, хотя первичное ограничение в питании может быть обусловлено предрасположенностью (например, высокая концентрация пищевых рецепторов) или определенным событием (например, эпизод удушья), которые невозможно изменить, сам паттерн избегающего или ограничительного поведения служит укреплению негативных предсказаний пациента относительно питания и возникновению сопутствующих физических и психологических последствий. В свою очередь, эти физические и психологические факторы служат дальнейшему усилению пищевых ограничений. Это создает взаимный цикл обратной связи. Очевидным следствием, выраженным в КПП-ИОРПП, является тот факт, что, обращаясь напрямую к избеганию или ограничению пищи, можно уменьшить или свести на нет негативные эмоции, предсказания и последствия, связанные с питанием. Таким образом, можно разорвать порочный круг симптомов ИОРПП.

На рис. 4.2–4.4 показаны примеры формулировки трех наиболее частых проявлений ИОРПП. Если принять во внимание тот факт, что в большинстве случаев люди с ИОРПП могут сочетать два или даже все три из представленных проявлений заболевания, формулировка для каждого пациента должна быть индивидуально подобранной и может включать в себя элементы из одного, двух или даже всех трех формулировок, приведенных ниже.

## **Формулировка сенсорной чувствительности**

Мы предполагаем, что люди с повышенной сенсорной чувствительностью рождаются с предрасположенностью, приводящей к более интенсивному восприятию органолептических свойств пищи (например, вкуса, текстуры, запаха, температуры и внешнего вида), чем у других людей (рис. 4.2). Например, существуют доказательства того, что дети с чрезмерной избирательностью в питании имеют более острое восприятие вкусов (благодаря более высокой концентрации

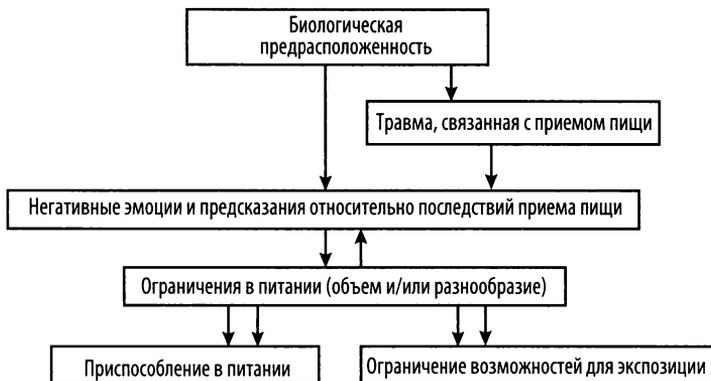


Рис. 4.1. Общая когнитивно-поведенческая модель ИОРПП



Рис. 4.2. Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП с повышенной сенсорной чувствительностью



**Рис. 4.3.** Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП со страхом неприятных последствий

грибовидных сосочков на языке — образований, которые содержат в себе вкусовые рецепторы) в сравнении с детьми, не проявляющими такой избирательности в отношении пищи [Golding et al., 2009]. Люди с более острым восприятием вкусов воспринимают горький вкус как очень сильный и неприятный и поэтому могут отказываться употреблять определенные продукты с горьким вкусом, такие как темно-зеленые листовые овощи. Другие пациенты с повышенной сенсорной чувствительностью проявляют чрезмерную восприимчивость к структуре, зачастую отдавая предпочтение сухой и хрустящей пище и испытывая отвращение к пюреобразной или комковатой пище. Эти пациенты могут испытывать неприятные ощущения в желудке и даже



**Рис. 4.4.** Когнитивно-поведенческая модель ИОРПП с заметным отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом

страх, видя, трогая и обоняя такую пищу. Это может проявляться, к примеру, в рвотных позывах или подрагивании. Представители еще одной группы с повышенной сенсорной чувствительностью испытывают чрезвычайную восприимчивость к запахам и не могут даже находиться в той комнате, где готовится или подается пища, которую они не любят. Таким образом, люди с этой биологической предрасположенностью относятся с предосторожностью или даже отвращением к возможности пробовать незнакомые продукты. Например, они могут говорить: “Я не буду пробовать это блюдо. Я и так знаю, что оно мне не понравится”. Или: “Пять лет назад я попробовал похожее блюдо, и это было отвратительно. Поэтому я больше никогда не буду есть то, что хоть немного похоже на это блюдо”. Они предчувствуют, что вероятность того, что им понравится эта пища, или что они вообще смогут перенести ее, очень низка. Это приводит к очень скудной

диете, которая состоит из продуктов, которые они воспринимают как знакомые и безопасные.

Такие ограничения имеют вполне предсказуемые последствия, которые могут поддерживать избегающие/ограничительные паттерны пищевого поведения. Во-первых, если питание человека очень сильно ограничено, это может привести к нехватке питательных веществ и потере веса. В то же время из-за употребления преимущественно высококалорийной крахмалистой пищи, некоторые лица с ИОРПП — особенно с повышенной сенсорной чувствительностью в качестве единственного механизма, поддерживающего заболевание, — имеют лишний вес или ожирение. Однако другие пациенты теряют вес. Важным является тот факт, что нехватка некоторых веществ (например, витамина B<sub>12</sub>, цинка) может привести к дальнейшему ухудшению аппетита либо к изменениям во вкусовом восприятии.

Более того — и это особенно заметно в случае с людьми, которые проявляют и повышенную сенсорную чувствительность, и отсутствие интереса к определенным продуктам или пище в целом — люди обычно едят меньше, когда разнообразие пищи становится ограниченным. Причиной этого феномена является механизм, который называется “сенсорноопределяемое насыщение” [Rolls, Rowe & Rolls, 1982]. В итоге эта категория пациентов имеет вероятность недостатка массы тела. Идея, лежащая в основе сенсорноопределяемого насыщения, состоит в том, что, даже когда одно из чувств удовлетворено, другое может требовать дополнительной стимуляции. После вкусного и сытного обеда многие из нас волшебным образом могут найти место для десерта! Однако в случае с чрезмерно избирательными едоками с ограниченными вкусовыми предпочтениями сенсорноопределяемое насыщение может стать механизмом, приводящим к дальнейшему уменьшению потребляемой пищи. Такие люди могут есть меньшее количество любимой пищи либо же отказываться от предпочтения к определенной пище через какое-то время. Например, некоторые люди могут есть одно и то же блюдо на обед и ужин каждый день, а потом вовсе перестать его есть из-за того, что оно им надоело.

Вторым последствием ограниченного пищевого разнообразия является низкая возможность экспозиции и привыкания к новым продуктам. Из-за скудной диеты лица с сенсорно-чувствительным типом ИОРПП зачастую избегают участия в общественных

мероприятиях, включающих в себя прием пищи. Это, в свою очередь, приводит к еще более сильному ограничению их возможности попробовать новую пищу, а также увидеть, как другие люди ее едят и наслаждаются ею. Если человек с сенсорной чувствительностью приглашен на вечеринку или неформальный обед, и он предчувствует, что пища, которую он любит, вряд ли будет доступной, он может вовсе отклонить приглашение, снижая возможность познакомиться с новой пищей, которую будут подавать на встрече. Эти люди также могут начать считать себя избирательными едоками. В результате этого они могут стать убежденными в том, что изменить их привычки в питании невозможно, а также переживать наизуа того, что любые изменения в привычках питания будут слишком сильно бросаться в глаза семьи и друзей, а значит, могут привести к нежелательному давлению в отношении приема пищи.

Они также могут стать менее уверенными (или вовсе не развить навыки) при знакомстве, обработке и приготовлении незнакомых продуктов. Например, очень сложно есть брокколи на ужин, если человек не знает, как ее резать, варить или тушить. Также человек может опасаться есть апельсин, особенно в окружении других людей, если он не знает, как его чистить и нужно ли это делать. Один из наших молодых пациентов, который ни разу в жизни не ел овощей и фруктов до момента обращения за помощью, увидев неочищенный апельсин, спросил: “Мне прямо так кусать его?” Наиболее доступно это можно передать следующим образом: если вы ни разу не слышали о киноа, вряд ли вы станете искать его и покупать в продуктовом магазине. Такое отсутствие знаний, основанное на нехватке жизненного опыта, может привести к чувству стыда или неловкости, которое, в свою очередь, послужит продолжению избегания продукта.

В дальнейшем сильная зависимость от безопасных продуктов (особенно, если безопасная пища является в большинстве своем переработанной или готовой и фасованной с очень скудным выбором подачи), которые обычно имеют одинаковые органолептические свойства, приводит к тому, что пища, которая не нравится пациенту, кажется ему все более новой и незнакомой, таким образом увеличивая уровень тревоги пациента относительно потенциального изменения диеты. Другими словами, их порог определения едва

заметной разницы между их любимой едой и небольшой вариацией снижается, а восприятие различия между знакомой и незнакомой пищей увеличивается. Этот феномен известен как *закон Вебера*, который гласит, что воспринимаемая разница между двумя стимулами является функцией процентного соотношения между ними. Например, для пациента, который употребляет только два вида продуктов, введение в рацион одного продукта равно увеличению количества продуктов на 50%, в то время как для здорового человека, который употребляет сотни продуктов, добавление одного продукта будет равно <1%. Для пациентов с ИОРПП с повышенной сенсорной чувствительностью процентное значение изменений с каждым новым продуктом является очень значительным, особенно на ранних этапах терапии.

## **Формулировка страха неприятных последствий**

Поскольку не все люди, пережившие желудочно-кишечное расстройство, эпизод удушья или рвоту, в итоге заболевают ИОРПП, мы предполагаем, что люди с типом ИОРПП, для которого характерен страх неприятных последствий, имеют изначальный тревожный темперамент и повышенную чувствительность к физическим ощущениям (рис. 4.3). Поэтому в результате действительно произошедшего травмирующего случая, связанного с питанием (например, удушье из-за кусочка мяса, рвота, аллергическая реакция или боль), их изначальный страх быстро возрастает от нормального и проходящего до интенсивного и хронического. Этот страх побуждает их к переоценке возможности, что акт приема пищи (какого-то определенного продукта или любой пищи) приведет к повторению травмы (например, еще один эпизод удушья). Так, один молодой пациент с ИОРПП, который подавился сладким перцем, сказал нам: “Если я употребляю какую-либо пищу с кожицей, я боюсь, что снова подавлюсь”. Другой пациент после перенесенного желудочного гриппа сказал: “Я боюсь, что если почувствую даже легкую тошноту, то меня вырвет, и я убежден, что меня начнет тошнить, если я стану есть”. Основываясь на этих негативных предсказаниях, такие люди

начинают ограничивать употребляемую пищу. В зависимости от вида травмы (например, удушье во время поедания стейка), человек может ограничивать только ту пищу, которая связана с травмирующим случаем (стейк), или целый класс продуктов (все мясные продукты), или даже расширить ограничение на всю твердую пищу, или даже всю пищу и напитки. Зачастую пациенты, которые пережили удушье, ограничивают употребляемую пищу мягкими или жидкими продуктами, которые легче жевать, в то время как те, кто боится тошноты, предпочитают есть хлеб или крекеры, которые, как они считают, желудку будет легче переварить.

У людей, которые сильно ограничивают свое питание или уменьшают объем потребляемой пищи, может значительно снизиться масса тела и развиться дефицит питательных веществ, что может повлиять на аппетит и восприятие вкуса, как описывалось ранее. Дополнительным последствием пищевых ограничений и тревоги может стать обострение симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта (например, преждевременное чувство сытости, запоры, тошнота) [Benini et al., 2004; Mascolo et al., 2017]. Подобные желудочно-кишечные симптомы могут быть особо выраженными у людей, чье избегающее пищевое поведение вызвано страхом неприятных последствий приема пищи, а также у тех, кто проявляет повышенную восприимчивость к внутренним сигналам тела. Такие пациенты имеют большую вероятность сохранения ограничивающих паттернов поведения.

Избегание продуктов, связанное с пугающими последствиями, приводит к тому, что пациент теряет возможность проверить, являются ли его предсказания относительно безопасности определенных продуктов или пищевых ситуаций достоверными. Более того, когда эти люди приступают к приему пищи, они задействуют различные виды избегающего поведения с целью убедиться в безопасности (например, откусывают очень маленькие кусочки, жуют намного дольше необходимого, пользуются передними зубами для пережевывания пищи вместо задних жевательных, запивают каждый кусочек водой, едят только недалеко от дома/туалета, носят с собой лекарство от тошноты), что способствует сохранению тревоги и препятствует возможности разоблачения катастрофических предчувствий о том, что процесс приема пищи является опасным. Кроме

того, избегание не дает человеку испытать корректирующий опыт успешного преодоления в том маловероятном случае, когда неприятное последствие действительно случится.

## **Формулировка откровенного отсутствия интереса к приему пищи**

Согласно модели КПТ-ИОРПП люди с ИОРПП с характерным отсутствием интереса к приему пищи рождаются с предрасположенностью к низкому гомеостатическому аппетиту (физиологический голод) и/или менее восприимчивы к гедонистическому наслаждению, которое несет пища (приятно/вкусно) (рис. 4.4). Например, один пациент с этим видом ИОРПП признался нам, что он никогда не ощущает чувства голода. Другой сказал: “Я не жду приема пищи так, как другие люди”. Наши предварительные данные показывают, что после восьмичасового голода во время ночного сна женщины с ИОРПП с недостаточной массой тела имеют такой же уровень грелина (гормон, стимулирующий чувство голода), как и у здоровых участниц эксперимента, а вот уровень грелина у пациенток с нервной анорексией оказался выше [Manusco, 2017]. Обычно уровень грелина является высоким при болезнях, способствующих снижению веса, что служит биологической адаптацией, призванной повысить чувство голода у людей с недостаточной массой тела [Solomou & Korbonits, 2014]. В нашей группе пациентов с ИОРПП с недостаточной массой тела уровень грелина не отличается от уровня этого гормона у здоровых участников эксперимента, что говорит о нарушении регуляции и подкрепляет сведения о плохом аппетите, предоставленные нашими пациентами с ИОРПП. В том же исследовании даже после ночного голода нейротрофический фактор из тканей головного мозга (гормон, снижающий аппетит) оказался выше у людей с ИОРПП в сравнении с людьми с нервной анорексией или здоровыми участниками эксперимента. Эти данные позволяют предположить, что нейробиологические факторы могут быть причиной плохого аппетита при ИОРПП. Поэтому понятным становится тот факт, что эти пациенты не ожидают, что прием пищи будет приятным, а, наоборот, воспринимают его как тяжелую и неприятную

задачу. Более того, так как они испытывают меньший уровень физиологического голода, они могут предсказывать, что прием пищи приведет к ощущению дискомфорта, тяжести, вздутию или тошноте вместо чувства удовлетворения. Так как они редко испытывают чувство голода и не воспринимают прием пищи как потенциально приятный, они могут пропускать приемы пищи, иметь беспорядочный режим приема пищи и/или употреблять ограниченные порции во время приема пищи.

К сожалению, такие хронические ограничения имеют предсказуемые побочные эффекты, которые сказываются на здоровье, а также ограничивают возможность экспозиции, что только подкрепляет этот ограничительный паттерн питания. Типичный пациент с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом имеет недостаточную массу тела, при этом недостаток веса у него хронический, а в некоторых случаях и вовсе отмечаются трудности с набором массы тела еще в младенческом возрасте. Однако люди с нормальным или избыточным весом также могут не проявлять интереса к приему пищи. Вот типичный пример: пациент с изначальной сенсорной чувствительностью, который не ест на протяжении долгого времени после пробуждения, потому что его любимые продукты недоступны, но потребляет большой объем пищи во второй половине дня с целью возмещения дефицита калорий. Такой режим приема пищи может со временем нарушить нормальные сигналы аппетита. Большинство людей с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом хронически недоедают, привыкают к очень небольшому объему пищи, в результате испытывают дальнейшее ухудшение аппетита и ощущают сытость от меньшего объема поглощенной пищи. Это явление похоже на синдром голодания при нервной анорексии, описанный Фэйрберном [Fairburn, 2008]. Такая ограниченная диета может создать нехватку витаминов, которая, в свою очередь, может еще сильнее ухудшить аппетит или изменить вкусовое восприятие, как описывалось ниже. В случае с такими пациентами ограниченное потребление калорий также может привести к подавленному настроению, пониженной энергии, а также уменьшенной мотивации к участию в приятных способах времяпрепровождения, связанных с питанием. И хотя для некоторых людей — к примеру, страдающие от нервной

булимии или приступообразного переедания переедания — пищевые ограничения в конечном итоге приводят к увеличению объема потребляемой пищи в форме приступов переедания переедания, важно отметить, что люди с этой формой ИОРПП обычно считают пищу менее гедонистически привлекательной, что, возможно, защищает их от приступов переедания, но при этом держит в замкнутом кругу ограничений. Чем меньше они едят, тем больше вероятность развития негативных предсказаний относительно еды, включая снижение даже того минимального удовольствия, которое они обычно получали от пищи (подобно тому, как люди с клинической депрессией теряют интерес к занятиям, которые они раньше любили).

В контексте хронического недоедания у таких пациентов сигналы голода становятся менее выраженными, когда пациент многократно пренебрегает ими или вовсе игнорирует, а проявления сытости становятся более выраженными, когда пациент избегает ощущения наполненного желудка. Более того, таких людей начинают воспринимать как малоежек в семье и среди друзей. Со временем общественные ожидания о том, что они должны употреблять нормальный объем пищи, снижаются. Например, один взрослый пациент рассказал: “Мои родители заставляли меня пробовать новую пищу, когда я был ребенком, но потом перестали это делать. По мере взросления все мои друзья знали, что у меня плохой аппетит, а поэтому никто не ожидал, что я буду много есть. Со времен средней школы я никогда не ел за столом вместе со всей семьей, так как я ел что-то другое или же просто был не голоден”. Как и в случае с другими формами ИОРПП, сами ограничения усиливают физические и психологические последствия, создавая взаимный цикл обратной связи.

## Комбинирование всех элементов

Важно заметить, что примеры проявлений ИОРПП, предоставленные в *DSM-5*, не являются исчерпывающими. В клинической практике пациенты могут иметь и другие проявления, которые не ограничиваются сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи и страхом неприятных последствий (например, ригидные пищевые предпочтения, не сопровождающиеся

выраженной сенсорной чувствительностью). Однако, оказывая помощь в рамках КПТ-ИОРПП, этих пациентов следует лечить, используя интервенции, описанные в разделе с наиболее близким проявлением ИОРПП из предоставленных в *DSM-5*. Например, пациентам с ригидными пищевыми предпочтениями пойдет на пользу экспозиция с новыми продуктами, независимо от того, является ли сенсорная чувствительность изначальной причиной избегающего пищевого поведения, так как модель КПТ-ИОРПП предполагает, что теперь само избегающее пищевое поведение служит сохранению симптомов ИОРПП.

В общем и целом модель КПТ-ИОРПП предполагает, что биологическая предрасположенность, включая повышенную сенсорную чувствительность, тревогу и/или плохой аппетит, сопровождается ли она негативным опытом в питании или нет, вносит свой вклад в развитие негативных ощущений и предсказаний касательно питания, что, в свою очередь, приводит к избеганию или ограничениям в питании. Избегающее/ограничительное пищевое поведение влечет за собой серию физических и психологических последствий, которые поддерживают этот дезадаптивный цикл. Независимо от того, имеет ли пациент одно, два или все три из основных проявлений, КПТ-ИОРПП работает непосредственно с избегающим/ограничительным пищевым поведением с целью изменить и скорректировать механизмы, способствующие сохранению заболевания.



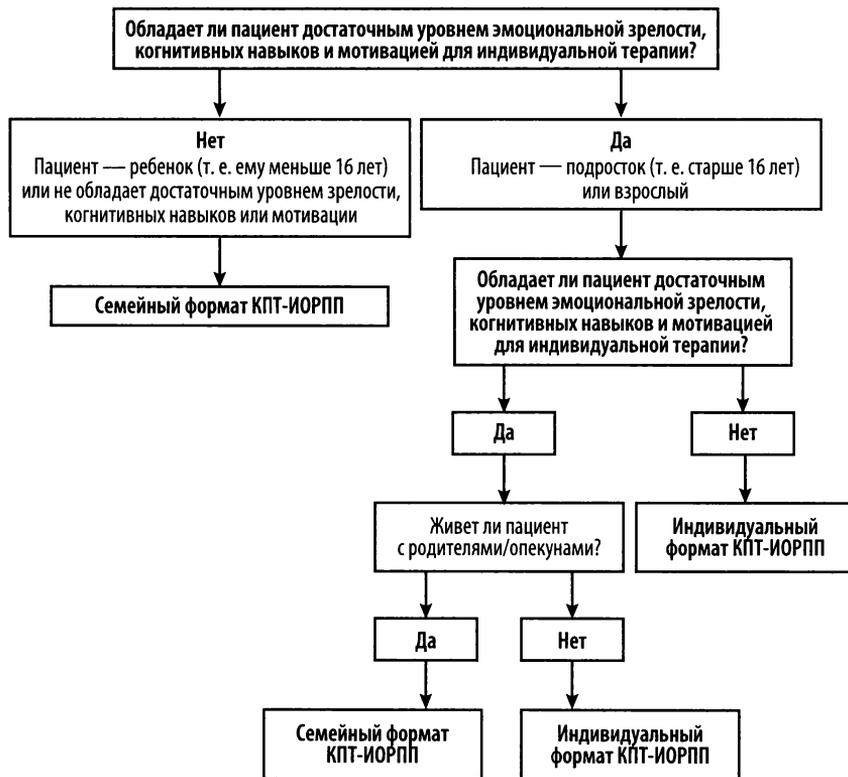
# Обзор КПТ-ИОРПП

Как показано в когнитивно-поведенческой модели ИОРПП, общими симптомами для всех клинических проявлений данного заболевания являются ограничение и избегание приема пищи. Поэтому избегание и ограничение — это основные цели интервенций в КПТ-ИОРПП. Однако в силу сложности ИОРПП КПТ-ИОРПП является достаточно гибкой, что обеспечивает возможность применения нашей терапевтической методики в работе с широким спектром пациентов. В рамках работы с разнообразными возрастными группами КПТ-ИОРПП может быть использована в индивидуальном или семейном формате. В зависимости от разнообразных поддерживающих механизмов заболевания на третьем этапе КПТ-ИОРПП можно выбрать один из трех модулей, подходящий для каждого отдельно взятого пациента. И наконец, чтобы уделить внимание пациентам, находящимся в различном весе, длительность лечения может регулироваться в рамках 20–30 сессий. Это позволяет пациентам со значительной нехваткой массы тела набрать необходимый вес. Такая долгосрочная терапия позволяет также поработать со всеми механизмами, поддерживающими данное заболевание. Вне зависимости от используемой версии терапии, каждая из форм КПТ-ИОРПП включает в себя все необходимые элементы, а именно структурированный формат сессий, домашние задания, общие цели терапии и последовательный подход терапевта.

## Индивидуальный и семейный формат

КПТ-ИОРПП может быть представлена в двух форматах: семейной или индивидуальной терапии. Обе версии основываются на тех же основных принципах и имеют идентичный формат из 20–30 сессий, составляющих 4 этапа. Семейная терапия рекомендована для пациентов в возрасте 10–15 лет, но подходит и для старших подростков и молодых людей, которые живут с родителями и имеют значительный дефицит массы тела, а также для пациентов с расстройствами

аутистического спектра или другими пороками развития, нуждающимися в дополнительной поддержке для того, чтобы произошли ожидаемые изменения в поведении. Индивидуальная терапия обычно рекомендована пациентам без дефицита массы тела в возрасте 16 лет и старше. На рис. 5.1 изображено дерево решений, которое поможет определить, какой вид КПТ-ИОРПП — семейный или индивидуальный — подходит для каждого отдельного случая. Очень важно определить формат, который будет использован в лечении, и сделать это необходимо до начала терапии. В случае если не сделать этого заранее, пациенты, ожидавшие индивидуальной терапии, могут быть разочарованы, когда узнают в середине лечения о том, что им необходима поддержка со стороны семьи.



**Рис. 5.1.** Дерево решений, позволяющее определить подходящий формат КПТ-ИОРПП (семейный или индивидуальный)

В случае проведения семейной КПТ-ИОРПП родители пациента или его опекуны ходят на все сессии вместе с пациентом, и именно они являются ответственными за прогресс терапии. Если быть более точными, родители либо поддерживают пациента в выборе целей терапии, либо выбирают их самостоятельно, а также помогают пациенту выполнять домашние задания. Понимая тот факт, что ИОРПП зачастую сохраняется в контексте семейной системы, нельзя переоценить важность семейной интервенции в случае с детьми и подростками с ИОРПП. Задействовать родителей важно не только из-за того, что пациенту сложно самому набрать вес; важно также определить, насколько родители поддерживают или усугубляют симптомы ИОРПП. Например, они могут предложить ребенку продукты быстрого приготовления, если он посмотрит с подозрением на блюдо, поданное на обед. Или же могут позволять пациенту постоянно перекусывать в течение дня, так как они обеспокоены из-за того, что их ребенок не потребляет необходимое количество калорий во время основных приемов пищи и установленных перекусов. В то же время некоторые родители могут каждый день предлагать пациенту продукты, которые он не любит и просто не может съесть. Все эти примеры приведены вовсе не для того, чтобы критиковать родителей. Родители очень часто ощущают себя беспомощными либо растерянными и не знают, как помочь своему ребенку с ИОРПП. Действительно, многим родителям были даны неясные или недостоверные представления о том, как справляться с пищевым поведением ребенка, особенно если взять во внимание тот факт, что диагноз ИОРПП достаточно новый. В то время как нормально развивающийся, но избирательный в питании ребенок может все-таки съесть продукт, который изначально ему не нравился, ребенок с ИОРПП может подавиться, его может вырвать, он может встать из-за стола или даже выбежать из комнаты. Подобно этому нормально развивающийся ребенок может в итоге проголодаться и поесть, а ребенок с ИОРПП может не есть на протяжении долгого времени, пропуская приемы пищи до тех пор, пока отчаявшиеся родители не предложат ему ту пищу, которую он любит.

Если оба родителя живут в одном доме, лучшим из возможных вариантов будет участие обоих родителей во всех сессиях. Однако

мы уважаем разнообразие современных моделей семьи и знаем из опыта, что участие всех членов семьи в сессиях может быть затруднительным. Поэтому, если только один из родителей может посещать сессии (например, если родители в разводе или у одного из них очень загруженный график работы, либо же он находится в отъезде), терапевт может позволить такой формат терапии при условии, что присутствия одного родителя достаточно для того, чтобы пациент успешно продвигался к достижению целей терапии. Но даже в таких случаях обоим родителям стоит посетить 2–4 сессии на первом этапе терапии, чтобы заложить основы для совместного управления пищевой проблемой ребенка. Как показывает наш опыт, братьям и сестрам необязательно принимать участие в КПТ-ИОРПП.

В случае с индивидуальной КПТ-ИОРПП пациент приходит на сессии один и самостоятельно отвечает за происходящие изменения. Другими словами, пациент самостоятельно выбирает цели терапии, а также планирует и выполняет домашние задания. Родители, опекуны или другие близкие люди могут быть приглашены пациентом или по совету терапевта с целью обсудить то, какие изменения они могут внести в свою жизнь, чтобы поддержать пациента дома. Но, опять-таки, сам пациент несет ответственность за то, чтобы эти изменения вступили в силу. Например, один из родителей подростка, живущего дома, может быть приглашен в последние 10–15 мин. сессии для того, чтобы обсудить возможность покупки определенных продуктов, которые пациент выбрал для того, чтобы попробовать на следующей неделе или чтобы познакомиться с ними во время следующей сессии. Это очень помогает пациентам, так как обычно именно родители распоряжаются покупкой продуктов, приготовлением пищи и выдачей денег на нужды подростка. Пациент также может нуждаться в том, чтобы родители подсказывали ему, что необходимо взаимодействовать с выбранными продуктами, но у родителей может не быть желания вдохновлять ребенка на взаимодействие с продуктами, которые они не выбирали для интервенции. Подобно этому взрослые пациенты, живущие отдельно от родителей, могут проявить желание пригласить своего близкого человека пройти совместно одну или две сессии в середине терапии, чтобы узнать больше об ИОРПП и найти пути помощи в изменении

пищевого поведения. Близкие люди обычно менее вовлечены в процесс терапии взрослых пациентов, которые в состоянии справляться с ежедневным планированием приемов пищи и самостоятельно покупать продукты питания.

## Четыре этапа КПТ-ИОРПП

КПТ-ИОРПП — это структурированная терапевтическая методика, состоящая из четырех обширных этапов (табл. 5.1). На первом этапе терапевт проводит психообразовательные мероприятия об особенностях ИОРПП и поддерживающих заболевание механизмах, а также помогает пациенту создать индивидуальную формулировку того, как проявляется ИОРПП именно у него. Терапевт также поддерживает пациента (или его родителей) в том, чтобы внести первые изменения, значительно увеличив объем (для пациентов с недостатком массы тела) и приступив к увеличению разнообразия (для всех пациентов) употребляемой пищи. Первый этап может состоять всего из двух сессий, но его стоит продлить до четырех сессий в случае с пациентами с недостаточной массой тела. На втором этапе терапевт помогает пациенту (или его родителям) определить, с какими поддерживающими механизмами они будут работать на третьем этапе, а также помогает пациенту решить, какие продукты питания будут введены в рацион с целью увеличения пищевого разнообразия в рамках всех пяти основных групп продуктов. В том случае если у пациента наблюдается недостаток массы тела, терапевт продолжает поддерживать старание пациента (или его родителей) в том, чтобы набрать вес. Второй этап включает в себя две сессии. На третьем этапе, который является основной частью лечения, терапевт помогает пациенту (или его родителям) в работе с механизмами, поддерживающими заболевание, в том порядке важности, который указан в индивидуальной формулировке ИОРПП для этого пациента. Каждый из поддерживающих механизмов (сенсорная чувствительность, страх неприятных последствий и отсутствие интереса к приему пищи) имеет дополнительный модуль, который может быть предложен в рамках третьего этапа. Третий этап является наиболее регулируемой частью лечения в том,

**Таблица 5.1.** Четыре этапа когнитивно-поведенческой терапии расстройства избегания/ограничения приема пищи (КПТ-ИОРПП)

Этап	Основные интервенции
1. Психобразование и ранние изменения (2–4 сессии)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление психообразовательных материалов об ИОРПП и его лечении</li> <li>• Самооценка или родительская оценка потребляемой пищи</li> <li>• Соблюдение регулярных приемов пищи для нормализации чувства голода</li> <li>• Увеличение объема предпочитаемых продуктов (для пациентов с недостатком массы тела) и разнообразия потребляемых продуктов (для всех пациентов)</li> <li>• Индивидуализированная формулировка механизмов, поддерживающих избегающее/ограничительное пищевое поведение (сенсорная чувствительность, страх неприятных последствий, отсутствие интереса к приему пищи)</li> </ul>
2. Создание плана лечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжается увеличение объема и/или разнообразия потребляемой пищи</li> <li>• Обзор диеты с точки зрения употребления продуктов из всех пяти основных групп, а также выбор продуктов для изучения на третьем этапе</li> </ul>
3. Работа с поддерживающими механизмами по мере приоритетности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сенсорная чувствительность: систематическая десенсибилизация новых продуктов посредством многократного исследования их вида, ощущения на ощупь, запаха, вкуса и текстуры в рамках сессии; создание подробного плана для домашней практики и введения новых продуктов в рацион</li> <li>• Страх неприятных последствий: проведение психообразовательных мероприятий о том, как избегание поддерживает тревогу, составление иерархии страхов и избегания, ступенчатая экспозиция с пугающими продуктами и ситуациям, в которых могут произойти удушье рвота или другие пугающие последствия</li> <li>• Откровенное отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом: интероцептивная экспозиция к ощущению вздутия, чувству тяжести и/или тошноты; экспозиция наиболее предпочитаемыми продуктами в рамках сессии</li> </ul>
4. Предотвращение рецидива заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка того, насколько цели терапии были достигнуты, определение дальнейших стратегий лечения для домашнего использования, разработка плана поддержания набора веса (если необходимо) и продолжение изучения новых продуктов</li> </ul>

что касается содержания и длительности. Он может длиться от 14 (если у пациента нет недостатка массы тела и всего один или два поддерживающих механизма) до 22 сессий (если у пациента есть недостаток массы тела и несколько поддерживающих механизмов). И наконец, на четвертом этапе терапевт помогает пациенту (или его родителям) в составлении детального плана с целью сохранения достигнутых успехов и предотвращения рецидива болезни. Четвертый этап состоит из двух сессий.

## Изменение длительности лечения

Подобно усиленной КПТ-У для лечения расстройств пищевого поведения [Fairburn, 2008], в которой длительность терапии зависит от степени недостатка массы тела у пациента, основной курс КПТ-ИОРПП состоит из 20 сессий. В случае с пациентами с одним поддерживающим механизмом и высокой мотивацией к изменению пищевого поведения, количество сессий может быть даже меньше 20. С другой стороны, лечение может также быть продлено до 30 сессий в случае с пациентами с выраженным недостатком массы тела, особенно если у них наблюдается одновременно несколько механизмов, поддерживающих ИОРПП. С целью определения точного количества сессий в случае с пациентами с низкой массой тела терапевту стоит оценить степень недостатка массы тела. Пациентам с серьезным недостатком массы тела (которым необходимо набрать >15 фунтов (около 7 кг)) может понадобиться 30 сессий для того, чтобы набрать необходимый вес, в то время как пациентам с незначительным недостатком массы тела может быть достаточно 25 сессий. Такой подход похож на недавнее исследование лечения нервной анорексии, в ходе которого длительность лечения зависела от степени недостатка массы тела [Andony et al., 2015]. Однако не всем пациентам с очень низкой массой тела понадобится проходить все 30 сессий.

На рис. 5.2 представлена схема, иллюстрирующая то, как КПТ-ИОРПП может быть модифицирована в зависимости от различных проявлений у пациентов, основанная на весе пациента и количестве поддерживающих механизмов. Первый пример показывает, как



если у пациента есть опыт незначительной избирательности в еде, однако в последнее время после эпизода удушья он ограничил употребляемую пищу исключительно пюре и другими мягкими продуктами, необходимо справиться со страхом неприятных последствий (4–6 сессий), прежде чем переходить к работе с сенсорной чувствительностью (8–10 сессий). И наконец, третий пример показывает, как вариант из 30 сессий может быть применен в лечении пациента с недостатком массы тела, имеющего все три поддерживающих механизма. Пациенту потребуется более длительный первый этап (4 сессии вместо 2) для поддержки набора веса, а также продленный третий этап (чтобы продолжить набор веса до нормальной отметки, а также поработать со всеми тремя поддерживающими механизмами в порядке клинической приоритетности). Например, если у пациента есть опыт избирательного питания и множественных случаев рвоты, которые привели к избеганию небольшой группы продуктов, а сейчас плохой аппетит препятствует потреблению необходимого количества калорий, терапевт может начать третий этап с работы над отсутствием интереса к приему пищи (2–6 сессий), после этого перейти к работе со страхом неприятных последствий (4–8 сессий), а после — к сенсорной чувствительности (8–16 сессий), при этом поддерживая набор веса в течение всей терапии.

## План стандартной сессии КПТ-ИОРПП

Поскольку КПТ-ИОРПП является ограниченной во времени, не стоит его терять. Поэтому терапевту необходимо использовать время наиболее рациональным образом, структурируя каждую сессию следующим образом.

1. Озвучить ход сессии (терапевту следует выделить те пункты КПТ-ИОРПП, которым будет уделено внимание в ходе сессии, а также спросить у пациента о дополнительных пунктах, которые он хочет обсудить; эти пункты должны быть включены в сессию только после обсуждения основной программы).
2. Взвесить пациента (независимо от того, является ли набор веса целью терапии, всех пациентов необходимо взвешивать в начале каждой сессии).

3. Проверить выполнение домашней работы, заданной на предыдущей сессии (например, самонаблюдение или наблюдение со стороны родителей, проверить выполнение домашних упражнений и количество новых продуктов, которые пациент попробовал или успешно ввел в рацион за прошедшую неделю).
4. Провести интервенцию, соответствующую нынешнему этапу терапии (например, индивидуализированная формулировка, экспозиция с новой или пугающей пищей, экспозиция с внутренними ощущениями).
5. Рассмотреть вопросы, предложенные пациентом и/или членами его семьи.
6. Запланировать практики, которые пациент должен выполнить в качестве домашнего задания к следующей сессии.

Домашняя практика (т.е. домашняя работа) является чрезвычайно важной для достижения целей терапии. На первом этапе многие виды домашних заданий предопределены самой терапией (например, начало самонаблюдения). Однако по ходу лечения мы советуем терапевту включать пациента (и/или членов семьи, если проводится семейная терапия) в активную постановку целей. После их согласования в том случае, если пациент имеет двойственные чувства относительно следования выбранным целям, терапевту стоит оценить мотивацию пациента, задав следующий вопрос: “Оцените по шкале от 0 до 100%, насколько вероятно, что вы выполните домашнее задание?” Если ответ пациента будет <90%, терапевту стоит поработать с устранением преград на пути к выполнению домашнего задания, либо рассмотреть вероятность снижения требований к выполнению задания. Когда пациент утвердится в уверенности в том, что цели домашней практики являются реалистичными и достижимыми, терапевту больше не придется спрашивать о вероятности выполнения домашнего задания в конце каждой сессии.

## Цели терапии в рамках КПТ-ИОРПП

Некоторые пациенты начинают терапию, желая внести весьма определенные изменения в свою диету. Например, родители могут

желать, чтобы их ребенок ел брокколи или какое-то особенное праздничное блюдо, которое любит вся семья. Пациент может выразить желание “снова наслаждаться пищей” или “с нетерпением ждать приема пищи”. Однако очень важно быть реалистичными относительно изменений: 1) которых можно достигнуть, учитывая предположение о биологической предрасположенности, провоцирующей заболевание; и 2) которые являются достаточными для того, чтобы сгладить физические последствия ИОРПП и улучшить или восстановить качество жизни. Вот список целей, которые, как мы считаем, вполне могут быть достигнуты по завершении КПТ-ИОРПП.

- Пациент больше не подходит под критерии ИОРПП и/или степень выраженности симптомов значительно снизилась.
- Пациент может употреблять в пищу по несколько продуктов из всех пяти основных групп и вводит эти продукты в свой рацион (т.е. употребляет их на регулярной основе).
- Рост и вес пациента достигли желаемого значения (например, пациент вернулся к той траектории роста, которая наблюдалась у него до болезни, и у него больше нет дефицита массы тела).
- Режим приема пищи у пациента является полноценным (дефициты скорректированы либо на пути к восполнению, либо пациент принимает необходимые витамины, прописанные терапевтом, и ограничения в еде больше не усугубляют дефицит).
- Пациент больше не испытывает клинически значимых последствий избегания и ограничения продуктов питания, а также имеет план действий в различных социальных ситуациях, связанных с приемом пищи.

Стоит отметить, что основные цели КПТ-ИОРПП не предполагают, что пациент станет любителем поесть, начнет получать удовольствие от необычных продуктов питания или станет есть определенные продукты (например, брокколи). Скорее, они предполагают, что пациент начнет употреблять более разнообразный набор продуктов с меньшим уровнем сопутствующего дистресса. Наслаждение едой также не является непосредственной целью, так как гомеостатический аппетит и гедоническая реакция на пищу являются хотя бы частично генетически обусловленными. Вместо этого в рамках

КПТ-ИОРПП мы помогаем пациентам употреблять достаточное количество пищи для того, чтобы их питание было достаточным, даже если временами эта задача кажется тяжким трудом.

Быстрая ответная реакция. Одной из основных разработок недавнего времени в когнитивно-поведенческой литературе является открытие, что быстрая ответная реакция в первые четыре недели лечения предполагает хорошие результаты в ходе дальнейшей терапии, так же, как и последующие улучшения. Результаты недавно проведенного метаанализа 34 исследований показывают, что вышеупомянутое явление особенно характерно для терапии расстройств пищевого поведения [Linardon, Brennan & de la Piedad Garcia, 2016]. Поэтому КПТ-ИОРПП разработана таким образом, чтобы обеспечить следующую быструю ответную реакцию в первые четыре недели.

- В случае с пациентами с ограниченным пищевым разнообразием: 1) ввести в рацион ранее любимые продукты, которые по какой-то причине пациент перестал употреблять; 2) снизить зависимость от употребления одних и тех же продуктов питания в качестве строго определенных ежедневных приемов пищи или перекусов (т.е. выбирать из двух-трех вариантов завтрака, а не есть одно и то же каждый день); и 3) ввести небольшие изменения в способе подачи любимых продуктов (например, целые яблоки вместо порезанных кусочками, выбор разных вкусов готовых фасованных продуктов).
- В случае с пациентами со страхом неприятных последствий приема пищи: начать вводить в рацион хотя бы некоторые из продуктов, вызывающих тревогу, даже если пациент пока не употребляет большинство тревожащих продуктов.
- В случае с пациентами, проявляющими отсутствие интереса к приему пищи и пище в целом, а также с пациентами с недостаточной массой тела: набрать хотя бы 4 фунта (около 2 кг; скорость набора — один килограмм в неделю).

В случае с пациентами, сочетающими несколько поддерживающих механизмов, терапевт должен сфокусироваться на каком-то одном из механизмов для достижения быстрых результатов. Для достижения этих целей терапевту очень важно настаивать на введении

изменений с самой первой сессии, а также подкреплять поведение пациента, которое поможет достичь устойчивых изменений — это посещение сессий без пропусков и ежедневное выполнение домашних практических заданий.

## Стиль поведения терапевта

Многие люди с ИОРПП приходят в терапию, чувствуя критику со стороны семьи, друзей и специалистов здравоохранения, направленную на избирательность в питании и отказ от определенных продуктов. Например, в статье, опубликованной в 2015 г. в *Boston Globe*, Салли Сэмпсон, редактор журнала с рецептами для детей, создает впечатление, что симптомы ИОРПП являются волевым решением. Она утверждает, что “избирательность в питании — это привилегия привилегированных”. Для успешного проведения КПТ-ИОРПП очень важно, чтобы терапевт не поддерживал этот негативный взгляд. Ведь, если пациент уверен в том, что он “привередливый в еде” или “упрямый”, он может ощущать бессилие в попытках что-то изменить. Проработав в сфере ментального здоровья на протяжении многих лет, мы заметили, что, когда пациенту поставлен диагноз, первое, что обычно делают профессионалы и все остальные — обвиняют самого пациента в том, что у него есть эти симптомы, либо же обвиняют членов его семьи. Стоит заметить, что история со стигматизацией и обвинением родителей в огромном количестве психиатрических заболеваний, включая аутизм, шизофрению и нервную анорексию, длится уже очень много лет. Во всех вышеперечисленных случаях исследования показали наличие серьезных биологических факторов, провоцирующих заболевание, и подчеркнули, что поведение родителей, кажущееся на первый взгляд необычным, является следствием заболевания у ребенка, а не его причиной. (Между прочим, мы не раз задавались вопросом, не выполняет ли обвинение пациента или его родителей функцию самозащиты для обвиняющих; если люди воспринимают человека с расстройством или его семью как в чем-то провинившихся, это дает им иллюзию безопасности и позволяет поверить в то, что у них и членов их семьи такое расстройство уж точно никогда не проявится.)

Поэтому в рамках КПТ-ИОРПП терапевт принимает эмпатичный стиль поведения, в котором нет места осуждению и обвинению. КПТ-ИОРПП терапевт предполагает, что избегающее/ограничительное поведение является весьма логичным для данного пациента, беря во внимание его генетически обусловленные вкусовые предпочтения, опыт приемов пищи и/или историю подкрепления. Разумеется, такой эмпатичный стиль поведения вовсе не значит, что пациенту можно ничего не делать и избежать изменений. Вместо этого терапевт должен рассматривать проблему как поддающуюся влиянию (даже если для ее решения понадобится немало времени) и проявлять любопытство относительно опыта пациента, что может привести к лучшему пониманию себя со стороны пациента. И хотя терапевт использует похвалу и подбадривание для того, чтобы поддержать изменения в поведении, терапевт и пациент должны быть в одной команде, работая вместе над решением вопроса, который оба считают проблематичным. Некоторые программы для работы с избирательными едоками не рекомендуют родителям и клиницистам хвалить детей за то, что они попробовали новую пищу [например, *Rowell et al., 2015; Satter, 1987*]. Однако этот совет не согласуется с данными, свидетельствующими о том, что оперантное обусловливание с помощью вербального или объектного подкрепления является эффективной стратегией, позволяющей помочь детям и подросткам с проблемами в питании принимать новые пищевые продукты [Marshall et al., 2015]. По нашему опыту, это также обычно противоречит естественной склонности родителей и терапевтов поощрять и хвалить пациента за решение новых задач.

## Вывод

КПТ-ИОРПП является структурированной в подаче, но гибкой в применении. Во время проведения терапии терапевт может задаваться вопросом, насколько успешно он применяет основные принципы этой методики. В приложении 1 (“Оценка компетентности в КПТ-ИОРПП”) показано, как можно оценить свои умения при помощи критериев, которые наша команда использовала, чтобы оценить свои успехи в проведении КПТ-ИОРПП во время пилотного

испытания методики. Бланк, приведенный в приложении, дает терапевту структурированную возможность обдумать, насколько компетентно он задействовал основные стратегии КПТ-ИОРПП, такие как сотрудничество с пациентом, вовлечение членов семьи, фокус на целях терапии, сохранение оптимистичного настроения касательно изменений и избегание типичных ошибок. Мы приводим это приложение в нашей книге, чтобы все заинтересованные смогли оценить, насколько хорошо они провели сессию. Чтобы изучить этот вопрос еще подробнее, можно использовать приложение 2 (“Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: оценка от сессии к сессии”). Это приложение позволит терапевтам оценить свою верность принципам КПТ-ИОРПП. Так как содержание терапии меняется от сессии к сессии, мы предоставили список заданий, которые необходимо выполнить, а также возможность оценить уровень успешности выполненных заданий. Опять же, мы пользовались этими бланками, чтобы оценить свою верность принципам КПТ-ИОРПП во время пилотного клинического испытания и решили привести их здесь в надежде, что они окажутся полезными для наших читателей. Например, нам было удобно и полезно сверяться с заданиями в реальном времени по ходу их выполнения в рамках каждой сессии. Это помогало нам убедиться, что мы не упускаем ничего важного.



# Первый этап: психообразование и ранние изменения

Основной целью первого этапа КПТ-ИОРПП (т.е. первых двух-четырех сессий) является помощь пациенту (или его семье) в том, чтобы узнать побольше о диагнозе ИОРПП в общем и об индивидуальном проявлении данного заболевания у пациента, а также донести до пациента (или его родителей) важность ранних изменений в пищевом поведении. Во время первой сессии терапевт предоставляет психообразовательные материалы об ИОРПП, назначает проведение самонаблюдения или наблюдения со стороны родителей, а также вдохновляет на ранние изменения, попросив о первом увеличении объема или разнообразия потребляемой пищи. На второй сессии терапевт работает в сотрудничестве с пациентом (или его родителями) над воссозданием индивидуальной формулировки пищевой проблемы пациента. Они вместе составляют регулярный план питания, продолжают увеличивать объем и разнообразие пищи, а также (если у пациента наблюдается недостаток массы тела) разрабатывают план терапевтического приема пищи, который будет проведен во время третьей сессии. В том случае если у пациента есть дефицит массы тела, третья сессия должна включать в себя терапевтический прием пищи, организованный таким образом, чтобы помочь пациенту и/или его родителям изучить стратегии увеличения объема поглощаемой пищи в домашних условиях. Четвертая сессия включает в себя дальнейшее коллективное обсуждение способов поддержки набора веса. Если у пациента нет дефицита массы тела, следует пропустить последние две сессии первого этапа и перейти непосредственно ко второму этапу.

## Первая сессия первого этапа

**Знакомство.** Если терапевт ранее не встречал пациента или его родителей (первичное обследование было проведено другим

клиницистом), врач начинает сессию, представляясь пациенту (или его родителям). В ответ терапевт просит пациента рассказать немного о том, почему он пришел на терапию. При семейной форме КПТ-ИОРПП терапевт приветствует каждого из членов семьи и по очереди задает им этот же вопрос. Поскольку первая сессия включает в себя очень много пунктов, не стоит отводить на знакомство больше пяти минут.

**Последовательность событий.** Терапевт начинает каждую сессию с перечисления того, что они вместе должны проделать сегодня. При помощи этого приема врач доносит до пациента идею о ценности времени, о том, что не стоит его терять в рамках этого ограниченного по времени подхода. После того как пункты, с которыми терапевт планирует поработать во время этой сессии, озвучены, врач спрашивает пациента или его родителей о том, есть ли еще какие-то вопросы, которые они хотят обсудить. Если таковые имеются, терапевту нужно обсудить волнующие пациента темы до окончания сессии, вплетая их по ходу событий или отведя им отдельную часть времени в конце сессии. Врач также может перенести обсуждение этих вопросов на следующую сессию, когда это будет более уместным. Очень важно, чтобы терапевт не позволял посторонним темам (не связанным с темой ИОРПП) преобладать во время сессии.

**Взвешивание пациента.** После обсуждения плана сессии терапевт взвешивает пациента и сообщает ему (или его родителям) результат. В случае с пациентами, для которых набор веса является одной из целей терапии, взвешивание в начале каждой сессии поможет терапевту, пациенту и его родителям отследить еженедельный набор веса, а также оценить продвижение к желаемому весу. Для пациентов, у которых нет дефицита массы тела, взвешивание также является важным и позволяет убедиться, что изменения в питании пациента не влияют на его вес негативным образом ни в сторону увеличения, ни в сторону уменьшения. В случае с пациентами с избыточной массой тела существует возможность, что увеличение пищевого разнообразия (включение большего количества фруктов, овощей и постного мяса) приведет к снижению веса, но это не является целью КПТ-ИОРПП (!). В случае с пациентами, у которых нет ни недостатка, ни избытка массы тела, очень важно убедиться,

что прописанные изменения в питании (например, снижение доли добавок в виде напитков или высококалорийных продуктов, таких как макароны с сыром) не приведут к нездоровой потере веса или отставанию в росте.

**Общая психообразовательная информация об ИОРПП.** Терапевт вначале спрашивает у пациента (или его родителей), что они знают об ИОРПП. Важно, чтобы терапевт не ожидал наличия у пациента обширных знаний в данной области, так как этот диагноз появился в психиатрической номенклатуре относительно недавно. Используя изначальные знания в качестве основы, терапевт рассматривает раздаточный материал для пациентов, изображенный на рис. 6.1. Необходимо подчеркнуть, что ИОРПП является психиатрическим расстройством и у людей с ИОРПП есть биологическая предрасположенность, которая провоцирует заболевание, делая ограничения в питании пациента весьма логичными. Как только этот паттерн избегания и ограничения приема пищи установлен, он становится самоподдерживающим и очень устойчивым. Но, к счастью, существуют определенные шаги, которые пациент и его родители могут предпринять с целью изменить пищевое поведение. На протяжении этого совместного рассмотрения информации терапевт просит пациента подчеркнуть те аспекты, которые наиболее сильно перекликаются с его нынешним положением. Врач также призывает пациента и его родителей задавать вопросы.

Психообразование является чрезвычайно важным для поддержки вовлеченности в процесс лечения, независимо от веса и режима приема пищи пациента. Например, пациенты с ИОРПП с повышенной сенсорной чувствительностью могут ощущать бессилие в попытках расширить свой скудный рацион. Помощь пациенту в понимании того факта, что он попал в порочный круг, который ограничивает его возможности экспозиции, является чрезвычайно важной. В отличие от этого, пациенты со страхом неприятных последствий могут быть убеждены в том, что их неспособность есть и не давиться при этом является физической проблемой, а не психологической. Также некоторым пациентам и/или их родителям может понадобиться дополнительная помощь в том, чтобы предпринимать действия, направленные на набор веса, так как они не считают маленький вес

проблемой, особенно если у пациента не было сильной потери веса (как при нервной анорексии), просто он всегда имел небольшой вес. Кроме того, недостаточное и нерегулярное питание может стать частью идентичности человека с ИОРПП. В таком случае пациент перестает рассматривать проявления ИОРПП как симптомы заболевания, что может ухудшить понимание негативных последствий.

**Психообразовательные материалы обо всех поддерживающих механизмах, которые наблюдаются у пациента.** Информация, представленная на рис. 6.1 и 6.5, должна быть донесена до всех пациентов без исключения, а рис. 6.2–6.4 должны быть продемонстрированы только в тех случаях, когда они соответствуют основным поддерживающим механизмам, обнаруженным у пациента в ходе первичного обследования. Например, при работе с пациентом с повышенной сенсорной чувствительностью терапевту необходимо показать ему только рис. 6.1, оставив рис. 6.3 и 6.4 без внимания. И наоборот, при работе с пациентом со всеми тремя поддерживающими механизмами терапевту необходимо показать рис. 6.2–6.4. Если у пациента наблюдается только один поддерживающий механизм, рассмотрение раздаточного материала может быть довольно неспешным. Однако, если у пациента представлены несколько поддерживающих механизмов, терапевту необходимо озвучить все основные моменты и довольно быстро перейти к рассмотрению следующего раздаточного материала. Изучение материала, который не был рассмотрен во время первой сессии, может быть задано на дом. Также терапевту необходимо напоминать пациенту и родителям, чтобы они возвращались к прочтению информации, содержащейся в раздаточных материалах, и между сессиями.

Рассматривая рис. 6.2, врач подчеркивает, что вкусовые предпочтения являются частично генетически обусловленными и начинают формироваться еще до нашего рождения. Одно исследование показало, что дети матерей, которые регулярно пили морковный сок во время третьего триместра беременности или при грудном вскармливании, более охотно ели морковь в раннем детстве в сравнении с детьми матерей, которые не пили морковный сок [Mennella, Lagnow & Beauchamp, 2001]. Даже если мать употребляет довольно разнообразный набор продуктов во время беременности, все дети

## Что такое ИОРПП

# Избегающее/ ограничительное расстройство приема пищи

- Люди, страдающие от ИОРПП, едят очень мало и это приводит к возникновению различных проблем в их жизни
- Эти проблемы могут быть связаны с состоянием здоровья. К примеру, это может быть значительная потеря веса или нехватка питательных веществ
- Эти проблемы могут иметь социальный характер. К примеру, некоторым людям с ИОРПП сложно употреблять пищу в присутствии других людей

ИОРПП отличается от других расстройств пищевого поведения тем, что люди, страдающие этим заболеванием, не особенно переживают насчет того, как они выглядят и сколько весят. Вместо этого у людей с ИОРПП могут присутствовать одна, две или все три из нижеприведенных особенностей.



1. Некоторые люди с ИОРПП находят вкус, текстуру и запах новых продуктов очень странными и предпочитают есть только “безопасные” и хорошо известные им продукты



2. У других имеется пугающий опыт с приемом пищи. Это могла быть рвота, удушье или аллергическая реакция. Вследствие этого они начали избегать употребления продуктов, после которых почувствовали себя плохо либо же перестали есть вообще



3. Люди из третьей группы редко испытывают чувство голода, считают, что прием пищи — это неприятная задача, и слишком быстро начинают ощущать чрезмерную сытость

Рис. 6.1. Раздаточный материал для пациентов “Что такое ИОРПП”

## Что такое ИОРПП

Очень важно понимать, что человек с ИОРПП не просто “упрямый” или “привередливый в еде”



У людей с ИОРПП есть определенные биологические особенности, делающие подобное пищевое поведение довольно логичным

После того как избегание пищи становится привычным, оно превращается в долгосрочное и его очень сложно изменить

## ЧТО ТАКОЕ ИОРПП

Если предпринять определенные шаги, можно разорвать порочный круг ИОРПП и изменить привычное пищевое поведение

Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2022)

**Рис. 6.1 (окончание).** Раздаточный материал для пациентов “Что такое ИОРПП”

## Что происходит, если вы употребляете ограниченный набор продуктов



- \* Вкусовые предпочтения частично зависят от генетики
- \* Вы можете обладать способностями дегустатора – то есть, возможно, вы родились с высокой концентрацией вкусовых рецепторов на языке. Вследствие этого у вас может быть сильная неприязнь к горькому вкусу, которым обладают некоторые виды овощей



- \* Определенные вкусовые предпочтения выглядят вполне разумно с точки зрения эволюции
- \* Такие продукты, как фрукты, овощи и мясо, часто бывали ядовитыми во времена наших предков, охотников и собирателей

## Как ограниченный рацион способствует поддержанию ИОРПП

- \* Употребление одних и тех же продуктов все время приводит к тому, что новые продукты кажутся еще более непривычными
- \* Нехватка определенных питательных веществ может привести к измененному восприятию определенных вкусов, вследствие чего новые продукты могут казаться менее вкусными
- \* Употребляя какой-то продукт снова и снова, можно устать от него и вовсе перестать есть его, еще более ограничивая свой рацион
- \* Употребление очень скудного набора продуктов может привести к серьезным проблемам со здоровьем. Употребление продуктов с высоким содержанием сахара и жира может привести к диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. Избегание фруктов и овощей может привести к развитию определенных видов рака
- \* Вы можете испытывать сложности в том, чтобы употреблять пищу в присутствии других людей, что лишает Вас возможности попробовать новые продукты



Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

**Рис. 6.2.** Раздаточный материал для пациентов “Что происходит, если вы употребляете ограниченный набор продуктов”

имеют врожденную склонность к тому, чтобы выбирать продукты со сладким вкусом и отвергать продукты с горьким вкусом. Некоторые люди, рожденные с более высокой концентрацией вкусовых рецепторов на языке, имеют еще более выраженную неприязнь к горьким продуктам (некоторые виды овощей). С точки зрения эволюции тот факт, что дети предпочитают знакомые, безопасные и доступные продукты, является довольно логичным. Велика вероятность, что те продукты, употребления которых люди с ИОРПП зачастую избегают — фрукты, овощи и мясо, — были ядовитыми в те далекие времена, когда наши предки были охотниками и собирателями. Кук и Веббер [Cooke & Webber, 2015, p. 81] утверждают, что излишняя пищевая избирательность у детей “является довольно логичной, если принять во внимание тот факт, что отравление растениями и мясными продуктами является наиболее вероятным для детей младшего возраста. Токсины содержатся во многих видах растений (фрукты, овощи), а животные продукты (мясо, рыба и яйца) являются основным источником бактерий, которые могут привести к отравлению”.

Однако большинство людей, у которых не развивается ИОРПП, в итоге узнают, что эти продукты являются безопасными и даже вкусными. Это происходит благодаря процессу, который называется экспозиция. Другими словами, после того, как человек несколько раз попробовал новый продукт, он понимает, что ему от него не станет плохо. Он также обнаруживает, что изначально новый и непривычный вкус становится привычным и даже приятным. С другой стороны, люди с ИОРПП могут быть настолько осторожными в питании, что у них просто нет возможности испытать на себе преимущества этого эффекта экспозиции. Такие люди обычно ограничивают свою диету очень узким выбором продуктов, приготовленных одним и тем же образом. Когда человек ест одну и ту же пищу снова и снова, у него вырабатывается убеждение: пища должна иметь определенный вкус, что делает вкус новых продуктов еще более необычным. Кроме того, постоянное употребление одного продукта может привести к тому, что человек от него устанет и вовсе перестанет употреблять, еще больше ограничив свою диету. Все эти факторы приводят к тому, что люди с ИОРПП очень неохотно пробуют новые продукты, что делает их заложниками этого расстройства.

Рассматривая рис. 6.3, терапевту следует упомянуть, что, хотя прием пищи зачастую воспринимается как нечто приятное, у большинства людей в какой-то момент может произойти негативное событие, связанное с приемом пищи. Человек может подавиться, его может стошнить, у него может проявиться аллергическая реакция или болевые ощущения после приема пищи. Для некоторых людей этот опыт становится травмирующим и приводит к тому, что они становятся более осторожными в питании. И хотя определенная доля осторожности является адаптивной после неприятного случая, некоторые люди становятся настолько осторожными, что это мешает им получать достаточное количество питательных веществ. Например, человек может перестать употреблять продукты, которые напоминают ему о травмирующем опыте, либо же вовсе перестать есть. Более того, когда они едят, то могут задействовать паттерны избегающего поведения, которые препятствуют опровержению катастрофических предсказаний. Проблема этих стратегий состоит в том, что они могут произвести нежелательный эффект: чем больше человек избегает определенного продукта или ситуации, тем большую тревогу они вызывают.

Рассматривая рис. 6.4, терапевт отмечает, что уровень голода и удовольствия, получаемого от пищи, у разных людей различаются, и происходит это хотя бы частично из-за наследственных факторов. Однако некоторые люди, которые испытывают чувство голода крайне редко или считают, что прием пищи — это тяжелая и неприятная задача, со временем едят все меньше и меньше. Употребление ограниченного объема пищи имеет серьезное воздействие на аппетит человека, что, как ни парадоксально, делает прием пищи еще более сложным. Например, беспорядочное питание в течение дня без регулярного режима приема пищи и перекусов приводит к тому, что сигналы голода становятся менее выраженными. Это особенно заметно в том случае, когда человек не ест в течение долгого времени. Употребление слишком маленького количества пищи также может привести к быстрому насыщению — и даже к болевым ощущениям — даже если человек съедает нормальное количество пищи. Это происходит из-за того, что возможности ЖКТ могут сильно изменяться в соответствии с хроническими пищевыми

## “Что происходит, если вы становитесь слишком осторожным в питании после негативного опыта с пищей”



\* Негативный опыт с пищей (рвота, удушье, аллергическая реакция или болевые ощущения после приема пищи) могут стать причиной психологической травмы



\* Подобный опыт может привести к тому, что вы ограничите свой рацион для того, чтобы предотвратить повторение травмирующей ситуации

\* Вы можете перестать употреблять пищу, напоминающую о травмирующей ситуации, либо вовсе перестать есть

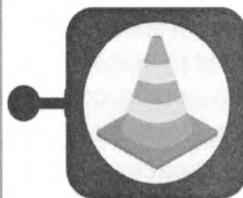
## Как избегание определенных продуктов или пищи в целом поддерживает ИОРПП

\* Вы можете начать использовать нижеприведенные способы избегающего поведения для того, чтобы предотвратить повторение травмирующей ситуации:

- откусывать очень маленькие кусочки пищи
- жевать дольше, чем это необходимо
- питаться только в проверенных ресторанах
- вовсе перестать есть

\* Избегающее поведение не позволяет вам опровергнуть негативные предсказания относительно приема пищи

\* Чем дольше вы избегаете употребления определенного продукта, тем более сильный страх у вас это вызывает!



Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2022)

**Рис. 6.3.** Раздаточный материал для пациентов  
“Что происходит, если вы становитесь слишком осторожным в питании после негативного опыта с пищей”



“Что происходит, если вы ограничиваете объем потребляемой пищи”

\* То, насколько остро вы ощущаете голод и насколько сильное удовольствие от еды получаете, зависит от генетики

\* Если вы едите очень мало, это может привести к раннему наступлению чувства сытости, даже если вы не получили достаточное количество питательных веществ



\* Хаотичное питание с большими перерывами между приемами пищи может привести к тому, что сигналы голода начнут ослабевать

\* Если вы едите слишком мало, это может привести к чрезмерному чувству сытости в том случае, если вы все-таки съедите достаточно пищи. Это происходит из-за того, что хронические ограничения в питании приводят к уменьшению способности желудка перерабатывать пищу

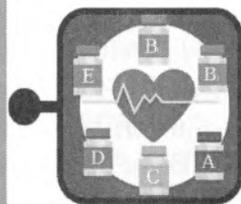
### Как недостаточное питание поддерживает ИОРПП

\* Даже если вы родились с менее выраженным аппетитом, чем у других людей, недостаточное питание может еще сильнее снизить ваш аппетит, особенно если вы употребляете ограниченный набор продуктов

\* Употребление ограниченного набора продуктов может привести к тому, что вы не сможете употреблять пищу в достаточном объеме из-за того, что вам надоест есть одни и те же продукты и вы станете употреблять меньшие порции этих продуктов

\* Вы можете начать испытывать стабильно плохое настроение, повышенную раздражительность, тревогу, апатию, сложности с концентрацией внимания или социальную изоляцию

\* Подобное пищевое поведение также может привести к значительной потере веса, остеопорозу, аменорее, потере мышечной массы, брадикардии и другим проблемам со здоровьем



Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2022)

**Рис. 6.4.** Раздаточный материал для пациентов “Что происходит, если вы ограничиваете объем потребляемой пищи?”

ограничениями. Ограничение пищевого разнообразия также может негативным образом повлиять на тот объем пищи, который человек в состоянии поглотить. Это происходит из-за того, что уменьшение разнообразия приводит к тому, что человек ест меньше. Например, эксперимент показал, что люди едят даже меньше конфет M&M's (маленькие шоколадные драже, покрытые глазурью), когда в миску насыпают драже только одного цвета (например, зеленого) в сравнении с тем, когда драже всех цветов насыпают в ту же самую миску [Kahn & Wansik, 2004]. Это происходит даже несмотря на то, что драже всех цветов имеют одинаковый вкус! Как описано в четвертой главе, употребление ограниченного набора продуктов может привести к уменьшению объема употребляемой пищи из-за возникновения так называемого сенсорноопределяемого насыщения. Оно случается, когда человек устает от определенного вкуса (например, острого или соленого) и прекращает прием пищи, даже несмотря на то, что у него может все еще присутствовать аппетит относительно продуктов с другими вкусами (например, сладким). Вы могли и сами испытывать нечто подобное. Вспомните: вы съели ужин и вроде бы наелись, но, когда подали десерт, вдруг оказалось, что у вас в желудке достаточно свободного места для чего-нибудь сладенького. У некоторых людей с ограничением потребляемой пищи также происходит значительная потеря веса, что только усугубляет проблему. Результаты Миннесотского “голодного” эксперимента 1940-х годов, в ходе которого 36 мужчин потеряли 25% своей массы тела, показали, что ограничение употребляемой пищи имеет негативное влияние на чувства, мысли и поведение [Garner, 1997]. Если быть более точными, у участников эксперимента наиболее часто проявлялись плохое настроение, раздражительность, тревога, апатия, ипохондрия (тревога, связанная с состоянием физического здоровья), сложности с концентрацией, социальная изоляция, использование ритуалов в пищевом поведении, а также очень низкая скорость приема пищи. Очень важный момент, который следует подчеркнуть (особенно работая с пациентами с недостаточной массой тела): многие из негативных последствий длительного недоедания могут быть сглажены, как только пациент начнет употреблять достаточное количество пищи и достигнет

здорового веса. Очень важно обозначить эту взаимосвязь, так как пациент в силу своей индивидуальной биологической уязвимости (плохой аппетит, низкая ценность пищи) вряд ли просто может взять и самостоятельно увеличить объем потребляемой пищи. Другими словами, поддержка со стороны терапевта или родителей является необходимой для поддержания этого процесса.

**Психообразовательные материалы о КПТ-ИОРПП.** После того как общая информация об ИОРПП и механизмах, поддерживающих заболевание, рассмотрена, терапевту следует перейти к рис. 6.5. Врач подчеркивает: КПТ-ИОРПП основана на теории о том, что, хотя мы не всегда можем изменить биологические особенности, которые спровоцировали возникновение данного расстройства, мы можем помочь пациенту разорвать порочный круг ИОРПП. Первый шаг состоит в том, чтобы помочь пациенту понять принципы действия его заболевания. Следующим шагом будет совместная работа терапевта и пациента над достижением быстрого увеличения разнообразия и/или объема употребляемой пищи. После этого терапевту вместе с пациентом (или его родителями) следует тщательно спланировать, какие продукты и пищевые ситуации необходимо ввести в рамках терапии. Основной частью лечения является многократная экспозиция с новыми продуктами питания или пищевыми ситуациями для того, чтобы усвоить новый опыт: эти продукты (или ситуации) являются безопасными, и пациент вполне может вынести опыт экспозиции. Общая цель терапии состоит не в том, чтобы изменить личность пациента или приучить его к употреблению необычных продуктов, а в том, чтобы помочь пациенту начать употреблять различные виды продуктов, которые помогут ему поддерживать здоровую массу тела, восполнить нехватку питательных веществ и чувствовать себя комфортно во время совместных приемов пищи с другими людьми. Весь период лечения занимает 20–30 сессий и требует серьезного и самоотверженного подхода от терапевта, пациента и/или его родителей. От пациента ожидается не только регулярное посещение сессий, но и выполнение домашних практических заданий (вести пищевой дневник, записывать все изменения, которые пациент вводит в диету). Важно заметить, что все задания, которые задает

## Как лечить ИОРПП

# ★ КПТ-ИОРПП ★



Как работает когнитивно-поведенческая  
терапия ИОРПП?

### ★ Основные цели терапии:

1. Достичь и/или удерживать здоровый вес
2. Восполнить существующую нехватку питательных веществ
3. Начать употреблять продукты из всех пяти основных групп (т. е. фрукты, овощи, белковые, молочные и зерновые продукты)
4. Ощущать себя более комфортно в социальных ситуациях, связанных с приемом пищи

### ★ Лечение не включает в себя:

1. Попыток изменить вашу личность
2. Попыток заставить вас есть необычные продукты
3. Насильственное кормление

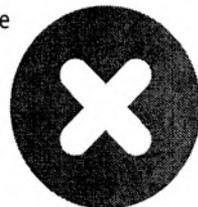


Рис. 6.5. Раздаточный материал для пациентов “Как лечить ИОРПП”

## Что собой представляет КПТ- ИОРПП

4 этапа длительностью 20-30 сессий

1



**ИЗУЧЕНИЕ ИОРПП И РАННИЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

Начните вести дневник для того, чтобы определить, что именно способствует поддержанию симптомов ИОРПП. Если у вас есть дефицит массы тела, увеличьте объем потребляемой пищи. Внесите первые изменения в пищевое разнообразие

2



**ПРОДОЛЖЕНИЕ РАННИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ПОСТАНОВКА БОЛЬШИХ ЦЕЛЕЙ**

Поставьте цель встретиться лицом к лицу со своими страхами. Продолжайте увеличивать объем и/или разнообразие употребляемой пищи

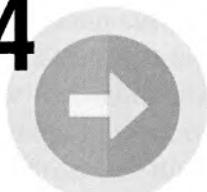
3



**ВСТРЕЧА СО СТРАХАМИ**

Проведите экспозицию с новым или пугающим продуктом. Попробуйте маленькие порции продуктов, после чего попытайтесь начать употреблять их в нормальных количествах

4



**ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ**

Завершая курс лечения, разработайте план, который позволит вам использовать приобретенные навыки в самостоятельной работе

## Что собой представляет КПТ- ИОРПП

- \* Необходимо посещать терапевта каждую неделю
- \* В зависимости от вашего возраста и целей терапии, вам может понадобиться поддержка родных
- \* Каждую неделю вам необходимо будет выполнять домашние задания. Например:
  - вести пищевой дневник для того, чтобы отследить прогресс
  - дегустировать и стараться ввести в рацион новые продукты в домашних условиях

Если вы считаете, что КПТ-ИОРПП подходит для вас или кого-то из ваших близких, подумайте о том, подходящее ли сейчас время для того, чтобы сделать этот важный вклад в свое ментальное и физическое здоровье



Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Children, Adolescents, & Adults*. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

**Рис. 6.5 (окончание).** Раздаточный материал для пациентов  
“Что такое ИОРПП”

терапевт, являются очень важными и помогут пациенту выйти из порочного круга ИОРПП.

**Домашнее задание.** В конце первой сессии терапевту следует дать пациенту два важных практических домашних задания. Первое — это самонаблюдение или наблюдение родителей за пищей и напитками, которые пациент употребляет в течение дня (включая все приемы пищи, перекусы и эпизоды, когда пациент кусочничает или подъедает пищу), а также за сопутствующими мыслями, чувствами и телесными ощущениями. Некоторые пациенты предпочитают вести отчет при помощи приложения на смартфоне. Тем пациентам, которые предпочитают делать заметки на бумаге, можно предложить бланк самонаблюдения, представленный в табл. 6.1. В столбце “Мысли и чувства” пациенту надлежит отмечать избегание определенных пищевых ситуаций и тех мест, где другие люди употребляют продукты, которые пациент не любит. Пациенту также следует уделять особое внимание длительности, силе, разнообразию и интенсивности любых сенсорных реакций на пищу. В столбце “Физические ощущения” пациент отмечает чувство голода и сытости, тошноту и/или физические проявления тревоги. В табл. 6.2 представлен бланк самонаблюдения, заполненный пациентом, находящимся на раннем этапе КПТ-ИОРПП.

Во время семейной КПТ-ИОРПП терапевт просит родителей (а не пациента) контролировать все приемы пищи и перекусы пациента, используя приложение на смартфоне или бумажный бланк. Это делается в связи с тем, что в семейной КПТ-ИОРПП именно родители пациента (а не сам пациент) несут ответственность за происходящие изменения. Если у пациента, проходящего семейную КПТ-ИОРПП, есть необходимость в значительном наборе веса, обязательным является родительский надзор над всеми приемами пищи пациента на протяжении первого и второго этапов терапии (подобно терапии нервной анорексии, основанной на семье) [Lock & Le Grange, 2015]. В большинстве случаев требуется серьезная вовлеченность родителей, для предоставления которой может понадобиться отпуск или дополнительная помощь в исполнении домашних обязанностей и уходе за другими детьми. Это необходимо для того, чтобы родители смогли находиться рядом с пациентом ежедневно во время завтрака, обеда, ужина и перекусов. Поскольку первый



**Таблица 6.2.** Отчет о проведенном самоконтроле для КПТ-ИОРПП (пример заполненной формы)

Время приема пищи	Пища/напитки	Сопутствующие мысли/эмоции	Физические ощущения
7:30	2 тоста со сливочным маслом, 2 чашки чая	Пытался съесть хоть что-нибудь	Не чувствую голода
12:00	Пропустил обед	Ну вот. Я не смог заставить себя пообедать сегодня на работе	Усталость
16:15	1 порция курицы в кляре (кляр я снял) и одна порция картофеля фри из "Макдоналдса", 1 стакан воды	После работы я, наконец-то, купил курицу в кляре в "Макдоналдсе". Я чувствую себя комфортно, когда ем курицу в кляре только из "Макдоналдса". У других какая-то странная текстура. Я попытался снять кляр, как мы обсуждали, и это оказалось неплохо, хотя и не очень вкусно	
20:20	1 порция курицы в кляре, 1 стакан воды	Мой сосед по квартире готовил пасту с чесноком в нашей квартире этим вечером. Из-за этого сильного запаха меня подташнивало. Я ушел в свою комнату, чтобы спокойно доесть остатки курицы в кляре из "Макдоналдса"	Чувство голода, но при этом тошнота от запаха чеснока

этап и так включает в себя много информации, терапевт может упомянуть об этом требовании сейчас, но, скорее всего, придется еще вернуться к этому пункту на втором этапе для дальнейшего обсуждения и работы над решением проблем.

Финальное задание первой сессии состоит в том, чтобы поддержать пациента на пути внесения ранних изменений относительно объема и разнообразия употребляемой пищи. При работе с пациентами с недостаточной массой тела терапевт должен сфокусироваться на увеличении объема пищи. Терапевту следует озвучить пациенту ожидание относительно того, что пациент будет набирать 1-2 фунта (0,5–1 кг) в неделю на протяжении КППТ-ИОРПП, а также попросить пациента (или его родителей) увеличить дневной калораж приблизительно на 500 ккал. Врач отмечает, что пациенту пока нет необходимости увеличивать разнообразие потребляемой пищи, а вместо этого лучше полностью сфокусироваться на увеличении объема потребления предпочитаемых продуктов — особенно тех, которые содержат много калорий (мороженое, пицца, добавки в виде напитков), чтобы поддержать набор веса. Сессия длится не настолько долго, чтобы обсудить, что именно пациент будет есть (этому будет уделено внимание на последующих сессиях), однако необходимо воодушевить пациента (или его родителей) на то, чтобы он приступил к выполнению этого важного задания незамедлительно и с полной отдачей.

Работая с пациентами, у которых нет дефицита массы тела, терапевт должен сфокусироваться на увеличении разнообразия потребляемой пищи. Первые изменения могут быть незначительными. Это не должно волновать терапевта и пациента (или его родителей), так как эти изменения будут становиться все более заметными с каждой новой сессией. Например:

- 1) изменить способ подачи или вкус предпочитаемой пищи (попробовать съесть в целом виде те продукты, которые раньше подавались нарезанными; попробовать новой вкус любимого сухого завтрака; съесть курицу в кляре, предварительно сняв кляр);
- 2) снова ввести в рацион ранее любимый пациентом продукт, который он недавно перестал употреблять или стал употреблять

значительно реже (например, пациент уверяет, что любит бананы, но не ел их в течение нескольких месяцев);

- 3) прекратить избегающее поведение, связанное со способом подачи пищи (например, делать пюре немного более густым, чем пациент привык; попробовать блюдо, приготовленное без аллергенов, которое пациент ранее не ел);
- 4) изменять привычные блюда изо дня в день (например, если пациент ест одно и то же блюдо по утрам в школьные дни, а на выходные — другое, следует начать употреблять блюдо выходного дня в будние дни, и наоборот).

Пациенту пока не нужно вводить абсолютно новые продукты (это будет сделано на дальнейших сессиях). Необходимо просто согласиться внести одно небольшое, легко управляемое изменение. Цель этого этапа — увеличить гибкость, чтобы она стала достаточной для введения дальнейших изменений.

## Вторая сессия первого этапа

Поскольку каждая сессия начинается с проговаривания плана сессии и взвешивания пациента (как было подробно описано выше), терапевту следует выполнять эти пункты в обязательном порядке в начале каждой сессии. Только после этого терапевт может переходить к уникальным заданиям каждой сессии, которые мы рассмотрим ниже.

**Проверить домашние практические задания.** После составления плана сессии и взвешивания пациента терапевт проводит проверку самонаблюдения или наблюдения со стороны родителей. Наш опыт показывает, что, если терапевт не подкрепляет важность наблюдения, проверяя это задание на каждой сессии, пациент (или его родители) рано или поздно перестанет выполнять его. Эта проверка должна быть более детальной в начале терапии (включая проверку соблюдения регулярного плана питания и сбор информации для поддержки индивидуализированной формулировки лечения, которая будет создана в рамках второй сессии), но может немного видоизменяться по ходу лечения (включать проверку того, какую

новую пищу пациент попробовал и начал употреблять на регулярной основе). Вначале врач хвалит пациента (или его родителей) за те усилия, которые потребовались для проведения наблюдения, после чего можно перейти к обсуждению содержания отчета. Терапевт задает уточняющие вопросы (например, если объем пищи не указан) и делится своими наблюдениями (если пациент пока что не употребляет необходимого количества калорий или ест одни и те же блюда и перекусы во время каждого приема пищи).

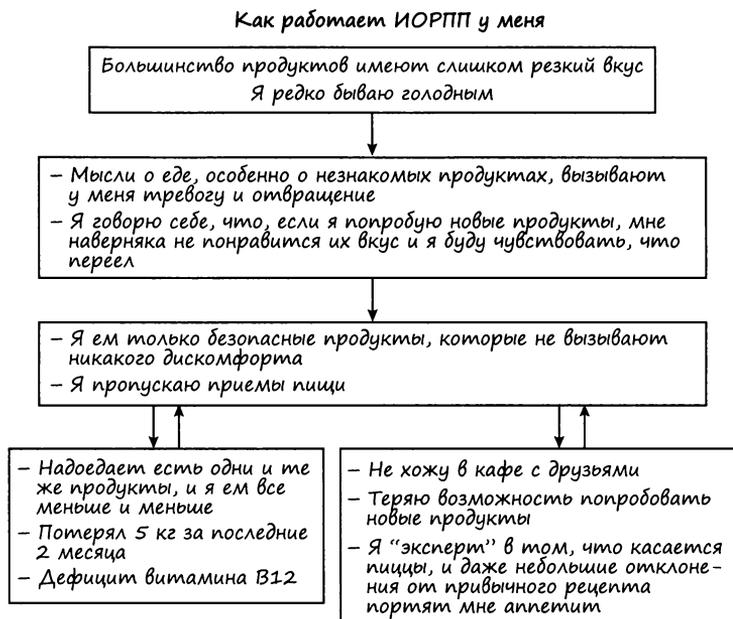
Во время проверки наблюдения терапевт использует записи, свидетельствующие о том, что пациентом были введены первые изменения относительно объема или разнообразия потребляемой пищи, которые были оговорены в ходе предыдущей сессии. Если пациенту удалось увеличить объем или разнообразие, врач хвалит его и подкрепляет любые изменения. Затем терапевт спрашивает, готов ли пациент продолжать вносить эти изменения на протяжении следующей недели. Если пациенту не удалось ввести первые изменения, следует определить, что помешало ему в этом. Например, если пациент с недостаточной массой тела не смог набрать ожидаемое количество, то, проверяя выполнение самонаблюдения (или наблюдения со стороны родителей), терапевту необходимо определить приемы пищи и перекусы, которые пациент может сделать более высококалорийными, продолжая употреблять только те продукты, которые он предпочитает.

**Создание индивидуализированной формулировки.** После этого терапевт приступает к созданию индивидуализированной формулировки. Основные механизмы, поддерживающие ИОРПП, которые перечислены в *DSM-5* и оцениваются в PARDI, — повышенная сенсорная чувствительность, страх неприятных последствий и заметное отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом. У пациента может присутствовать один, два или все три из перечисленных поддерживающих механизмов. Основываясь на результатах первичного обследования пациента, данных его самонаблюдения, а также на обсуждении психообразовательных материалов, терапевт создает индивидуализированную формулировку совместно с пациентом (или его родителями). Формулировка должна основываться на обобщенной формулировке, представленной ранее (см. рис. 4.1),

однако создавать ее следует совместно с пациентом, используя чистый лист бумаги, и записывать все данные со слов пациента (или его родителей). Создавая формулировку, необходимо сделать особый акцент на взаимном цикле обратной связи, из-за которого не только поддерживающие факторы провоцируют избегание и ограничение приема пищи, но и само избегающее и ограничительное поведение усиливает поддерживающие факторы, что вносит свой вклад в дальнейшие ограничения и избегание.

Чтобы начать, терапевт спрашивает у пациента: “Что наиболее сильно расстраивает вас в вашем питании?” или “Какая особенность вашего питания заставила вас обратиться за помощью?” В большинстве случаев ответ пациента будет соответствовать одному или нескольким составляющим когнитивно-поведенческой модели ИОРПП. Например, если пациент с повышенной сенсорной чувствительностью и заметным отсутствием интереса к приему пищи отвечает, что он “не может ходить на вечеринки”, терапевту следует записать этот ответ дословно вместо “социального избегания”. Если ответ не подходит ни под одну из категорий, терапевту необходимо продолжить рассмотрение этой проблемы совместно с пациентом до тех пор, пока не будет выявлена глубинная причина явления, подходящая под одну из категорий. После этого терапевту нужно задать серию вопросов, которые помогут пациенту воссоздать другие части формулировки. В случае с социальным избеганием можно спросить: “Что мешает вам ходить на вечеринки?” Если в ответ на это пациент скажет, что там ему нечего есть и что пища на вечеринках ужасна, терапевт может записать эти слова в графе “Негативные чувства и предчувствия, связанные с едой”. После этого терапевту следует продолжить задавать направляющие вопросы, чтобы заполнить оставшиеся пробелы в формулировке. На рис. 6.6 приведен пример формулировки пациента с ИОРПП с двумя поддерживающими механизмами — повышенной сенсорной чувствительностью и заметным отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом.

Когда индивидуализированная формулировка составлена, терапевту следует вручить ее пациенту (или его родителям) и спросить, насколько она соответствует их личному взгляду на ситуацию. Врач предлагает пациенту (или его родителям) отредактировать



**Рис. 6.6.** Пример формулировки ИОРПП, записанной со слов пациента с сенсорной чувствительностью и заметным отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом

либо дополнить формулировку в соответствии с его восприятием. После этого терапевту следует сделать акцент на основном послые когнитивно-поведенческой модели ИОРПП: Независимо от предшествующей биологической уязвимости, само избегающее поведение является теперь тем фактором, который служит поддержанию негативных предсказаний пациента относительно приема пищи, а также провоцирует возникновение соответствующих физических и психологических последствий. В свою очередь, эти физические и психологические факторы еще сильнее подкрепляют ограничение питания, создавая взаимный цикл обратной связи. После этого терапевту следует определить суть лечения,

предоставляемого в рамках КПТ-ИОРПП: выбрав в качестве мишени ограничения в питании, можно уменьшить или полностью устранить негативные мысли, эмоции и последствия, которые пациент считает неприятными (например, социальное избегание).

**Прописать регулярный план питания, основанный на употреблении предпочитаемых продуктов.** Еще одним важным заданием второй сессии является создание регулярного плана питания. На этом раннем этапе лечения пациент может продолжать употреблять те продукты, которым он отдает предпочтение. Суть в том, чтобы установить регулярное расписание приемов пищи, включающее три полноценных приема пищи и два или три перекуса каждый день. Если у пациента нет необходимости в значительном наборе веса, двух перекусов в день будет достаточно. Если у пациента наблюдается дефицит массы тела, три перекуса в день почти всегда являются обязательными. Составление плана питания является очень важным, потому что, независимо от клинических проявлений, все пациенты с ИОРПП проводят много времени без употребления пищи. Например, пациенты с повышенной сенсорной чувствительностью могут вовсе пропустить прием пищи, если он не включает в себя их любимые продукты. Пациенты со страхом неприятных последствий могут совсем перестать есть после эпизода удушья. Пациенты с заметным отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом могут забывать о том, что нужно поесть, пока им об этом не напомнят. Эти паттерны могут очень сильно снижать чувство голода в целом, провоцировать возникновение этого чувства в неподходящее время и/или напрочь убирать чувство голода во время приемов пищи, когда подают питательную пищу. Поэтому следование регулярному расписанию приемов пищи является одной из наиважнейших интервенций КПТ-ИОРПП. Чтобы установить регулярный план питания, мы советуем есть каждые 3-4 часа. Подобно КПТ-У Фэйрберна, мы не поощряем еду в перерывах между приемами пищи, так как это мешает развитию здорового аппетита. Например, пациенту, который просыпается рано утром и завтракает в 7:00, необходимо сделать утренний перекус в 10:00, пообедать в 13:00, съесть полдник в 16:00, поужинать в 18:30 и перекусить перед сном в 21:00. У пациентов, которые просыпаются позже, расписание приемов пищи будет

отличаться — завтрак в 9:00, обед в 12:00, полдник в 15:00, ужин 19:00 и вечерний перекус в 21:00. Будет хорошо, если терапевт рассмотрит с пациентом время приемов пищи, которое подойдет под индивидуальный распорядок дня пациента. Это поможет пациенту следовать установленному плану питания. Терапевту следует помочь пациенту (или его родителям) в составлении ежедневного расписания приемов пищи, которое впишется в дневные занятия пациента, такие как занятия в школе и другие виды деятельности. Если у пациента наблюдается дефицит массы тела, очень важно определить, кто из родителей или помощников сможет контролировать все приемы пищи и перекусы в течение дня. Создавая данное расписание, возможно, придется уделить время решению вопросов относительно того, смогут ли родители взять отпуск. Если этот вариант не подходит, необходимо обучить кого-либо из помощников (школьную медсестру или бабушку с дедушкой) навыкам КПТ-ИОРПП, чтобы они смогли проводить контроль приемов пищи вместо родителей.

Необходимо подчеркнуть тот факт, что питание по времени является особенно эффективным при работе с пациентами с заметным отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом. Результаты исследований предполагают, что выработка грелина — гормона, стимулирующего аппетит, — происходит при соблюдении регулярного расписания приемов пищи. Например, люди, которые обычно обедают через 2,5–3,5 часа после завтрака, испытывают наиболее высокую концентрацию грелина и чувствуют наиболее сильный голод через 2,5–3,5 часа после завтрака. Люди, которые делают перерыв длительностью 5,5–6,5 часа между приемами пищи, испытывают высокую концентрацию грелина и чувствуют сильный голод гораздо позже [Frecka & Mattes, 2008]. Согласно КПТ-ИОРПП пациенты с заметным отсутствием интереса к приему пищи могут воспользоваться этой особенностью гормональной системы, если будут есть три полноценных приема пищи и два или три перекуса в одно и то же время каждый день, помогая этим своему телу научиться вырабатывать грелин в необходимое время. Для этого терапевту следует объяснить концепцию выработки грелина (родителям в случае проведения семейной КПТ-ИОРПП или пациенту, если проводится индивидуальный формат терапии) и воодушевить пациента на то,

чтобы он следовал своему расписанию приемов пищи настолько строго, насколько это возможно, меняя время приемов пищи не более чем на 30 мин. В случае с пациентами, которые забывают поесть, почти всегда необходимыми являются дополнительные напоминания и подсказки о том, что пора поесть (можно установить напоминание на смартфон или вечером накрыть стол для завтрака, чтобы наверняка не забыть о приеме пищи).

**Обсуждение чрезвычайной важности набора веса (только для пациентов с дефицитом массы тела).** Если у пациента наблюдается недостаток массы тела, терапевту следует подчеркнуть важность набора веса как одной из основных целей КПП-ИОРПП. Для этого мы советуем использовать раздаточный материал “Почему необходимо набрать вес и как это сделать” (рис. 6.7). Некоторым пациентам (или их родителям) может понадобиться помощь терапевта в том, чтобы осознать всю важность набора веса для выздоровления от ИОРПП. Это является особенно важным в работе с пациентами, у которых наблюдается хронический недостаток массы тела и которые не рассматривают свой низкий вес как нечто критичное. Помощь в осознании важности набора веса также может понадобиться при работе с пациентом (или родителями), который пришел к врачу, чтобы увеличить пищевое разнообразие, и не видит никакой проблемы в недостаточном объеме потребляемой пищи.

Во-первых, если пациент (или его родители) говорит о том, что «он всегда был таким» и значит нет необходимости набирать вес, терапевту следует обратиться к результатам первичного медицинского обследования пациента и подчеркнуть, что пациенту необходимо набрать вес, назвав примерное количество килограммов, которые необходимо набрать для достижения нормальной массы тела. Врач может напомнить пациенту (или его родителям), что одной из целей КПП-ИОРПП является восстановление индивидуальной траектории роста пациента, которая наблюдалась у него до проявления ИОРПП. Вместо того чтобы ожидать от всех пациентов достижения роста, веса и ИМТ, соответствующих 50 перцентилю, терапевт поддерживает пациента в том, чтобы вернуться к той траектории, которой пациент следовал ранее, или той, которая является необходимой во избежание медицинских последствий недостаточного питания.



## ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМО НАБРАТЬ ВЕС И КАК ЭТО СДЕЛАТЬ

Дефицит массы тела опасен для здоровья.  
Он может привести к:

раздражи- тельности и беспричин- ной грусти	постоян- ной усталости	ухудшению умственных способностей	задержке роста	аменорее у женщин	низкому уровню тестостеро- на у мужчин	снижению плотности костной ткани и повышению риска переломов	смерти
--	---------------------------	---	-------------------	----------------------	---	--	--------

**Терапевт совместно с участковым врачом определяют наиболее здоровый вес, исходя из вашего роста, возраста и изначальной кривой роста**

### Как набрать вес

#### Способы, помогающие набирать по 0,5–1 кг в неделю

Есть больше любимых продуктов. Да, **МОЖНО** есть печенье, конфеты и мороженое, если это — ваши любимые продукты

 Следование регулярному расписанию питания (3 приема пищи и 3 перекуса)

 Даже перекусы должны быть многокомпонентными (например, крекеры + арахисовое масло + молоко)

**500** Увеличение дневного калоража **ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ** на 500 ккал

 Уменьшение или полный отказ от физической активности. Либо же, если вы не готовы отказаться от упражнений, — потребление **ЕЩЕ БОЛЬШЕГО** количества калорий

 Необходимо посещать терапевта каждую неделю

#### Примеры приемов пищи и перекусов, содержащих от 500 ккал

- \* Большой молочный коктейль
- \* 3 маленьких или средних печенья с шоколадной крошкой и стакан цельного молока
- \* Рогалик и 2 кусочка сыра
- \* 2-3 кусочка пиццы
- \* 2-3 вафли с 2 ст. л. сиропа и стакан сока
- \* Большая кружка горячего шоколада и две серединки от пончика

**ЗАПОМНИТЕ:** вам необходимо употреблять это количество калорий в дополнение к тому, что вы уже едите

Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

**Рис. 6.7.** Раздаточный материал для пациентов  
“Почему необходимо набрать вес и как это сделать”

В некоторых случаях это может означать восстановление пациента с ИМТ меньше 1 перцентиля на уровень 5 или 10 перцентилей. Если пациент (или его родители) в качестве оправдания низкого веса приводят в пример других членов семьи, которые тоже имеют низкую массу тела, терапевту следует мягко поинтересоваться, не проявляли ли врачи обеспокоенности относительно того, что вес этих родственников является слишком низким. В случае отрицательного ответа следует подчеркнуть, что лечащий врач выразил обеспокоенность — да и сам терапевт является крайне обеспокоенным — касательно низкого веса пациента. Другими словами, терапевту следует акцентировать внимание на том, что цель набора веса состоит в том, чтобы помочь пациенту достичь оптимального состояния здоровья и поддерживать его в будущем, а вовсе не в том, чтобы соответствовать определенным семейным или общественным нормам.

Во-вторых, если пациент (или его родители) хотят добиться увеличения пищевого разнообразия и не видят проблемы в недостаточном объеме потребляемой пищи, терапевту необходимо объяснить, что основная философия КПП-ИОРПП состоит в том, что сначала увеличивается объем, а потом — *разнообразие*. Такая очередность обусловлена тем фактом, что употребление ограниченного объема пищи зачастую приводит к серьезным последствиям со стороны физического здоровья (недостаток веса, задержка роста, аменорея, брадикардия, остеопороз), которые требуют более срочного решения, нежели последствия, связанные с недостаточным разнообразием употребляемой пищи (нехватка питательных веществ, социальные трудности). Более того, продукты, которые обычно предпочитают пациенты с ИОРПП (быстрые углеводы, молочные продукты), отлично способствуют набору веса в силу высокого содержания калорий. И наоборот, продукты, с которыми пациент познакомится в рамках третьего этапа (нежирное мясо, фрукты, овощи), обычно содержат мало калорий и могут препятствовать набору веса, так как, употребляя их, пациент может почувствовать сытость до того, как употребит достаточное количество калорий. Сравним: пять яблок содержат столько же калорий, сколько и одна порция мороженого!

И наконец, очень сложно работать с увеличением объема и разнообразия одновременно, так как КПП-ИОРПП использует разные

стратегии лечения в работе с этими проблемами. В этом КПП-ИОРПП отличается от терапии нервной анорексии, основанной на семье, в рамках которой работа по увеличению объема и разнообразия потребляемой пищи ведется одновременно. Это происходит из-за того, что пациенты с нервной анорексией, в отличие от пациентов с ИОРПП, избегают употребления быстрых углеводов и переработанных молочных продуктов, которые так эффективны для набора веса и так любимы пациентами с ИОРПП.

Для того чтобы достигнуть желаемого темпа набора веса (1–2 фунта, или 0,5–1 кг в неделю), пациенту необходимо употреблять по меньшей мере на 500 ккал в день больше его минимальной суточной нормы. Принимая во внимание тот факт, что у пациента уже есть составленный план регулярных приемов пищи (три основных приема пищи плюс два или три перекуса в день), терапевту следует посоветовать пациенту увеличить размер порции любимых продуктов пациента в каждый из приемов пищи (подобно подходу Туми [Toomey et al., 2014], а также методике Уильямса и Фокса [Williams & Fox, 2007]). Например, если пациент на данный момент употребляет макароны со сливочным маслом на ужин, пациенту (или его родителям) следует значительно увеличить порцию макарон и увеличить количество масла в два или три раза.

Пациенты и их родители могут воспротивиться этой идее, особенно если любимая пища пациента считается нездоровой. Действительно, довольно редко доктора позволяют пациентам употреблять в неограниченных количествах пиццу, мороженое и курицу, обжаренную в кляре. Но именно так поступает терапевт, работающий в рамках КПП-ИОРПП, с пациентом, имеющим дефицит массы тела. Если пациент (или его родители) не соглашаются, терапевту нужно упомянуть, что большая часть современной концепции о пользе и вреде продуктов питания была сформулирована на фоне глобальной эпидемии ожирения. Разумеется, для людей с нормальной или избыточной массой тела нет ничего здорового в том, чтобы употреблять исключительно переработанные высокоуглеводные продукты и полностью убрать из рациона овощи и фрукты. Однако, если кто-то голодает и отчаянно нуждается в том, чтобы набрать вес, потребление высококалорийной пищи на самом деле является

самым здоровым шагом, который он или она может предпринять. Рацион некоторых пациентов является настолько ограниченным, что, чтобы набрать вес как можно скорее, им приходится следовать очень необычной диете. Например, одна 14-летняя пациентка, которая пришла в терапию с ИМТ равным 15,9, начала путь к набору 10 килограммов, употребляя шоколадное молоко, сладкие батончики, сахарные печенья и шоколадную пасту с фундуком в качестве большинства приемов пищи и перекусов. Зачастую целесообразным является упоминание терапевта о том, что увеличение потребляемого объема предпочитаемых продуктов является всего лишь временной мерой, которая продлится не дольше нескольких недель или месяцев. Если пациент (или его родители) продолжают беспокоиться на этот счет, терапевт может привести довод, что пациент уже и так употребляет эти продукты. Простое увеличение объема продуктов, которые пациент уже употребляет, вряд ли приведет к более опасным последствиям со стороны здоровья, в сравнении с теми последствиями, которые влечет серьезный дефицит массы тела. Одной из далеко идущих целей КПТ-ИОРПП является употребление пациентом разнообразного списка продуктов, включающего продукты из всех пяти групп, на регулярной основе. В качестве примера мы снова приведем 14-летнюю пациентку с пристрастием к шоколадному молоку и сладким батончикам. После того как ее вес достиг здоровой отметки и у нее начались менструации во время прохождения второго этапа терапии, на третьем этапе она смогла ввести в рацион салат и миндаль.

Пациенты (или их родители) могут интересоваться, можно ли им употреблять (или давать своему ребенку) высококалорийные напитки (Boost, Energy) для поддержки набора веса. Так как зависимость от пищевых добавок (включая высококалорийные напитки) является одним из диагностических критериев ИОРПП, мы не рекомендуем вводить их в рацион пациента *de novo* в том случае, если пациент еще не употреблял эти добавки. Так как основной целью КПТ-ИОРПП является поддержание пациентом здоровой массы тела без пищевых добавок, введение их в рацион только добавит пациенту работы на последующих этапах лечения. Однако, если рацион пациента является очень ограниченным, и он уже

употребляет высококалорийные напитки, увеличение количества выпиваемых в течение дня напитков может стать очень простым способом, позволяющим быстро набрать вес. Если пациент планирует использовать высококалорийные напитки, мы настаиваем, чтобы он употреблял их только в заранее спланированное время, совместно с приемами пищи или перекусами. Родители могут соблазниться и предложить пациенту напитки в любое время, когда он согласен их выпить (в машине, во время просмотра телевизора), или же пациенты могут проявить желание пить эти напитки во время загруженного дня в школе или на работе. Однако мы не поощряем употребление пищевых продуктов и добавок между установленными приемами пищи и перекусами, так как это может помешать развитию у пациента возникновения чувства голода в ожидаемое время, которое было предопределено расписанием регулярных приемов пищи и перекусов.

**Спланировать терапевтический прием пищи (только для пациентов с дефицитом массы тела).** Если у пациента наблюдается недостаточная масса тела, финальным заданием второго этапа является планирование терапевтического приема пищи, который будет проведен в рамках третьей сессии. Пациенты (и их родители) зачастую очень удивляются тому, насколько большой объем пищи пациенту необходимо поглощать для того, чтобы набрать вес. Многие волнуются, что им придется есть через силу (при индивидуальной КПП-ИОРПП) или насильно кормить ребенка (при семейной КПП-ИОРПП). Поэтому цель терапевтического приема пищи состоит в том, чтобы помочь родителям и терапевту прийти к согласию относительно объема потребляемой пищи, необходимого для набора веса, а также в том, чтобы терапевт провел наглядный инструктаж *in vivo* относительно того, как успешно употреблять заданный объем пищи. Если у пациента наблюдается дефицит массы тела, терапевту следует завершить вторую сессию первого этапа, предложив пациенту (или его родителям) принести с собой продукты на следующую сессию. Это может быть завтрак, обед или ужин, в зависимости от времени дня, на которое назначена сессия. Единственное требование к этому приему пищи состоит в том, что:

- 1) он должен включать в себя преимущественно или исключительно те продукты, которые пациент предпочитает (вспомним, что при работе с пациентами с недостаточной массой тела первый и второй этапы посвящены увеличению объема потребляемой пищи, а третий этап — увеличению разнообразия);
- 2) иметь объем и калорийность, достаточные для набора веса. Терапевту также следует попросить пациента (или его родителей) принести на следующую сессию один продукт, который позволит увеличить гибкость пищевого поведения пациента (это может быть другая подача предпочитаемого блюда или продукт, который пациент ранее любил, но недавно перестал употреблять).

Цель введения менее предпочитаемого (однако не совсем нового) продукта в терапевтический прием пищи состоит в том, чтобы позволить пациенту (или его родителям) испытать удовлетворение от небольших изменений в пищевом разнообразии, которые можно будет расширить в рамках третьего этапа.

**Дать практическое задание на дом.** Завершая сессию, терапевту следует убедиться в том, что пациент понимает задания, которые ему необходимо будет выполнять дома в течение недели. Для всех пациентов эти задания включают в себя самонаблюдение или наблюдение со стороны родителей за количеством потребляемой пищи. Для пациентов с недостаточной массой тела эти задания включают увеличение дневного калоража по меньшей мере на 500 ккал посредством увеличения порций предпочитаемых блюд. Еще одно задание для пациентов с низкой массой тела — принести на третью сессию высококалорийную пищу, а также один продукт, который поможет увеличить гибкость в питании. Для пациентов, у которых нет дефицита массы тела, эти задания включают увеличение гибкости пищевого поведения посредством введения небольших изменений в способы подачи блюд, повторного введения продуктов, которые пациент употреблял ранее, устранение незначительных проявлений избегающего поведения или смену блюд в течение недели. Также стоит отметить, что для пациентов с нормальной или избыточной массой тела вторая сессия будет последней сессией в рамках первого этапа; после этого терапевт перейдет ко второму

этапу. При работе с пациентами с недостаточной массой тела терапевт продолжит терапию в третьей сессии первого этапа.

## Третья сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела)

Если у пациента недостаточная масса тела, терапевт продолжает лечение в третьей сессии по обычному плану: составляет план сессии, взвешивает пациента и проверяет прогресс пациента в выполнении домашних практических заданий. Терапевту следует уделить особое внимание проверке самонаблюдения или наблюдения со стороны родителей, регулярности питания, а также проверке увеличения объема потребляемой пищи. Пожалуй, наиболее важным пунктом является проверка прогресса пациента в наборе 1–2 фунтов (0,5–1 кг) в неделю благодаря увеличению дневного калоража по меньшей мере на 500 ккал. Если пациенту не удалось набрать ожидаемый вес, терапевту совместно с пациентом и его родителями следует поискать пути дальнейшего увеличения количества потребляемых калорий. После того как эти пункты плана выполнены, терапевту переходит к основному заданию третьей сессии — терапевтическому приему пищи. Придерживаясь мантры КПТ-ИОРПП о том, что сначала увеличивается объем, а потом — *разнообразие*, терапевту следует посвятить большую часть терапевтического приема пищи тому, чтобы помочь пациенту увеличить объем потребляемой пищи. Только после того, как это задание будет выполнено, терапевт может переходить к более скромной интервенции, направленной на увеличение пищевого разнообразия.

**Увеличить объем потребляемой пищи при помощи терапевтического приема пищи.** Терапевт предлагает пациенту (или всей семье) приступить к приему пищи, как он это обычно делает дома. Подобно семейному приему пищи, который проводится в рамках терапии нервной анорексии, основанной на семье [Lock & Le Grange, 2015], терапевт не принимает участия в приеме пищи, а только наблюдает за тем, как ест пациент, обращая внимание на полезные и вредные стратегии, которые пациент (или его родители) задействует в начале приема пищи. Например, терапевт

проверяет, является ли принесенная пациентом пища достаточно высококалорийной. Учитывая, что пациенты и их родители зачастую не понимают, какой объем пищи необходим, терапевт отмечает, что данный объем пищи является недостаточным (если это действительно так), и аккуратно его корректирует. Последовал ли пациент (или его родители) наставлению терапевта о том, чтобы принести в основном те продукты, которые он предпочитает? Если да, какие продукты являются предпочитаемыми? Терапевт может заметить, что прием пищи является немного необычным (сухой завтрак на ужин, несколько закусок без основного блюда), но это нормально, если пациент любит эти продукты и способен их употребить. Накладывает ли пациент (или его родители) пищу в тарелку (что позволяет следить за количеством потребляемой пищи в ходе приема пищи) или ест непосредственно из больших упаковок или емкостей? Пациент ест очень медленно? Игнорируют ли родители этот факт или подталкивают пациента к тому, чтобы он ел быстрее (при проведении семейной терапии)? Жалуется ли пациент на тошноту или преждевременное чувство сытости? Если это так, и если пациент проходит лечение в рамках семейной терапии, подкрепляют ли родители это поведение, снижая объем пищи, который пациенту необходимо употребить? И наконец, посредством прямого наблюдения терапевт может начать определять, какие из поддерживающих механизмов ИОРПП являются наиболее серьезной преградой к увеличению объема потребляемой пищи. Проявляет ли пациент страх неприятных последствий (рвоты) или отсутствие интереса к приему пищи (устает от еды или больше не ощущает чувства голода) в качестве основной причины прекращения приема пищи?

Некоторое время спустя терапевту следует перейти от простого наблюдения к активному инструктажу пациента (или его родителей). Используя поведенческие принципы, терапевт начинает инструктировать пациента (при индивидуальной КПТ-ИОРПП) или его родителей (при семейной КПТ-ИОРПП) о том, как достичь увеличения объема потребляемой пищи. К увеличению разнообразия пока что обращаться не следует. В частности, терапевту (или родителям) следует начать высказывать пациенту просьбу

о том, чтобы он съел еще один кусочек (“Вот, съешь-ка еще один кусочек пиццы”) или доел порцию (“Ты почти съел все картофельное пюре, осталось съесть всего одну ложку!”). Очень важно, чтобы терапевт (или родители) уделял внимание возникающим трудностям, но не позволял им препятствовать выполнению основного задания сессии — употреблению большего объема пищи, чем пациент изначально рассчитывал съесть (“Мы знаем, что ты уже наелся, и для того, чтобы быть здоровым, тебе просто необходимо допить это шоколадное молоко”). Терапевту (или родителям) также необходимо хвалить пациента за любые успехи (“Отлично! Ты съел все макароны!”). Очень важно, чтобы терапевт убедился в том, что оба родителя на одной волне и подбадривают пациента по очереди, а не один из них несет всю ответственность за это колоссально трудное задание. Терапевту следует также предупредить родителей, чтобы они не проявляли критики и гнева в адрес пациента, которого терапевт считает страдающим, а не привередливым или упрямым.

Когда пациент отказывается съесть что-нибудь еще, терапевту (или родителям) следует поддержать его в том, чтобы он съел на один кусочек больше, чем он изначально планировал. Этот прием перекликается с интервенцией “еще одного кусочка” из терапии, основанной на семье [Lock & Le Grange, 2015]. Цель данной интервенции состоит в том, чтобы помочь пациенту понять, что он способен съесть хотя бы немного больше, чем думал (при индивидуальной КПТ-ИОРПП), или помочь родителям понять, что они могут помочь пациенту увеличить объем потребляемой пищи, даже если он говорит, что больше не может съесть ни кусочка (при семейной КПТ-ИОРПП).

**Увеличить разнообразие при помощи нового способа подачи привычного продукта.** После того как пациент съел пищу в том объеме, который терапевт (или родители) считает достаточным, или съел хотя бы на один кусочек больше, чем изначально планировал, терапевту (или родителям) следует переключиться на увеличение пищевого разнообразия. В частности, терапевту (или родителям) следует использовать те же стратегии, чтобы помочь пациенту съесть хотя бы один кусочек новой подачи

предпочитаемого блюда или продукта, который пациент недавно перестал употреблять. Объем при этом может быть очень маленьким — кусочка размером с горошину или одного небольшого глотка жидкости будет достаточно. Например, если пациент пьет только шоколадное молоко и принес с собой обычное молоко, одного небольшого глотка обычного молока будет достаточно для того, чтобы выполнить задание. Подобно этому, если пациент раньше любил яблоки, но не ел их в течение нескольких месяцев, всего одного кусочка яблока будет достаточно. Цель данной интервенции состоит в том, чтобы помочь пациенту (или семье) почувствовать удовлетворение от введения небольших изменений в разнообразие потребляемой пищи, которые будут расширены в рамках третьего этапа. Как и при выполнении предыдущего задания, терапевту (или родителям) следует высказывать четкие просьбы, уделять внимание возникающим трудностям и хвалить пациента за успехи. В случае проведения семейной КПТ-ИОРПП терапевту следует определить, присутствуют ли у родителей нереалистичные ожидания относительно столь раннего этапа лечения (они могут ожидать, что пациент съест большую порцию новой пищи или что ему сразу понравится незнакомый продукт), и, если это так, дать им корректирующую обратную связь.

**Задать практическое задание на дом.** Завершая сессию, терапевту следует предложить пациенту (или его родителям) продолжать самонаблюдение или наблюдение родителей в течение следующей недели, а также продолжать употреблять достаточный объем пищи для того, чтобы набрать 1–2 фунта (0,5–1 кг) за неделю. Это значит, что пациенту необходимо продолжать потреблять столько же калорий (если ему удалось набрать вес за предыдущую неделю) или увеличить дневной калораж (если набрать вес не удалось). Если пациент хорошо воспринял пробу новой пищи, терапевт также может предложить пациенту продолжить знакомство с этой пищей, употребляя по небольшому кусочку или глотку в течение следующей недели. Если у пациента возникли сложности с новой пищей, можно отодвинуть увеличение пищевого разнообразия на дальнейшие сессии, так как основной задачей первого этапа для пациентов с недостаточной массой тела является набор веса.

## Четвертая сессия первого этапа (только для пациентов с дефицитом массы тела)

При работе с пациентами с низкой массой тела терапевт начинает последнюю сессию первого этапа, проговорив план сессии, взвесив пациента и проверив выполнение домашнего задания, которое состоит из самонаблюдения или наблюдения родителей, соблюдения регулярного расписания приемов пищи, а также увеличения дневного калоража по меньшей мере на 500 ккал. После этого терапевту следует посвятить большую часть сессии тому, чтобы совместно с пациентом (или его родителями) найти пути помощи пациенту в дальнейшем увеличении объема поглощаемой пищи. Если пациент успешно начал набирать вес, терапевт может приступить к рассмотрению умеренного увеличения пищевого разнообразия.

**Продолжать фокусироваться на наборе веса.** Если пациент успешно набирал вес в течение предыдущих недель, терапевту следует расспросить пациента о том, как он этого достиг, и подкрепить любые положительные изменения (употребление трех приемов пищи и трех перекусов в день, включая сложные перекусы из нескольких компонентов, а также питание преимущественно высококалорийными продуктами, которые предпочитает пациент). Если пациенту не удалось набрать вес, терапевту совместно с пациентом (или его родителями) необходимо найти пути решения этой проблемы посредством более частых приемов пищи или увеличения калорийности тех приемов пищи и перекусов, которые уже входят в план питания пациента. Для того чтобы поддержать это обсуждение, терапевт может вернуться к рассмотрению раздаточного материала “Почему необходимо набрать вес и как это сделать”. Зачастую пациенты чувствуют, что они очень сильно стараются употреблять больше высококалорийной пищи, но при этом не видят положительных изменений в цифре на весах. В таком случае терапевту необходимо похвалить пациента за те усилия, которые он уже совершил, при этом подчеркнув важность дальнейших изменений. Например, если пациент дважды за прошедшую неделю добавил высококалорийный молочный коктейль

в качестве вечернего перекуса, терапевту необходимо похвалить пациента, настоятельно советуя, чтобы он употреблял молочные коктейли или другие высококалорийные десерты каждый вечер в течение следующей недели. В большинстве случаев такие незначительные изменения кажутся пациентам (или их родителям) выдающимися из-за того, что их так сложно достигнуть. Однако терапевту следует объяснить, что в случае с набором веса гораздо лучшего эффекта можно достичь, прилагая 100% усилий в течение нескольких недель или месяцев, нежели прилагая 80% усилий в течение многих месяцев или даже лет.

**Продолжить фокусироваться на увеличении пищевой гибкости (необязательно).** В том случае, если пациент начал набирать вес, и, если терапевт прописал ему план увеличения объема потребляемой пищи с целью дальнейшего набора веса в течение следующей недели, можно сместить фокус на незначительное увеличение пищевого разнообразия. В частности, терапевт может предложить пациенту начать работать над увеличением пищевой гибкости, продолжая при этом употреблять преимущественно предпочитаемые высококалорийные продукты. Например, пациент изо дня в день меняет блюда, которые употребляет в качестве приемов пищи или перекусов, даже продолжая при этом употреблять свои любимые блюда. Или проявляет готовность в течение следующей недели ввести в рацион продукты, которые он употреблял ранее, но по какой-то причине перестал это делать. Эти изменения не только предшествуют более серьезным изменениям в разнообразии, которые будут введены в рамках третьего этапа, но также помогут избежать того, что пациент устанет есть одни и те же продукты во все приемы пищи и перекусы и станет употреблять их в меньшем количестве. Более того, терапевт может предложить пациенту (или его родителям) употреблять продукты с различными вкусами (например, соленым в дополнение к сладкому) в рамках одного приема пищи, чтобы избежать возникновения сенсорноопределяемого насыщения.

**Дать практическое задание на дом.** Терапевт завершает сессию, попросив пациента продолжать проводить самоконтроль или родительский контроль, а также следовать регулярному плану питания.

Если пациент успешно набирал вес, терапевту следует дать задания, включающие в себя увеличение как объема, так и разнообразия потребляемой пищи. Однако, если пациенту не удалось набрать вес, терапевту необходимо дать домашнее задание, связанное лишь с увеличением объема, отложив работу по увеличению пищевого разнообразия на последующие сессии, когда набор веса пациента достигнет необходимой траектории.

## **Решение основных проблем, возникающих на первом этапе**

**Что делать, если пациент (или его родители) не проводит самонаблюдение (или родители не проводят наблюдение)?** Терапевту нужно сперва отреагировать с любопытством, лишенным осуждения. Постараться разобраться вместе с пациентом (или его родителями) в том, что же помешало выполнению задания. Например, возможно, пациент переживал, что наблюдение только увеличит его тревогу и усугубит проблему? Или родители подумали, что у них недостаточно свободного времени для того, чтобы вести такие детальные записи? После этого терапевту следует сместить фокус на решение этих проблем, обходя существующие препятствия. Терапевту следует убедить пациента в том, что, хотя изначальное повышение уровня тревоги и является возможным, большинство пациентов привыкают к самонаблюдению. Терапевту следует подкрепить важность проведения наблюдения и привести стратегии, которые помогут сделать этот процесс более удобным (использование приложения на смартфоне).

**Поскольку КПТ-ИОРПП является специфической поведенческой терапией ИОРПП, может ли пациент одновременно встречаться с другим терапевтом для проведения более общей терапии?** КПТ-ИОРПП разработана для проведения в качестве отдельной и единственной терапевтической методики, и, как показывает наш опыт, совмещение КПТ-ИОРПП с другой психотерапевтической методикой почти всегда является проблематичным, независимо от степени тяжести психиатрической коморбидности у пациента. Это не только приводит к разделению внимания пациента между

двумя видами терапии, что уменьшает фокус на КПТ-ИОРПП; это также может привести к разделению взглядов в том случае, если другой терапевт не знаком с КПТ-ИОРПП и дает пациенту противоречивые советы. Это особенно характерно для тех случаев, когда у пациента двойное мнение относительно того, стоит ли ему выполнять такие важные задания, как набор веса или экспозиция. Для пациентов, которые уже долгое время получают помощь в рамках личной терапии, мы рекомендуем взять перерыв на время проведения КПТ-ИОРПП, а после вернуться к личной терапии с новыми силами. Возвращение к личной терапии по завершении КПТ-ИОРПП только приветствуется, так как это поможет избежать рецидивов заболевания. Пациентам, которые ищут дополнительного краткосрочного лечения сопутствующих симптомов (депрессии, тревоги), мы советуем выбрать лечение от ИОРПП в качестве приоритетной задачи, а к работе с сопутствующими симптомами приступить после завершения КПТ-ИОРПП. Некоторым пациентам может потребоваться прием лекарств от сопутствующих симптомов, что является позволительным в рамках КПТ-ИОРПП. Мы советуем обсудить с педиатром или врачом-терапевтом возможное воздействие этих лекарств на аппетит или пищевое поведение, чтобы предопределить возможное влияние медикаментов на процесс лечения.

**Нужно ли пациенту посещать диетолога совместно с КПТ-ИОРПП?** В ходе нашего изначального исследования серии случаев ИОРПП мы не включали одновременное диетологическое консультирование, так как нам нужно было проверить эффективность КПТ-ИОРПП как отдельной терапевтической методики. Однако, как показывает наша клиническая практика, консультация диетолога может быть очень полезной в работе с ИОРПП, но только если диетолог знаком с принципами КПТ-ИОРПП и дает рекомендации, которые соответствуют нашему руководству. Помощь диетолога значительно поддержит прогресс лечения, если он может помочь пациенту установить регулярный график питания, увеличить дневной калораж по меньшей мере на 500 ккал (для пациентов с дефицитом массы тела), а также найти пути увеличения пищевого разнообразия. Однако, если диетолог незнаком с философией КПТ-ИОРПП

(увеличить объем употребляемой пищи до того, как начать работать над увеличением пищевого разнообразия), это может привести к тому, что пациент запутается и у него появится расхождение во взглядах, препятствующее достижению целей лечения.

**Что делать, если пациент не набирает вес?** Терапевту следует предложить провести еще один терапевтический прием пищи для того, чтобы предоставить дополнительный инструктаж для родителей (при семейной КПТ-ИОРПП) или пациента (при индивидуальной КПТ-ИОРПП) о том, как увеличить объем потребляемой пищи в рамках контролируемого приема пищи [Lock et al., 2015]. Хотя мы советуем проведение четырех сессий в рамках первого этапа при работе с пациентами с недостаточной массой тела, иногда уместным бывает продление первого этапа, чтобы предоставить дополнительное время для набора веса, прежде чем перейти ко второму этапу. Терапевт также может обсудить с родителями необходимость временного получения пациентом помощи более высокого уровня (в круглосуточном стационаре или дневном).

## **Перечень контрольных показателей для перехода ко второму этапу**

К концу первого этапа пациенту следует достигнуть выполнения нижеприведенных заданий. Эти требования ясно выражены в рамках психообразовательных материалов и домашних заданий, представленных на первом этапе; однако бывает полезным напомнить о них пациенту или его родителям на этом этапе. Если у пациента возникают трудности с выполнением какого-либо из нижеприведенных пунктов, терапевт может рассмотреть продление первого этапа еще на несколько сессий.

- Пациент (или его родители) понимает суть ИОРПП и то, как проходит лечение в рамках КПТ-ИОРПП.
- Пациент (или его родители) понимает особенности своего специфического проявления ИОРПП.
- Пациент проводит ежедневные самонаблюдение (или родители проводят наблюдение) за объемом потребляемой пищи.

- Пациент принимает пищу через регулярные промежутки времени (например, через каждые 3-4 часа). У него в день три приема пищи и два или три перекуса, даже если при этом он ест преимущественно предпочитаемую пищу.
- Пациент сделал первые изменения в увеличении объема (на 500 ккал в день, если у него наблюдается дефицит массы тела) или разнообразия (вводя небольшие изменения в способ подачи блюд).

## Второй этап: создание плана лечения

Цель второго этапа (две сессии) состоит в том, чтобы продолжить увеличение объема и разнообразия потребляемой пищи, научиться предотвращать и восполнять нехватку питательных веществ, употребляя разнообразную диету, включающую в себя продукты из всех пяти основных групп, а также составить план третьего этапа. Второй этап включает в себя две сессии. Первая сессия состоит из психообразования относительно нехватки питательных веществ и помогает пациенту продолжить увеличивать гибкость пищевого поведения. На второй сессии пациента ждет рассмотрение рациона с точки зрения содержания в нем продуктов из пяти основных групп, а также определение продуктов, которые пациент планирует попробовать в рамках третьего этапа.

### Первая сессия второго этапа

Терапевту следует начать первую сессию второго этапа, разъяснив план сессии, взвесив пациента и проверив практические домашние задания. Для всех пациентов эти задания включают самонаблюдение или наблюдение родителей, соблюдение регулярного плана питания, а также работу по увеличению пищевой гибкости и/или объема потребляемых продуктов. Для пациентов с недостаточной массой тела домашнее задание также включает в себя увеличение дневного калоража по меньшей мере на 500 ккал. Работая с пациентами с недостаточной массой тела, которым не удалось набрать вес в рамках первого этапа, терапевту следует подчеркнуть важность того, чтобы сначала увеличить объем, а потом — разнообразие, определить препятствия на пути к увеличению объема, а также создать стратегию преодоления этих препятствий с использованием техник, которые были рассмотрены в рамках третьей и четвертой сессий первого этапа.

**Предоставление психообразовательных материалов о нехватке питательных веществ.** Следующим заданием является обсуждение дефицитов питательных веществ, наиболее часто встречающихся у пациентов с ИОРПП. Основываясь на медицинском обследовании пациента, терапевту вместе с пациентом (или его родителями) следует обсудить все дефициты микро- и макронутриентов, которые наблюдаются у пациента. Даже если в ходе медицинского обследования дефициты не были выявлены (что часто встречается у пациентов, которые принимают мультивитамины с целью профилактики), терапевту необходимо подчеркнуть, что, если не лечить ИОРПП, у пациента есть риск развития дефицитов в будущем. Для этого следует рассмотреть раздаточный материал под названием “Наиболее частые дефициты питательных веществ, вызванные ИОРПП” (табл. 7.1). Рассматривая каждый из дефицитов, терапевту следует обсудить основные симптомы, обращая внимание на то, есть они у пациента или нет; перечислить все возможные способы восполнения нехватки, которые может прописать терапевт (например, таблетки, капли, порошки); и, что является наиболее важным, объяснить, как можно восполнить дефициты, употребляя продукты, богатые определенными питательными веществами.

Связывая восполнение дефицитов с употреблением продуктов, не являющихся предпочитаемыми, терапевт может создать дополнительную мотивацию для введения новых продуктов в рацион тех пациентов, которые отказываются расширить свою диету. Например, пациент с нехваткой витамина С может вспомнить, что еще недавно он регулярно пил апельсиновый сок, но перестал это делать. Терапевту следует поинтересоваться, желает ли пациент снова ввести апельсиновый сок в рацион на следующей неделе, выполняя таким образом задание по увеличению пищевой гибкости. Пациент, у которого на данный момент нет никаких дефицитов, в ходе изучения раздаточного материала может понять, что он вообще не употребляет продукты, богатые железом, и поставить цель попробовать говядину и чечевицу в рамках третьего этапа с целью предотвращения развития нехватки железа в будущем.

**Таблица 7.1.** Психообразовательный раздаточный материал для пациентов: “Наиболее частые дефициты питательных веществ, вызванные ИОРПП”

Элемент	Симптомы и признаки дефицита	Возможные методы восполнения дефицита	Продукты, в которых содержится (в порядке убывания)
Кальций	Хрупкие и ломкие кости (даже при нормальных показателях кальция в крови)	Таблетки, жевательные драже, капсулы	Молоко, сыр, йогурт, консервированная сардина, обогащенные фруктовые соки и сухие завтраки, заменители молока (соевое, миндальное молоко), тофу, листовая капуста, кале, мороженое, меласса
Фолиевая кислота	Постоянное чувство истощения или слабости, сложности с концентрацией внимания, повышенная раздражительность, тахикардия, одышка, головные боли, боли и язвы в полости рта, бледность кожных покровов, повышенный риск врожденных пороков, потеря веса	Таблетки	Говяжья печень, вареный шпинат, спаржевая фасоль, спаржа, брюссельская капуста, салат ромэн, авокадо, приготовленная брокколи, зелень салатной горчицы, зеленый горошек, фасоль, арахис, ростки пшеницы, обогащенный хлеб, злаки, апельсиновый сок, мука, макароны, рис и другие злаковые продукты
Железо	Сложности с мышлением и концентрацией внимания, сонливость/нехватка энергии, повышенная раздражительность, сложности с поддержанием температуры тела, снижение выносливости, бледность кожных покровов, ослабление иммунитета	Таблетки, внутривенные капельницы (при сильном дефиците) Важно: добавки с кальцием могут препятствовать усвоению железа. Принимайте препараты или употребляйте продукты, содержащие кальций и железо, в разное время	Продукты животного происхождения: мидии, устрицы, говяжья печень, сардина, говядина, курица Растительные продукты: обогащенные сухие завтраки, содержащие 100% от дневной дозы железа, меласса, фасоль, чечевица, темный шоколад (с 45–69% содержанием какао), термически обработанный шпинат, тофу, нут, кешью <i>Важно:</i> вегетарианцам и веганам необходимо потреблять больше железа (в два раза больше, чем людям, употребляющим мясо), так как железо из растительных продуктов усваивается хуже, чем из продуктов животного происхождения. <i>Важно:</i> витамин С способствует усвоению железа. Ниже перечислены продукты, содержащие витамин С

Продолжение табл. 7.1

Элемент	Симптомы и признаки дефицита	Возможные методы восполнения дефицита	Продукты, в которых содержится (в порядке убывания)
Белок	Потеря мышечной массы, нехватка энергии	Добавки для перорального употребления (питательные протеиновые коктейли, протеиновый порошок)	Говядина, курица, индейка, свинина, рыба, бобовые, чечевица, ореховое масло (арахисовое, миндальное), семечки, молоко, йогурт, сыр, тофу, киноа, овсянка, горох, заменители мяса, содержащие > 14 г белка в одной порции
Рибофлавин (витамин В <sub>2</sub> )	Нехватка энергии, задержка роста, сухая/ проблемная кожа, выпадение волос, сухие потрескавшиеся губы или трещины в уголках рта, распухший язык пурпурного цвета, зуд и/или покраснение глаз, боль в горле, анемия и катаракта	Таблетки	Печень, обогащенные сухие завтраки, йогурт, молочные продукты, мясо, миндаль, грибы, миндаль, курица, лосось, яйца, киноа <i>Важно:</i> если вы употребляете мало мясных и молочных продуктов, скорее всего, у вас есть нехватка рибофлавина.
Витамин А	"Куриная" слепота или невозможность видеть в сумерках, ослабление иммунитета	Таблетки	Батат, говяжья печень, рыбий жир, шпинат, сырая морковь, тыквенный пирог, консервированная тыква, дыня канталупа, сырой красный болгарский перец, манго, курага, брокколи, молоко, обогащенное витамином А
Витамин В <sub>12</sub>	Недостаток энергии, потеря аппетита и/или веса, сложности с мышлением и/или запоминанием, перепады настроения, дискомфорт в полости рта и на языке, покалывание или онемение в теле, сложности с удержанием равновесия и ходьбой	Таблетки, сублингвальные таблетки, инъекции	Печень (всех видов), рыба, мясо, птица, яйца, молоко, йогурт, сыр, пищевые дрожжи <i>Важно:</i> витамин В <sub>12</sub> содержится исключительно в продуктах животного происхождения. Растительные продукты его не содержат.

Окончание табл. 7.1

Элемент	Симптомы и признаки дефицита	Возможные методы восполнения дефицита	Продукты, в которых содержится (в порядке убывания)
Витамин С	Возникновение синяков и кровотечений при незначительном воздействии, плохой аппетит, кровоточащие и/или набухшие десна, плохое самочувствие, боль в мышцах и суставах, общая слабость и перепады настроения	Таблетки, драже, леденцы, порошки в пакетиках	Болгарский перец, апельсиновый сок, апельсин, сок грейпфрута, киви, брокколи, клубника, брюссельская капуста, грейпфрут
Витамин D	Боли в костях, мышечная слабость, деформация скелета (у детей и подростков, которые продолжают расти), плохое настроение	Таблетки, ультрафиолет	Существует очень мало продуктов, содержащих витамин D. Это рыбий жир и жирные сорта рыбы (тунец, лосось и макрель) Существуют также йогурты, сухие завтраки, молоко и соевое молоко, обогащенные витамином D. <i>Важно:</i> прочитайте информацию на упаковке, чтобы узнать, обогащен ли продукт витамином D
Витамин К	Синяки на теле, кровотечения, ухудшение состояния костей	Таблетки	Зеленые листовые овощи, брокколи, жареные или ферментированные соевые бобы, соевое масло, масло канола, гранатовый сок, виноград, кешью, оливковое масло
Цинк	Задержка роста и развития, потеря аппетита, измененное восприятие вкуса и запаха, ухудшение ночного зрения, выпадение волос, диарея, ослабление иммунитета	Таблетки, леденцы	Устрицы, крабы, говядина, лобстер, свинина, запеченная фасоль, курица, йогурт, кешью, нут, сыр, овсянка, молоко, сухие завтраки, обогащенные цинком <i>Важно:</i> цинк лучше всего усваивается из продуктов животного происхождения

Таблица предоставлена зарегистрированным диетологом Лори Манзо

*Источники:* [American Society for Enteral and Parenteral and Enteral Nutrition 2017; Office of Dietary Supplements (US), Calcium, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Folate, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Iron, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Riboflavin, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Vitamin A, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Vitamin B12, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Vitamin C, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Vitamin D, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Vitamin K, 2016; Office of Dietary Supplements (US), Zinc, 2016]

**Продолжать увеличивать пищевую гибкость.** После изучения материалов о нехватке питательных веществ терапевту следует снова уделить внимание важности увеличения пищевой гибкости. Рассмотрение результатов самонаблюдения или наблюдения родителями зачастую помогает определить ригидность в пищевом поведении. Например, пациент может употреблять строго определенные продукты в рамках каждого приема пищи и перекуса и лишь время от времени вводить в рацион продукт, который он считает переносимым, хотя и не любит его. Второй этап является отличной возможностью увеличить пищевую гибкость, совершая вполне выполнимые действия. Введение небольших изменений на данном этапе подготовит пациента к более тяжелой работе в рамках третьего этапа (т.е. к введению абсолютно незнакомых продуктов). С этой целью терапевт может выдвинуть два предложения.

Во-первых, терапевт может предложить пациенту изменять приемы пищи и перекусы в течение дня, продолжая при этом употреблять предпочитаемые продукты. Например, проверяя отчет о самонаблюдении, терапевт может заметить, что, хотя пациент может употреблять несколько различных блюд и перекусов, он продолжает употреблять одни и те же продукты каждый день (например, сухие хлопья на завтрак, курицу в кляре и жареный картофель на обед, и т.п.). В этом случае терапевту следует предложить пациенту менять продукты, которые он ест в рамках приемов пищи и перекусов, изо дня в день, продолжая при этом употреблять предпочитаемые продукты (например, в один день съесть на завтрак сухие хлопья, а в другой — пончики; в один день съесть на обед курицу в кляре и жареный картофель, а в другой — пиццу).

Во-вторых, терапевт может предложить пациенту снова ввести в рацион те продукты, которые он употреблял ранее, или те продукты, которые пациент употребляет очень редко. Например, пациент может продолжать употреблять преимущественно продукты, являющиеся высоко предпочитаемыми (например, сухие хлопья, макароны, мороженое), и при этом время от времени употреблять продукты, которые он ест редко (например, бананы), хотя раньше очень любил их. В этом случае терапевту следует похвалить

пациента за употребление этих редких продуктов и предложить продолжить есть их на следующей неделе. Это особенно полезно в том случае, если редкий продукт относится к одной из категорий, которая не представлена в рационе пациента (например, овощи или фрукты), или может помочь восполнить нехватку определенных питательных веществ. Однако терапевту не следует требовать от пациента ежедневного употребления этого продукта, так как это может привести к тому, что пациент от него устанет и вовсе перестанет его есть.

В качестве домашнего практического задания на этой неделе в дополнение к самонаблюдению или наблюдению родителями и набору веса (если необходимо) терапевту и пациенту (или его родителям) следует запланировать одно или два изменения, которые пациент сделает для того, чтобы продолжить увеличивать пищевую гибкость в течение следующей недели. Если у пациента наблюдается дефицит массы тела, терапевту следует напомнить пациенту (или его родителям) о том, чтобы он употреблял пищу в объеме, достаточном для прибавки 1–2 фунтов (0,5–1 кг) в неделю.

## **Вторая сессия второго этапа**

Внимание второй сессии второго этапа направлено на определение того, какие продукты из пяти основных групп пациент употребляет на данный момент, а также на определение продуктов, которые пациент хочет попробовать в рамках третьего этапа. После взвешивания пациента и проверки домашнего задания (самонаблюдение или наблюдение родителей, соблюдение регулярного плана питания, увеличение пищевой гибкости и набор веса, если необходимо) терапевту следует провести короткое психобразовательное мероприятие, призванное объяснить пациенту, какие группы продуктов должен включать в себя здоровый рацион питания, а также определить, какие продукты из пяти основных групп пациент употребляет на данный момент, и подготовиться к работе с одним поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа.

Предоставление психообразовательных материалов о типах продуктов, которые должен включать в себя здоровый рацион. В 2011 г. министерство сельского хозяйства США (USDA) опубликовало схему MyPlate на сайте [www.choosemyplate.gov](http://www.choosemyplate.gov). Если пересказать вкратце, суть MyPlate состоит в том, что каждый прием пищи должен включать в себя продукты из всех пяти основных групп (фрукты, овощи, а также белковые, молочные и злаковые продукты) в той пропорции, которая представлена в схеме. Члены USDA допускают, что достичь подобного разнообразия в рамках каждого приема пищи может быть непросто, однако они предлагают придерживаться общей пропорции, представленной на тарелке, в течение дня. Терапевту следует предоставить этот раздаточный материал пациенту (или его родителям) и поинтересоваться, позволяет ли нынешний список предпочитаемых продуктов достичь подобного соотношения в рамках большинства приемов пищи. Как показывает наш опыт, пациентам с ИОРПП сложно достичь такого разнообразия на данном этапе лечения. Терапевт может использовать рис. 7.1 для того, чтобы обсудить, продукты из каких групп представлены в рационе пациента в избыточном или недостаточном количестве. Для того чтобы помочь пациенту (или его родителям) визуализировать соотношение между MyPlate и его нынешним рационом, терапевту следует предложить пациенту нарисовать круг и разделить его на сектора, соответствующие каждой из групп продуктов и тому, в каком количестве они представлены в рационе пациента. Как упоминалось ранее, пациенты с ИОРПП зачастую употребляют много злаковых и молочных продуктов, но почти (или вовсе) не употребляют белковых продуктов, овощей и фруктов. Терапевт может привести примеры часто встречающихся паттернов, но при этом важно сделать ударение на том, что недостаточное разнообразие в целом (а не отсутствие продуктов какой-то определенной группы) является отличительной чертой ИОРПП.

**Рассмотреть, какие продукты из пяти основных групп присутствуют в рационе пациента.** После этого терапевту следует показать пациенту табл. 7.2 (“Пять основных групп продуктов”), которую мы адаптировали для КПТ-ИОРПП, используя список



**Рис. 7.1.** Раздаточный материал для пациентов “Схема My Plate от Министерства сельского хозяйства США”.

Адаптировано с разрешения USDA [ChooseMyPlate.gov]

продуктов, представленный в MyPlate от USDA. Терапевт может объяснить, что такой внушительный список представлен не потому, что пациент *должен* начать употреблять все эти продукты (или даже большинство!). А потому, что их *можно* ввести в свой рацион для того, чтобы сделать его здоровее. Действительно, пациент может прийти к удовлетворению своих пищевых потребностей в рамках каждой из групп, даже если он ранее пробовал один или два продукта, принадлежащих какой-либо из групп, и они ему не понравились. Еще один пункт, на который следует обратить внимание, — это то, что этот список включает в себя только отдельные цельные продукты, которые могут стать *ингредиентами* для более сложных блюд. Некоторые пациенты с ИОРПП не любят продукты, состоящие из нескольких ингредиентов (например, сэндвичи, паста с соусом). В этом случае следует сперва ввести в рацион отдельные ингредиенты блюд, а после этого переходить к употреблению более сложных блюд, приготовленных из

этих ингредиентов. Более того, данный список не включает в себя конфеты или другие переработанные продукты, так как зачастую эти продукты и так являются предпочитаемыми пациентами с ИОРПП. Некоторые методики, ориентированные на работу с детьми [Toomey et al., 2014], используют красную лакрицу или леденцы в качестве связующего звена, которое позволяет прийти к употреблению, к примеру, красного перца и яблок, однако, как показывает наш опыт, это не является необходимым в работе с пациентами старшего возраста.

Для того чтобы определить, какие продукты из пяти основных групп пациент уже употребляет, терапевту следует предложить пациенту просмотреть список и выделить те продукты, которые он либо “употребляет на регулярной основе” (ел по меньшей мере один раз за последний месяц и с радостью съел бы сегодня), либо “хочет попробовать” (в рамках третьего этапа), поставив отметки во втором и третьем столбцах. Работая с пациентами, опасаясь нежелательных последствий, терапевту следует попросить их пометить продукты, которые они употребляли до того, как произошел неприятный случай, но которые на данный момент не употребляют из-за страха, как продукты, которые пациент “хочет попробовать”. Так терапевт сможет добавить эти продукты в иерархию страхов и избегания на третьем этапе (рубрика “Количество проб” не используется до начала третьего этапа). Продукты, которые пациент не употребляет и которые не хочет попробовать, следует оставить без отметки. Продукты разделены на категории “употребляет на регулярной основе” и “хочет попробовать” в противоположность разделению на продукты, которые “нравятся” и “не нравятся”, так как выбранная нами классификация является более описательной, менее эмоционально окрашенной и позволяет перемещать продукты из одной категории в другую. Большинство продуктов, которые пациент не употребляет, являются либо такими продуктами, которые пациент никогда не пробовал, либо такими, которые он пробовал недостаточное количество раз для того, чтобы сформировать информированное предпочтение. Составляя список продуктов, которые он “хочет попробовать”, пациент может отдать предпочтение тем

продуктам, которые помогут ему в достижении определенных целей терапии. Например, пациенту точно следует внести в список те продукты, которые помогут ему восполнить определенные дефициты (продукты с высоким содержанием витамина В<sub>12</sub>) или набрать вес (высококалорийные продукты). Продукты, которые обычно подают в школе, на работе и в ходе проведения различных общественных мероприятий, также следует постараться ввести в рацион пациента, так как это поможет снизить проявление психологических трудностей. С другой стороны, если пациент не употребляет тот или иной продукт регулярно (например, печень, карамболу), этот продукт можно оставить без отметки, так как он вряд ли будет важной целью интервенции. В табл. 7.2 также отведены по пять пустых рядов в рамках каждой из пяти групп, чтобы пациент мог определить смешанные или приготовленные блюда, которые он хочет попробовать из этой категории. Например, в графе “овощи” наши пациенты указывали салат с заправкой, а в графе “злаки” — пиццу.

В рамках семейной КПТ-ИОРПП важно, чтобы у пациента была возможность первому изучить основные группы продуктов. Только после того, как пациент самостоятельно выбрал продукты, которые он употребляет на регулярной основе и которые хочет попробовать, терапевту следует предложить родителям поделиться своими идеями на этот счет. Это дает пациенту ощущение самостоятельности, а также мотивирует пациента действительно попробовать эти продукты на третьем этапе.

**Подготовиться к работе с одним из механизмов в рамках третьего этапа.** В качестве домашнего практического задания терапевту следует попросить пациента (или его родителей) продолжать проводить самонаблюдение или наблюдение родителей, следовать регулярному плану питания, а также увеличивать пищевую гибкость. Терапевту также следует попросить пациента, чтобы он продолжал думать о том, какие еще продукты он хотел бы попробовать в рамках пяти основных групп продуктов.

**Таблица 7.2.** Пять основных групп продуктов

В первом столбце предоставлен список наиболее часто употребляемых фруктов, овощей, белковых, молочных и злаковых продуктов. Поставьте "X" во втором столбце напротив тех продуктов, которые вы употребляете на регулярной основе (которые вы ели по меньшей мере один раз на протяжении прошедшего месяца и с радостью съели бы сейчас). Поставьте "X" в третьем столбце напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать в рамках КПТ-ИОРПП. В четвертой колонке напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать, ставьте "X", отмечая каждый раз, когда вы их попробовали в рамках КПТ-ИОРПП (во время сессии либо дома). Четвертый столбец состоит из десяти клеточек, так как исследования показали, что именно такое количество проб является необходимым для того, чтобы познакомиться с новым продуктом и развить стойкое к нему предпочтение.

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Фрукты</b>			
100%-ные натуральные фруктовые соки			
• Яблочный сок			
• Клюквенный сок			
• Виноградный сок			
• Сок грейпфрута			
• Сок манго			
• Апельсиновый сок			
• Сок папайи			
• Ананасовый сок			
• Гранатовый сок			
• Сливовый сок			
<b>Ягоды</b>			
• Ежевика			
• Голубика			
• Клюква			
• Смородина			
• Годжи			
• Черника			
• Брусника			
• Шелковица			
• Малина			
• Клубника			







Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Другие овощи</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Редис</li> <li>• Красная капуста</li> <li>• Зеленый лук</li> <li>• Снежный горох</li> <li>• Физалис</li> <li>• Репа</li> <li>• Восковая фасоль</li> <li>• Летняя тыква (желтый кабачок)</li> <li>• Цуккини</li> </ul>			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных овощей</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>			
<b>Белковые продукты</b>			
<b>Бобовые</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бобовые бургеры</li> <li>• Черная фасоль</li> <li>• Спаржевая фасоль</li> <li>• Нут</li> <li>• Эдамаме (молодые соевые бобы)</li> <li>• Фалафель (толченый нут со специями)</li> <li>• Хумус (пюре из нута)</li> <li>• Фасоль обыкновенная</li> <li>• Чечевица</li> <li>• Лимская фасоль</li> <li>• Турецкие бобы</li> <li>• Фасоль пинто</li> <li>• Соевые бобы</li> <li>• Гороховая крупа</li> <li>• Белая фасоль</li> </ul>			
<b>Яйца</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Куриные яйца</li> <li>• Утиные яйца</li> </ul>			

Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Мясо</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нежирный мясной фарш               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Говядина</li> <li>○ Свинина</li> <li>○ Сосиски (говядина, индейка)</li> </ul> </li> <li>• Нежирная вырезка               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Говядина</li> <li>○ Ветчина</li> <li>○ Ягненок</li> <li>○ Свинина</li> </ul> </li> <li>• Нежирное мясо для завтрака               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Говядина</li> <li>○ Курица</li> <li>○ Ветчина</li> <li>○ Свинина</li> <li>○ Индейка</li> </ul> </li> <li>• Дичь               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Бизон</li> <li>○ Кролик</li> <li>○ Оленина</li> </ul> </li> <li>• Субпродукты               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Потроха</li> <li>○ Печень</li> </ul> </li> </ul>			
<b>Орехи и семена</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Миндаль</li> <li>• Миндальное масло</li> <li>• Кешью</li> <li>• Семена чиа</li> <li>• Фундук</li> <li>• Смесь орехов</li> <li>• Арахис</li> <li>• Арахисовое масло</li> <li>• Пекан</li> <li>• Фисташки</li> <li>• Тыквенные семечки</li> <li>• Кунжут</li> <li>• Семена подсолнуха</li> <li>• Грецкие орехи</li> </ul>			

Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Мясо птицы</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Курица</li> <li>• Утка</li> <li>• Гусь</li> <li>• Индейка</li> </ul>			
<b>Морепродукты</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рыбные консервы               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Анчоусы</li> <li>○ Сардина</li> <li>○ Тунец</li> </ul> </li> <li>• Костные рыбы               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Сом</li> <li>○ Треска</li> <li>○ Камбала</li> <li>○ Пикша</li> <li>○ Палтус</li> <li>○ Сельдь</li> <li>○ Макрель</li> <li>○ Минтай</li> <li>○ Порги</li> <li>○ Лосось</li> <li>○ Морской окунь</li> <li>○ Золотистый пагрус</li> <li>○ Суши</li> <li>○ Меч-рыба</li> <li>○ Тилапия</li> <li>○ Радужная форель</li> <li>○ Тунец</li> </ul> </li> <li>• Моллюски               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Двустворчатые моллюски</li> <li>○ Краб</li> <li>○ Лангуст</li> <li>○ Лобстер</li> <li>○ Мидии</li> <li>○ осьминог</li> <li>○ Устрицы</li> <li>○ Морской гребешок</li> <li>○ Креветки</li> <li>○ Кальмар</li> </ul> </li> </ul>			

Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
----------	-----------------------------------	--------------------	---

**Соевые продукты**

- Темпе (ферментированные соевые бобы)
- Соевое мясо
- Тофу
- Вегетарианские бургеры

**Другие блюда из приготовленных или смешанных белковых продуктов**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Молочные продукты и заменители молока****Сыр**

- **Натуральные твердые сыры**
  - Чеддер
  - Гауда
  - Моцарелла
  - Мюнстерский сыр
  - Пармезан
  - Поволоне
  - Сыр Романо
  - Швейцарский сыр
- **Мягкие сыры**
  - Бри
  - Камамбер
  - Домашний сыр (творог)
  - Фета
  - Рикотта
- **Плавленые сыры**
  - Американский чеддер
  - Пастообразный плавленый сыр

**Молоко**

- **Все виды молока**
  - Обезжиренное молоко
  - Молоко с разными вкусами
  - Молоко без лактозы

Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
----------	-----------------------------------	--------------------	---

**Молоко**

- Все виды молока
  - Молоко с низким содержанием жира (1%)
  - Молоко со сниженным содержанием жира (2%)
  - Цельное молоко
- Молочные десерты
  - Замороженный йогурт
  - Мороженое
  - Молоко со льдом
  - Ласси
  - Пудинг
  - Шербет
  - Смузи

**Растительное молоко**

- Миндальное молоко
- Кокосовое молоко
- Рисовое молоко
- Соевое молоко

**Йогурт**

- Йогурты на основе молока (обезжиренные, с низким содержанием жира, со сниженным содержанием жира, из цельного молока)
- Йогурт из миндального молока
- Йогурт из кокосового молока
- Соевый йогурт

**Другие блюда из приготовленных или смешанных молочных продуктов и растительного молока**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Продолжение табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Злаки</b>			
<b>Цельные злаки</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амарант</li> <li>• Бурый рис</li> <li>• Гречка</li> <li>• Булгур</li> <li>• Полба</li> <li>• Пшено</li> <li>• Мюсли</li> <li>• Овсянка</li> <li>• Попкорн</li> <li>• Киноа</li> <li>• Овсяные хлопья</li> <li>• Сорго</li> <li>• Спельта</li> <li>• Тефф</li> <li>• Цельный ячмень</li> <li>• Цельная кукуруза</li> <li>• Цельное сорго</li> <li>• Цельная рожь</li> <li>• Цельнозерновой пшеничный хлеб</li> <li>• Цельнозерновые хлопья</li> <li>• Цельнозерновые крекеры</li> <li>• Цельнозерновые макароны</li> <li>• Цельнозерновая булочка для бургеров</li> <li>• Цельнозерновая тортилья</li> <li>• Дикая рис</li> </ul>			
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Багет</li> <li>• Крекеры</li> <li>• Панировочные сухари</li> <li>• Пирог</li> <li>• Хала</li> <li>• Печенье</li> <li>• Кукурузные хлопья</li> </ul>			

Окончание табл. 7.2

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кукурузная тортилья</li> <li>• Кукурузный хлеб</li> <li>• Кускус</li> <li>• Соленые крекеры</li> <li>• Английские кексы</li> <li>• Французский хлеб</li> <li>• Мука крупного помола</li> <li>• Мамалыга</li> <li>• Маца</li> <li>• Лепешка наан</li> <li>• Лапша</li> <li>• Блины</li> <li>• Паста (спагетти, макароны)</li> <li>• Коржи для торта</li> <li>• Пита</li> <li>• Основа для пиццы</li> <li>• Полента</li> <li>• Соленый кренделек</li> <li>• Лапша быстрого приготовления</li> <li>• Рисовые хлебцы</li> <li>• Рисовая бумага</li> <li>• Рисовая лапша</li> <li>• Вафли</li> <li>• Белый хлеб</li> <li>• Белый рис</li> <li>• Белые булочки для бургеров</li> </ul>			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных злаков</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>			

Разработано на основании таблицы, приведенной на сайте [www.choosemyplate.gov](http://www.choosemyplate.gov).

В конце сессии терапевту следует подготовить пациента и его родителей к третьему этапу терапии. Например, если терапевт планирует начать с работу с сенсорной чувствительностью, ему следует попросить пациента и/или его родителей принести на сессию очень маленькие порции пяти продуктов из списка продуктов, которые пациент “хочет попробовать” в качестве дополнительного домашнего задания. Это необходимо для проведения первой экспозиции в рамках сессии (см. подробности в описании третьего этапа). Не обязательно, чтобы продукты имели какое-то общее качество; пациент может выбрать их из списка пяти основных групп продуктов произвольным образом. В отличие от этого, если третья сессия начнется с работы со страхом неприятных последствий, терапевту следует попросить пациента (или его родителей) начать составлять список страхов, которые пациент хочет преодолеть в рамках третьего этапа. И наконец, если третий этап начнется с работы с отсутствием интереса к приему пищи, терапевту следует попросить пациента (или его родителей) принести на следующую сессию привычные порции пяти предпочитаемых продуктов. Это должны быть продукты, которые пациент употребляет на регулярной основе или с радостью съел бы, несмотря на то, что они не присутствуют в его ежедневном рационе (например, брауни, торт), а не продукты из списка продуктов, с которыми пациент хочет познакомиться в рамках пяти основных групп.

## **Решение основных проблем, возникающих на втором этапе**

**Что делать, если пациент перестал набирать вес?** В индивидуальном формате терапии врачу следует снова обратить внимание пациента на последствия недоедания и недостаточной массы тела, которые были приведены в рамках первого этапа. В этом случае следует начать третий этап с работы с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом, чтобы улучшить аппетит пациента и помочь ему переносить больший объем пищи.

В семейном формате терапии врачу следует подумать о том, чтобы поддержать родителей и ввести план вознаграждений.

Подходящие вознаграждения для разных пациентов обычно отличаются и могут включать в себя денежное вознаграждение, игрушки, а также дополнительное экранное время (например, телевидение, мобильные устройства). Лучше всего, если вознаграждения будут сиюминутными (а не отсроченными) и будут служить подкреплению поведения (а не достижению долгосрочных результатов). Например, пациенту с недостаточной массой тела, чьи родители согласились давать ему денежное вознаграждение, необходимо вручать немного денег сразу же после того, как он съест большую порцию или выпьет дополнительный высококалорийный напиток, вместо того, чтобы обещать выдать большую сумму когда-то в будущем после того, как он достигнет желаемого веса. Родителям может быть удобнее создать небольшой запас небольших вознаграждений (например, для наших пациентов это были игрушки, косметика), чтобы использовать их незамедлительно, вместо того, чтобы обещать ребенку съездить в любимый магазин в какое-то неопределенное время в будущем. Родителям следует начать с заниженных ожиданий для получения сиюминутной награды и постепенно убирать вознаграждения по мере того, как желаемое поведение закрепится. Например, подростку с недостаточной массой тела может понадобиться дополнительное время с гаджетами после каждого приема пищи в течение первых нескольких недель, однако с течением времени ему будет достаточно предоставить дополнительное время с гаджетами в конце дня, после того, как он съест всю пищу, указанную в плане питания. Систему вознаграждений можно ввести с самого начала терапии, если пациенту необходима дополнительная мотивация к изменениям, либо же в середине лечения, когда (или если) пациент перестанет реагировать на КПТ-ИОРПП. Некоторые пациенты и их родители опасаются введения вознаграждений, объясняя это тем, что пациент не должен получать вознаграждение за то, что он и так должен делать (например, есть больше или пробовать новые блюда). В таких случаях терапевту следует поработать над нормализацией идеи о вознаграждении. Большинство из нас получают вознаграждения ежедневно, включая оценки за выполнение домашних заданий и зарплату за выполненную работу.

**Что делать, если пациент не выберет ни одного продукта для списка продуктов, которые он “хочет попробовать”?** Принимая во внимание всеобъемлющую природу пяти основных групп продуктов и ограниченные возможности экспозиции, являющиеся характерными для большинства людей с ИОРПП, можем утверждать, что почти все пациенты будут достаточно заинтересованы и выберут по меньшей мере несколько незнакомых продуктов. Однако, если пациент не выберет ни одного продукта для того, чтобы попробовать его, терапевту следует помочь пациенту определить плюсы и минусы (как краткосрочные, так и долгосрочные) изменения образа питания. После этого пациент совместно с терапевтом может подумать над тем, каким образом знакомство с новым продуктом позволит улучшить жизнь. Если пациент продолжает утверждать, что не хочет никаких изменений, терапевту придется провести с пациентом (или его родителями) откровенный разговор о том, следует ли продолжать лечение в рамках КПТ-ИОРПП на данном этапе. Пациент, несомненно, узнал многое об ИОРПП и сделал некоторые важные изменения в своем питании в рамках первого этапа, однако, если он не хочет вводить дальнейшие изменения, возможно, следует прекратить лечение, предложив пациенту вернуться к терапии, когда он будет готов к дальнейшим изменениям. Разумеется, такой вариант возможен только в том случае, если физическое состояние пациента не требует госпитализации или других обязательных медицинских интервенций. В этом случае необходимо обратиться к альтернативному лечению.

## **Перечень контрольных показателей для перехода к третьему этапу**

К концу первого этапа пациенту следует достигнуть выполнения нижеприведенных заданий.

- Пациент стабильно набирает вес по 1–2 фунта (0,5–1 кг) в неделю в течение 3–4 недель.
- Пациент составил список продуктов, которые он может ввести в свой рацион с целью восполнения нехватки питательных веществ.

- Пациент начал снова вводить в рацион редко употребляемые продукты либо употреблять вариации предпочитаемых продуктов на регулярной основе (в том случае, если это необходимо).
- Терапевт и пациент (или его родители в случае проведения семейного формата КПТ-ИОРПП) выбрали несколько продуктов из списка пяти основных групп продуктов, которые пациент хочет попробовать на третьем этапе.

Поскольку второй этап включает в себя, прежде всего, создание плана лечения, мы не рекомендуем продлевать этот этап в том случае, если пациент не достиг поставленных целей. Вместо этого, если у пациента есть сложности с выполнением вышеперечисленных заданий, терапевту следует определить, какой из поддерживающих механизмов заболевания является преградой для пациента. Третий этап необходимо начать именно с работы с этим поддерживающим механизмом.

## Третий этап: работа с поддерживающими механизмами в порядке приоритета

Цель третьего этапа (14–22 сессии) состоит в работе с механизмами, поддерживающими ИОРПП у пациента. В зависимости от конкретной ситуации, терапевту следует уделить внимание одному, двум или всем трем основным механизмам, поддерживающим ИОРПП, в рамках третьего этапа. Необходимо распределить поддерживающие механизмы в порядке важности и работать с ними последовательно, переходя к работе со следующим, только решив проблему предыдущего, по крайней мере частично. Намного лучше проводить одну интервенцию на высоком уровне, чем проводить много интервенций сразу, но на низком уровне. Тут срабатывает принцип “качество, а не количество”. Терапевту необходимо начать третий этап с работы с тем механизмом, который доставляет пациенту больше всего дискомфорта, а после этого переходить к работе с другими поддерживающими механизмами. Придерживаясь принципа КПТ-ИОРПП о том, что сначала необходимо увеличить объем потребляемой пищи, а потом — разнообразие, терапевт начинает работать с теми механизмами, которые приводят к ограничению объема, т.е. с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и страхом неприятных последствий. С механизмом повышенной сенсорной чувствительности, который приводит к ограничению разнообразия потребляемой пищи, обычно работают в последнюю очередь. Как показывает наш опыт, работа с основным поддерживающим механизмом благотворно влияет и на другие механизмы. Длительность третьего этапа варьируется от 14 до 22 сессий, в зависимости от количества и степени тяжести поддерживающих механизмов. Независимо от того, с каким из механизмов работает терапевт, основным методом, позволяющим внести изменения в лучшую сторону, является экспозиция.

## **Продолжение набора веса на третьем этапе (только для пациентов с дефицитом массы тела)**

При работе с пациентами с недостаточной массой тела основным фокусом внимания в рамках первого и второго этапов был набор веса. К началу третьего этапа пациент, скорее всего, стабильно набирал 1-2 фунта (0,5–1 кг) в неделю благодаря контролю со стороны родителей, семейному приему пищи, а также увеличению дневного калоража на 500 ккал. На третьем этапе перед терапевтом стоит непростая задача — продолжать поддерживать набор веса, одновременно с этим работая с основными механизмами, поддерживающими ИОРПП, а также постепенно возвращая пациенту контроль над приемом пищи, когда здоровый вес будет достигнут. Работа с некоторыми из поддерживающих механизмов (отсутствие интереса к приему пищи или к пище в целом) помогает достичь продолжительного набора веса, так как при этом увеличивается чувство голода, а также переносимость больших объемов пищи. Работа с другими механизмами (сенсорная чувствительность) не приводит непосредственно к набору веса, так как продукты, которые вводятся в рацион пациента во время работы с ними, зачастую содержат меньше калорий (овощи, фрукты), чем те продукты, которые пациент предпочитает (быстрые углеводы).

В том случае если у пациента наблюдается дефицит массы тела, терапевт продолжает контролировать набор веса в начале каждой сессии третьего этапа. Если тенденция набора веса пациента соответствует клиническим ожиданиям, терапевту следует определить и подкрепить пищевое поведение пациента, которое позволило набрать необходимое количество (например, увеличение размера порции предпочитаемых продуктов, родительский контроль), после чего можно переходить к интервенциям третьего этапа, которые были запланированы для данной сессии. Однако, если пациент не набирает вес в ожидаемом темпе, терапевту необходимо уделить внимание тем препятствиям, которые мешают пациенту набирать вес (пропуск приемов пищи, недостаточный размер порций, сниженный контроль со стороны родителей), а также установить конкретную

цель на последующую неделю совместно с пациентом (или его родителями, если проводится семейный формат КПТ-ИОРПП). Например, для пациента с повышенной сенсорной чувствительностью, не набирающего вес, такой целью может стать увеличение размера порции предпочитаемых продуктов (например, мороженого) в рамках вечернего перекуса. Одновременно с этим пациенту следует начать пробовать новые продукты (см. модуль сенсорной чувствительности). Аналогично пациент со страхом неприятных последствий может продолжить домашнюю экспозицию для выбранного страха (например, рвота или удушье), добавляя к ежедневному завтраку высококалорийный напиток. Переходить к интервенциям третьего этапа, запланированным для проведения в рамках данной сессии, стоит только после того, как терапевт и пациент (или его родители) достигнут согласия относительно недельного плана набора веса. Простое и надежное правило набора веса состоит в том, что, когда набор веса пациента идет по плану, работа с этой проблемой должна занимать не больше 10 мин. в начале сессии. Однако, если пациент не набирает вес, терапевту может понадобиться разделить сессию на две части (25 мин. — на работу с набором веса, остальные 25 мин. — на запланированные задания третьей сессии). В случае с пациентами со значительным дефицитом массы тела терапевт должен быть готов к тому, что третий этап будет длиться дольше, учитывая дополнительное время на работу с набором веса в рамках каждой сессии.

В случае проведения семейного формата КПТ-ИОРПП, как только пациент достигнет здорового веса, терапевт совместно с родителями начинает возвращать ему контроль над приемом пищи в соответствии с возрастом и этапом развития. Например, большинство 10-летних пациентов ужинают дома с родителями, в то время как 18-летние пациенты готовят себе ужин сами или едят с друзьями. Промежуточные этапы могут состоять в том, чтобы позволить пациенту обедать в школе без родительского надзора либо самостоятельно выбирать продукты для приема пищи или перекуса.

## **Поддерживающий механизм № 1: сенсорная чувствительность**

### **Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия первая**

На первой сессии в рамках модуля сенсорной чувствительности терапевт излагает план сессии, взвешивает пациента, а также проверяет выполнение домашнего задания. Особое внимание при проверке домашнего задания уделяется тому, удалось ли пациенту увеличить гибкость пищевого поведения, меняя блюда, которые он употребляет в рамках различных приемов пищи, повторно вводя в рацион продукты, которые он перестал употреблять, либо изменяя способ подачи предпочитаемых продуктов. Терапевту нужно также убедиться в том, что пациент (или его родители) принесли с собой пять образцов из списка продуктов, которые пациент “хочет попробовать” в рамках пяти основных пищевых групп. После этого терапевт предоставляет психообразовательные материалы и проводит первую экспозицию в рамках сессии.

**Психообразование о необходимости многократной экспозиции для формирования привлекательности новых продуктов.** Как показывают результаты исследований, проведенных в течение нескольких десятилетий, экспозиция является высокоэффективным способом формирования привлекательности новых продуктов как у детей [*Birch & Marlin, 1982*], так и у взрослых [*Methven, Langreney & Prescott, 2012; Pliner, Pelvhat & Grabski, 1993*]. Для того чтобы познакомить пациента с этой идеей, терапевт может рассказать о том, что предпочтения людей (как в еде, так и в других вещах) неотвратимо меняются со временем и простая экспозиция определенного стимула (например, картины, музыка, пища) может помочь сформировать привлекательность. В исследовании, проведенном Зайонком [*Zajonc, 1968*], участникам эксперимента показали бессмысленные слова и символы. Позже, когда участникам эксперимента показали те же самые бессмысленные стимулы одновременно с новыми бессмысленными стимулами, они проявили большую симпатию к символам и словам, которые уже видели ранее, по сравнению

с увиденными впервые. Другими словами, сама экспозиция словами и символами — а не какие-то их приятные свойства — сформировала привлекательность. Терапевт может связать эту идею с личным опытом пациента, спросив, было ли у него такое, что песня, которую он услышал по радио впервые, не понравилась ему, но позже эта же песня стала одной из самых любимых. Работая с детьми младшего возраста, терапевт может спросить, любит ли пациент те же игрушки, компьютерные игры или фильмы, которые любил, когда был младше.

После этого пациенту следует объяснить, что для того, чтобы начать пробовать новые продукты, необходимо изучить и отработать на практике определенные стратегии. Совместно с пациентом терапевт рассматривает основную стратегию пищевой экспозиции, которую пациент узнаёт в рамках КПТ-ИОРПП: пять шагов. Пять шагов позволяют пациенту пройти через упражнение последовательной сенсорной экспозиции. В ходе экспозиции прием пищи разбивается на серию конкретных шагов. Сначала пациенту следует рассмотреть блюдо, затем — потрогать его, понюхать, оценить его вкусовые свойства и текстуру. Пациенту следует выполнять это упражнение во время всех пищевых экспозиций, проводимых в рамках сессий. Кроме того, по желанию он может задействовать этот метод, знакомясь с новой пищей в домашних условиях. Структурированное сенсорное исследование базируется на адаптированной версии “Науки питания”, предназначенной для работы с детьми среднего школьного возраста в рамках подхода SOS, предложенного Туми [Toomey et al., 2014] для увеличения пищевого разнообразия у детей и подростков, имеющих проблемы в питании.

После изучения раздаточного материала терапевт спрашивает пациента о том, какие общие и отличительные черты есть у стратегии пяти шагов в сравнении с теми способами, которые пациент использовал в прошлом, чтобы попробовать новые продукты. В ходе этого обсуждения терапевт обращает особое внимание на три основных момента. Во-первых, цель экспозиции состоит в том, чтобы попробовать новый продукт; продукт вовсе не должен понравиться пациенту с первой, второй или даже третьей попытки. Может потребоваться несколько дегустаций, прежде чем пациент примет этот продукт,

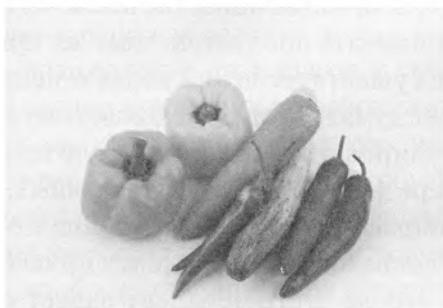
и еще большее количество дегустаций необходимо для того, чтобы пациент определился, нравится он ему или нет. И это нормально! У всех людей — даже у тех, кто не страдает ИОРПП, — есть продукты, которые они любят и не любят. В любом случае простого выполнения упражнения пяти шагов достаточно для того, чтобы помочь пациенту сформировать новые навыки, которые помогут ему, когда он будет пробовать новые продукты в будущем. Во-вторых, именно пациенту следует выбирать продукты, которые он хочет попробовать. Терапевт (или родители в случае проведения семейного формата КПТ-ИОРПП), конечно, может выдвигать свои предложения, но очень важно, чтобы пациенту была предоставлена возможность самостоятельно выбирать продукты. Это предварительная стратегия, которая повысит податливость пациента, когда он будет пробовать новые продукты в рамках сессии. В-третьих, хотя мы рекомендуем начинать исследование пищи, основываясь на зрении, осязании и обонянии, основная цель этого упражнения, помогающая расширить рацион, состоит в том, чтобы пациент попробовал еду. Как показали исследования: как бы долго мы ни смотрели на блюдо, это не повлияет на формирование вкусового пристрастия; пищу необходимо попробовать [Birch, McPhee, Shoba, Pirok & Steinberg, 1987]. (Именно поэтому мы советуем терапевту придерживаться пяти этапов, представленных на рис. 8.1, и не разрабатывать других видов экспозиции, позволяющих пациенту играть с едой, целовать или облизывать ее. И, хотя подобные интервенции не несут никакого вреда и их часто рекомендуют проводить в рамках эрготерапии и логопедической терапии, мы считаем, что — особенно это касается работы с детьми среднего школьного возраста, подростками и взрослыми — пальчиковое рисование йогуртом не принесет того терапевтического эффекта, которого можно добиться, если пациент попробует его.)

**Проведение первой экспозиции с пищей в рамках сессии.** Для того чтобы приступить к проведению первой экспозиции, терапевт просит пациента выбрать один из пяти продуктов, принесенных им. Терапевт задает первый вопрос: “Как этот продукт выглядит?” Затем необходимо предоставить пациенту достаточно времени для ответа. Врач не предлагает пациенту свои личные наблюдения, а подкрепляет и хвалит его за любое нейтральное и безоценочное описание

## Пять шагов к знакомству с новыми продуктами

Задайте себе эти ПЯТЬ вопросов, собираясь попробовать новый продукт!

Дегустация новых продуктов может оказаться довольно сложной. В следующий раз, когда захотите попробовать новый продукт, успокойтесь и предоставьте себе несколько минут для того, чтобы исследовать этот продукт, как будто видите его впервые в жизни. Постарайтесь использовать НЕЙТРАЛЬНЫЕ слова и не приписывать продуктам положительных или отрицательных свойств.



Основные цели терапии:



№1

Как этот продукт выглядит (например, зеленый, круглый)



№2

Какой он на ощупь (например, гладкий, твердый)



№3

Какой у него запах (например, сильный, горький)



№4

Какой он на вкус (например, сладкий, соленый)



№5

Какая у него текстура (например, жесткая, мягкая)



### Поздравляем!

Помните, чем больше вы будете практиковаться, тем легче вам будет пробовать новые продукты. Даже если какой-то продукт сразу не понравится вам, это нормально. Исследования показали, что для того, чтобы начать употреблять новый продукт без какого-либо дискомфорта, необходимо попробовать его около десяти раз. Более того, многократная дегустация одних и тех же продуктов способствует закреплению нового опыта.

Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

Рис. 8.1. Психообразовательный раздаточный материал для пациентов "Пять шагов к знакомству с новыми продуктами"

продукта. Если пациент приводит описание продукта, имеющее положительную или отрицательную оценку (например, “Выглядит аппетитно” или “Выглядит отвратительно”), терапевт направляет пациента к нейтральности и просит его описать продукт, как будто для слепого, пришельца с другой планеты или человека, который никогда раньше не видел этот продукт. Если пациент отвечает: “Я не знаю, что говорить”, терапевт может привести небольшое описание в качестве примера, после чего попросить пациента продолжить описывать продукт по тому же принципу. Терапевт напоминает, что не существует правильных и неправильных ответов, а пациент может думать столько, сколько ему необходимо для того, чтобы сформулировать свой ответ. После того как пациент назовет по меньшей мере два или три прилагательных, терапевт переходит к следующим вопросам — “Какой этот продукт на ощупь?” и “Как он пахнет?” — и снова помогает пациенту привести нейтральное описание.

После этого терапевт задает следующий вопрос: “Какой вкус у этого продукта?”, справедливо полагая, что пациенту необходимо попробовать продукт. Если пациент проявляет волнение, терапевту следует отметить, что достаточно попробовать очень маленький кусочек. Уильямс и Сейверлинг [*Williams & Seiverling, 2016*] определили, что при работе с детьми младшего возраста порция размером с зернышко риса или горошину является достаточной для первой экспозиции. Аналогично Николлс [*Nicholls et al., 2001*] определил, что для детей среднего школьного возраста и подростков половина чайной ложки является достаточным объемом. В рамках КПТ-ИОРПП мы рекомендуем терапевтам давать пациенту возможность самостоятельно определить размер порции для дегустации. Например, если проводится экспозиция с яблоком, допустимо, чтобы пациент очистил кожуру и попробовал один кусочек мякоти. Нет необходимости съесть целое яблоко; более того, на это просто нет времени, так как в рамках сессии необходимо попробовать еще несколько продуктов. Количество кусочков от одного до пяти является достаточным для первой экспозиции нового продукта в рамках сессии. Последний вопрос — “Какая текстура у этого продукта?” — может побудить пациента к тому, чтобы попробовать еще один кусочек и получить необходимую информацию для ответа на заданный

вопрос. Пройдя с первым продуктом все пять шагов, терапевт повторяет эту процедуру с остальными четырьмя продуктами, принесенными пациентом на сессию.

При семейном формате КПТ-ИОРПП родителям необходимо изучить стратегию пяти шагов вместе с ребенком. Терапевт предоставляет им возможность отработать эту стратегию на практике, проведя экспозицию для одного или нескольких продуктов в рамках сессии. Так как родители отвечают за изменения, которые происходят между сессиями, терапевту следует убедиться в том, что они понимают, в чем состоит цель экспозиции и пяти шагов, и смогут помочь своему ребенку в выполнении домашних практических заданий. Терапевт может попросить родителей подумать о том, как стратегия пяти шагов отличается от тех методов, которые они обычно используют, чтобы помочь своему ребенку попробовать новые продукты. Родители зачастую отвечают: предлагая ребенку новую пищу, они стараются сделать так, чтобы ему понравился продукт (“Ну попробуй! Тебе точно понравится!”), что в корне отличается от безоценочного подхода КПТ-ИОРПП.

**Практическое задание на дом.** Одна из частых проблем, встречающихся при введении в рацион новых продуктов, состоит в том, что пациент может пробовать их в рамках сессии (чтобы угодить терапевту либо в силу большей уверенности в своих силах в месте проведения терапии), но при этом иметь определенные сложности с тем, чтобы употреблять их самостоятельно между сессиями. Очень важно уделить внимание этой проблеме, так как, если пациент будет пробовать продукты только в рамках сессий, понадобится очень много времени, чтобы достичь количества экспозиций, необходимого для введения нового продукта в рацион. Эту мысль нужно повторять вновь и вновь: пациенту необходимо многократно пробовать новый продукт для того, чтобы сформировать вкусовую привлекательность. Практика между сессиями является критически важной для достижения успеха в лечении.

Проведя все пять экспозиций, терапевт помогает пациенту определить, с какими из продуктов, продегустированных на сессии, он продолжит знакомиться на следующей неделе. Важный принцип КПТ-ИОРПП состоит в том, что, какие бы продукты пациент ни

выбрал для практики, ему необходимо практиковаться по меньшей мере с одним из этих продуктов каждый день. Например, если пациент был приятно удивлен тем фактом, что ему понравился определенный продукт, стоит продолжить практику с этим продуктом в рамках домашнего задания. В начале третьего этапа пациенту предлагается ввести продукты, продегустированные им в рамках сессии, в ежедневные приемы пищи и перекусы. Однако основная цель домашних практических заданий состоит в том, чтобы пациент проводил дегустации небольших порций этих продуктов в течение недели. Например, если взрослый пациент согласился попробовать арахис четыре раза к следующей сессии, терапевт может предложить ему хранить банку с арахисом в рабочем столе, а также поставить будильник, который будет напоминать, что пора съесть один орешек в одно и то же время каждый день. Если ребенок в семейной версии КПТ-ИОРПП выразил желание трижды попробовать яблоко на следующей неделе, терапевт может помочь родителям определить, когда они будут подавать яблоки (например, после школы) и сколько пациенту необходимо при этом съесть (например, два или три кусочка). Стоит напомнить пациенту, что все совершенные дегустации следует отмечать в таблице пяти основных групп продуктов. Те из продуктов, которые пациент принес на эту сессию, но так и не попробовал, необходимо принести на следующую сессию и снова попрактиковаться с ними. Если пациенту сложно определить, какие продукты он хочет принести с собой, терапевт предлагает ему принести продукт из той группы, которая на данный момент не представлена в его рационе питания.

Для большинства пациентов само безоценочное исследование продуктов в рамках пяти этапов является достаточной причиной для того, чтобы запустить прогресс в знакомстве с новой пищей. Однако для некоторых пациентов — особенно для детей с эгосинтопической природой избегающего/ограничительного пищевого поведения, проходящих лечение в семейном формате КПТ-ИОРПП, — можно задействовать методику выработки условного рефлекса для запуска последующего прогресса. Например, пациент может зарабатывать баллы за каждый продукт, который он попробует в рамках домашнего практического задания. Позже эти баллы можно

обменять на желаемое вознаграждение. Дети дошкольного возраста могут предпочесть наклейки баллам. И хотя использование похвалы и вознаграждений для того, чтобы увеличить объем и разнообразие употребляемой пищи, является отчасти неоднозначным [Rowell et al., 2015; Satter, 1987], метод управления обуславливающими последствиями имеет доказанную эффективность в лечении расстройств приема пищи у детей [Sharp et al., 2010]. Многие из опубликованных исследований [например, Marshall et al., 2015] продемонстрировали, что управление обуславливающими последствиями позволяет значительно увеличить разнообразие потребляемой пищи. Как показывает наш опыт, определенная степень похвалы и подбадривания необходима в том случае, если терапевт имеет дело с пациентом с истинно низкой мотивацией. И хотя мы обнаружили, что оперантное обуславливание является более подходящим для работы с детьми в рамках семейного формата КПП-ИОРПП, взрослым пациентам также может понравиться эта идея, и они могут задействовать свою собственную систему вознаграждений.

### **Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, сессия вторая**

Терапевт начинает вторую сессию модуля сенсорной чувствительности с изложения плана сессии, взвешивания пациента и проверки результатов самонаблюдения или наблюдения родителей. В дополнение к этому необходимо проверить таблицу “Пять основных групп продуктов”, чтобы убедиться, что пациент практиковался с новыми продуктами и отмечал их в таблице. Если пациент пробовал продукты, как это было оговорено на предыдущей сессии, врачу следует похвалить пациента и спросить, изменилось ли его отношение к каким-либо из продуктов в результате выполнения домашнего практического задания. Необходимо подкрепить любые проявления увеличения комфорта с новыми продуктами. Если пациент не отметил изменений в отношении к новым продуктам, терапевт напоминает, что пациенту может потребоваться большее количество дегустаций для продолжения знакомства с продуктами. Терапевт также должен убедиться, что пациент (или его родители) принес с собой еще пять наименований из списка продуктов, которые хочет попробовать.

### **Проведение первой пищевой экспозиции в рамках сессии.**

Терапевт переходит к проведению экспозиции для пяти продуктов, которые пациент принес с собой, используя раздаточный материал с описанием пяти шагов в качестве ориентира. Если пациент проявляет большую готовность нейтрально описать продукты во время второй сессии, терапевту следует отметить этот прогресс, сказав что-то вроде “У тебя очень хорошо получается!” или “Ты понял, как это нужно делать!” Например, пациенту могут быть больше не нужны подсказки относительно шагов, так как он уже запомнил их.

**Различия между дегустацией нового продукта и введением его в рацион.** После проведения экспозиции в рамках сессии терапевт переходит к рассмотрению раздаточного материала “Стратегии введения новых продуктов в рацион в домашних условиях” (рис. 8.2). В КППТ-ИОРПП различие между дегустацией продукта и введением его в рацион является критично важным. Попробовать продукт означает съесть очень маленький кусочек, следуя пяти этапам. Это можно делать между приемами пищи или непосредственно во время. При этом пациент может употреблять только предпочитаемые продукты, чтобы получить необходимое количество калорий и удовлетворить голод в то время, как он знакомится с новыми продуктами. В противоположность этому введение в рацион означает, что пациент употребляет более значительную по размеру порцию нового продукта в рамках приема пищи или перекуса. Когда пациент вводит новый продукт в рацион, он начинает использовать этот продукт для получения калорий и удовлетворения голода, а также употреблять его на регулярной основе. Например, попробовать яблоко означает съесть всего два маленьких кусочка в качестве выполнения практического домашнего задания между перекусом и ужином. В противоположность этому введение в рацион означает, что пациент съест целое яблоко вместе с крекерами, намазанными арахисовым маслом, в качестве вечернего перекуса. В начале третьего этапа фокус внимания терапевта лежит преимущественно на том, чтобы пациент попробовал новые продукты. Но, как только пациент начинает чувствовать себя более комфортно во взаимодействии с новыми продуктами, терапевт может смело переходить к введению этих продуктов в рацион. Поскольку пациенту будет предоставлено много возможностей для того, чтобы попробовать новые продукты в модуле сенсорной чувствительности

## Стратегии, позволяющие ввести новые продукты в рацион в домашних условиях



- \* В КПТ-ИОРПП вы знакомитесь с новыми продуктами, пробуя небольшие порции во время сессии и в домашних условиях
- \* Пробуя все больше новых продуктов, вы начнете смешивать продукты и пробовать сложные блюда
- \* Когда вы начнете чувствовать себя более комфортно, пробуя новые продукты, можно начинать вводить их в рацион

Вот несколько стратегий, помогающих ввести новые продукты в рацион в домашних условиях

# 1

### Постепенно увеличивайте пропорцию новых продуктов

Возьмите большую порцию предпочитаемого продукта (например, яблочный соус) и добавьте в нее небольшую порцию нового продукта (например, кусочки сырого яблока). Постепенно увеличьте пропорцию нового продукта, уменьшая при этом порцию предпочитаемого продукта



Рис. 8.2. Раздаточный материал для пациентов “Стратегии, позволяющие ввести новые продукты в рацион в домашних условиях”

## 2 Добавьте специй

Любимые специи и приправы могут помочь в дегустации новых продуктов. Например, добавьте сыр к брокколи. Кетчуп к мясу, фермерский соус к моркови или чесночную соль к овощам.



## 3 Постройте цепочку к достижению цели

Используйте предпочитаемые продукты для того, чтобы попробовать новую пищу. К примеру, если вы любите картофельные чипсы, попробуйте чипсы из овощей. Таким образом вы сами не заметите, как начнете есть сырые овощи!



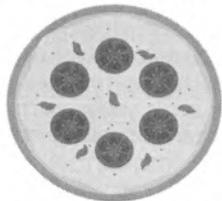
## 4 Поменяйте подачу

Если у вас не получается с первого раза — пробуйте снова. Но на этот раз измените способ подачи нового продукта. Попробуйте приготовить продукт вместо того, чтобы употреблять его сырым, посолите вместо того, чтобы употреблять пресным и т. д.



## 5 Разбейте на составляющие

Если вы никогда не пробовали пиццу, попробуйте сначала один компонент этого блюда, а потом по одному добавляйте остальные. К примеру, попробуйте сначала только корж, потом корж с сыром, потом корж с сыром и соусом и, наконец, кусочек пиццы!



Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2021)

**Рис. 8.2 (окончание).** Раздаточный материал для пациентов “Стратегии, позволяющие ввести новые продукты в рацион в домашних условиях”

в рамках третьего этапа, вполне вероятно, что пациент сможет вводить в рацион продукты, которые он уже попробовал на ранних этапах лечения, одновременно с этим продолжая пробовать новые продукты. Так как именно пациент (а не терапевт) определяет, какие именно продукты он хочет ввести в рацион, ожидание относительно того, что все продукты будут введены в рацион, отсутствует. Для большинства пациентов с ИОРПП введения половины или даже четверти продуктов, испробованных в рамках терапии, будет достаточно для значительного увеличения пищевого разнообразия. Особенно важно обсудить различие между тем, чтобы попробовать продукт и ввести его в рацион, с родителями при проведении семейной КПТ-ИОРПП. Родителям может казаться, что прогресс с дегустацией новых продуктов является недостаточным. Они также могут ожидать, что их ребенок начнет употреблять блюда из новых продуктов на ранних этапах лечения. Принимая во внимание тот факт, что избирательность в питании у пациента длилась годами, эти ожидания не соответствуют действительности. Поэтому терапевту следует предложить родителям хвалить попытки ребенка пробовать разные продукты и фокусироваться на введении в рацион только продуктов, выбранных пациентом для этой цели.

Работая с каждой из стратегий, проиллюстрированных на рис. 8.2, терапевт совместно с пациентом определяет, подходит ли эта стратегия для того, чтобы продегустировать продукты, которые пациент хочет попробовать в рамках пяти основных групп. Например, пациент, который употребляет в пищу хлеб и мясо, но не ест сэндвичи, может применить технику постепенного увеличения пропорции новых продуктов (т.е. для начала сочетать большой кусок хлеба с маленьким кусочком мяса) для того, чтобы начать употреблять это блюдо во время экспозиции, проводимой в рамках сессии, или при выполнении домашнего практического задания. Если пациент не ест фрукты, однако употребляет напитки с фруктовым вкусом, терапевт может предложить пациенту технику формирования цепочки, начав с яблочного сока (экспозиция с активирующим событием, позволяющая ввести новый фруктовый вкус, не вводя при этом новой текстуры), потом перейдя к яблочному соусу и в итоге введя в рацион сами яблоки.

**Практическое задание на дом.** В завершение второй сессии второго этапа терапевт согласовывает с пациентом, какие продукты он будет пробовать ввести в рацион на следующей неделе, а также определяет, когда и как пациент будет проводить эти экспозиции. Терапевт подчеркивает важность того, чтобы пациент пробовал продукты и пытался ввести их в ежедневный рацион. Если пациент пробовал очень маленькие порции продуктов на предыдущей неделе (например, один орешек кешью, один кусочек яблока), терапевт предлагает пациенту увеличить размер порции (например, четыре орешка кешью, пять кусочков яблока) в течение следующей недели. Другими словами, мудрый терапевт хвалит пациента за то, что тот пробует новые продукты, но всегда ищет возможность ввести новые продукты в рацион, так как именно это является основной целью. Пациенту снова следует определить пять продуктов из пяти основных групп, которые он принесет на следующую сессию.

### **Третий этап, модуль сенсорной чувствительности, последующие сессии**

Последующие сессии модуля сенсорной чувствительности в рамках третьего этапа имеют такую же структуру, как и две предыдущие. Сперва терапевту необходимо изложить план сессии, взвесить пациента и проверить отчет пациента о самонаблюдении или наблюдении родителей, а также таблицу пяти основных групп продуктов, чтобы убедиться, что пациент пробовал новые продукты и вводил их в рацион в домашних условиях. В табл. 8.1 приведен пример таблицы пяти основных групп продуктов, заполненной пациентом, наполовину прошедшим модуль сенсорной чувствительности в рамках КПТ-ИОРПП. Стоит отметить, что пациент определил, какие продукты он хочет попробовать, и начал отмечать, сколько раз он это сделал. Если лечение проходит благополучно, количество дегустаций должно увеличиваться от сессии к сессии. Также стоит отметить, что вполне допустимо, если пациент попробует какой-то продукт всего один раз и решит прекратить знакомство с ним в рамках терапии, как это показано в табл. 8.1. Пока пациент выбирает хоть какие-то продукты из этой группы, лечение считается потенциально успешным.

**Таблица 8.1.** Пять основных групп продуктов (пример таблицы, заполненной пациентом с ИОРПП с повышенной сенсорной чувствительностью)

В первом столбце предоставлен список наиболее часто потребляемых фруктов, овощей, белковых, молочных и злаковых продуктов. Поставьте "X" во втором столбце напротив тех продуктов, которые вы едите на регулярной основе (по меньшей мере один раз на протяжении прошедшего месяца и с радостью съели бы сейчас). Поставьте "X" в третьем столбце напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать в рамках КПТ-ИОРПП. В четвертой колонке напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать, ставьте "X", отмечая каждый раз, когда вы их попробовали в рамках КПТ-ИОРПП (во время сессии либо дома). Четвертый столбец состоит из десяти клеточек, так как исследования показали, что именно такое количество проб является необходимым для того, чтобы познакомиться с новым продуктом и развить стойкое предпочтение.

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Фрукты</b>			
<b>100%-ные натуральные фруктовые соки</b>			
• Яблочный сок	x		
• Клюквенный сок			
• Виноградный сок			
• Сок грейпфрута			
• Сок манго			
• Апельсиновый сок	x		x x x
• Сок папайи			
• Ананасовый сок			
• Гранатовый сок			
• Сливовый сок			
<b>Ягоды</b>			
• Ежевика			
• Голубика			
• Клюква			
• Смородина		x	x
• Годжи			
• Черника			
• Брусника			
• Шелковица			
• Малина		x	x
• Клубника		x	x

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Дыни и арбузы</b>			
• Мускусная дыня (канталупа)		x	
• Белая мускатная дыня			
• Рогатая дыня (кивано)			
• Арбуз			
<b>Другие фрукты</b>			
• Яблоко			
• Абрикос			
• Банан		x	x x x x x
• Вишня			
• Финики			
• Инжир			
• Грейпфрут		x	x
• Виноград			
• Гуава			
• Киви			
• Лимон			
• Лайм			
• Манго		x	
• Нектарин		x	
• Апельсин			
• Папайя			
• Персик		x	x
• Груша			
• Хурма			
• Ананас			
• Слива			
• Гранат			
• Карамбола			
• Мандарин			
<b>Переработанные фрукты</b>			
• Чернослив			
• Изюм			
• Фруктовый салат			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных фруктов</b>			
1. Яблочный пирог		x	
2. Фруктовый смузи		x	x x
3. Сушеные манго		x	
4.			
5.			
<b>Овощи</b>			
<b>Темные листовые овощи</b>			
• Руккола			
• Китайская капуста			
• Брокколи		x	x
• Ботва брокколи			
• Брокколини			
• Листовая капуста			
• Темно-зеленый салат-латук			
• Эндивий			
• Эскариоль			
• Кейл		x	
• Месклан			
• Смесь листовых овощей			
• Салатная горчица			
• Салат ромэн		x	x x
• Шпинат		x	x
• Листовая свекла			
• Ботва репы			
• Кресс водяной			
<b>Красные и оранжевые овощи</b>			
• Желудевая тыква			
• Болгарский перец			
• Тыква мускатная			
• Морковь		x	x
• Тыква хаббард			
• Тыква обыкновенная			
• Красный перец чили			
• Красный сладкий перец		x	x x
• Батат			
• Помидор			
• 100%-ный овощной сок		x	

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Крахмалистые овощи</b>			
• Тапиока			
• Кукуруза			
• Зеленые бананы			
• Зеленая лимская фасоль			
• Зеленый горошек			
• Пастернак			
• Плантан			
• Картофель			
• Таро (колоказия)			
• Каштан водяной			
• Ямс			
<b>Другие овощи</b>			
• Проростки люцерны			
• Артишок			
• Спаржа		x	x
• Авокадо			
• Проростки бамбука			
• Пророщенные бобы			
• Свекла			
• Проростки брюссельской капусты			
• Капуста			
• Цветная капуста			
• Сельдерей			
• Огурец		x	
• Баклажан			
• Чеснок			
• Зеленая фасоль		x	
• Зеленый перец			
• Мексиканская репа (хикама)			
• Лук-порей			
• Салат-латук, айсберг		x	x
• Проростки золотистой фасоли			
• Грибы			
• Бамя			
• Лук			
• Патиссон			
• Радиккио			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Другие овощи</b>			
• Редис		x	x
• Красная капуста			
• Зеленый лук			
• Снежный горох			
• Физалис			
• Репа			
• Восковая фасоль			
• Летняя тыква (желтый кабачок)			
• Цуккини			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных овощей</b>			
1. Салат с заправкой		x	
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Белковые продукты</b>			
<b>Бобовые</b>			
• Бобовые бургеры		x	
• Черная фасоль			
• Спаржевая фасоль			
• Нут			
• Эдамаме (молодые соевые бобы)		x	x
• Фалафель (толченый нут со специями)		x	
• Хумус (пюре из нута)		x	
• Фасоль обыкновенная			
• Чечевица			
• Лимская фасоль			
• Турецкие бобы			
• Фасоль пинто			
• Соевые бобы			
• Гороховая крупа			
• Белая фасоль			
<b>Яйца</b>			
• Куриные яйца		x	
• Утиные яйца			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Мясо</b>			
• Нежирный мясной фарш			
○ Говядина	x		
○ Свинина			
○ Сосиски (говядина, индейка)			
• Нежирная вырезка			
○ Говядина	x		
○ Ветчина			
○ Ягненок			
○ Свинина			
• Нежирное мясо для завтрака			
○ Говядина			
○ Курица			
○ Ветчина			
○ Свинина			
○ Индейка		x	x x x
• Дичь			
○ Бизон			
○ Кролик			
○ Оленина			
• Субпродукты			
○ Потроха			
○ Печень			
<b>Орехи и семена</b>			
• Миндаль			
• Миндальное масло		x	x x
• Кешью		x	x
• Семена чиа			
• Фундук			
• Смесь орехов			
• Арахис			
• Арахисовое масло			
• Пекан			
• Фисташки			
• Тыквенные семечки			
• Кунжут			
• Семена подсолнуха			
• Грецкие орехи			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Мясо птицы</b>			
• Курица		x	
• Утка			
• Гусь			
• Индейка			
<b>Морепродукты</b>			
• Рыбные консервы			
○ Анчоусы			
○ Сардина			
○ Тунец	x		
• Костные рыбы			
○ Сом			
○ Треска			
○ Камбала			
○ Пикша			
○ Палтус			
○ Сельдь			
○ Макрель			
○ Минтай			
○ Порги			
○ Лосось			
○ Морской окунь			
○ Золотистый пагрус			
○ Суши			
○ Меч-рыба			
○ Тилапия			
○ Радужная форель			
○ Тунец			
• Моллюски			
○ Двустворчатые моллюски			
○ Краб			
○ Лангуст			
○ Лобстер			
○ Мидии			
○ Осьминог			
○ Устрицы			
○ Морской гребешок			
○ Креветки			
○ Кальмар			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Соевые продукты</b>			
• Темпе (ферментированные соевые бобы)			
• Соевое мясо			
• Тофу		x	
• Вегетарианские бургеры		x	
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных белковых продуктов</b>			
1. Курица в кляре		x	x x x
2. Бургер		x	
3. Говядина с соусом		x	
4.			
5.			
<b>Молочные продукты и заменители молока</b>			
<b>Сыр</b>			
• <b>Натуральные твердые сыры</b>			
○ Чеддер		x	
○ Гауда			
○ Моцарелла		x	
○ Мюнстерский сыр			
○ Пармезан			
○ Поволоне			
○ Сыр Романо			
○ Швейцарский сыр			
• <b>Мягкие сыры</b>			
○ Бри			
○ Камамбер			
○ Домашний сыр (творог)			
○ Фета			
○ Рикотта			
• <b>Плавленные сыры</b>			
○ Американский чеддер			
○ Пастообразный плавленый сыр		x	x
<b>Молоко</b>			
• <b>Все виды молока</b>			
○ Обезжиренное молоко	x		
○ Молоко с разными вкусами	x		
○ Молоко без лактозы			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Молоко</b>			
• Все виды молока			
○ Молоко с низким содержанием жира (1%)	x		
○ Молоко со сниженным содержанием жира (2%)	x		
○ Цельное молоко	x		
• Молочные десерты			
○ Замороженный йогурт	x		
○ Мороженое	x		
○ Молоко со льдом			
○ Ласси			
○ Пудинг			
○ Шербет			
○ Смузи		x	
<b>Растительное молоко</b>			
○ Миндальное молоко			
○ Кокосовое молоко			
○ Рисовое молоко			
○ Соевое молоко			
<b>Йогурт</b>			
• Йогурты на основе молока (обезжиренные, с низким содержанием жира, со сниженным содержанием жира, из цельного молока)		x	x x x x
• Йогурт из миндального молока			
• Йогурт из кокосового молока			
• Соевый йогурт			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных молочных продуктов и растительного молока</b>			
1. Сливочный сыр		x	
2. Макароны с сыром		x	
3. Пицца		x	
4.			
5.			

Продолжение табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Злаки</b>			
<b>Цельные злаки</b>			
• Амарант			
• Бурый рис			
• Гречка			
• Булгур			
• Полба			
• Пшено			
• Мюсли			
• Овсянка			
• Попкорн	x		
• Киноа			
• Овсяные хлопья			
• Сорго			
• Спельта			
• Тефф			
• Цельный ячмень			
• Цельная кукуруза			
• Цельное сорго			
• Цельная рожь			
• Цельнозерновой пшеничный хлеб		x	x x x x
• Цельнозерновые хлопья	x		
• Цельнозерновые крекеры			
• Цельнозерновые макароны			
• Цельнозерновая булочка для бургеров	x		
• Цельнозерновая тортилья		x	
• Дикая рис		x	
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
• Багет	x		
• Крекеры			
• Панировочные сухари			
• Пирог	x		
• Хала	x		
• Печенье	x		
• Кукурузные хлопья	x		

Окончание табл. 8.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
• Кукурузная тортилья	x		
• Кукурузный хлеб			
• Кускус			
• Соленые крекеры			
• Английские кексы			
• Французский хлеб			
• Мука крупного помола			
• Мамалыга			
• Маца			
• Лепешка наан			
• Лапша			
• Блины			
• Паста (спагетти, макароны)			
• Коржи для торта			
• Пита			
• Основа для пиццы			
• Полента			
• Соленый кренделек			
• Лапша быстрого приготовления		x	
• Рисовые хлебцы			
• Рисовая бумага			
• Рисовая лапша			
• Вафли			
• Белый хлеб			
• Белый рис			
• Белые булочки для бургеров		x	
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных злаков</b>			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Разработано на основе таблицы, приведенной на сайте [www.choosemyplate.gov](http://www.choosemyplate.gov).

**Проведение пищевой экспозиции в рамках сессии.** После проверки домашнего практического задания терапевт проводит экспозицию для пяти продуктов, принесенных пациентом на прием. Хотя в начале лечения с пациентом проводят экспозицию для простых продуктов из пяти основных групп, по мере продвижения в КПТ-ИОРПП терапевту следует предложить пациенту (или его родителям) приносить с собой более сложную пищу. Например, еду, которая может быть употреблена в качестве основного блюда в рамках приема пищи, и которая поможет пациенту вести более полноценную социальную жизнь, или же продукты, которые принято употреблять в семье пациента. Выход за рамки пяти основных групп продуктов осуществляется по мере того, как пациент все более уверенно пробует сложные блюда. Терапевт предлагает пациенту вписать эти блюда в пустые строки в таблице пяти основных групп продуктов, чтобы они стали частью дневника наблюдений, который будет использован для отслеживания прогресса в рамках четвертого этапа.

Пищевая экспозиция в рамках более поздних сессий может также использоваться для того, чтобы попрактиковаться в употреблении полноценных порций тех продуктов, которые пациент хочет ввести в свой рацион. Хотя некоторые пациенты вполне успешно вводят новые продукты в рацион, выполняя домашнее задание, некоторым необходимо делать это вначале в рамках сессии.

**Продолжаем говорить о важности введения в рацион новых продуктов.** Очень важно, чтобы терапевт в течение всех оставшихся сессий третьего этапа продолжал акцентировать внимание том, что пациенту необходимо пробовать новые продукты дома и одновременно с этим начать вводить в рацион те продукты, которые он попробовал ранее, употребляя их в качестве приемов пищи и перекусов. Зачастую сложно определить, готов ли пациент к введению новых продуктов в ежедневные приемы пищи и перекусы. То, о чем мы пишем ниже, может стать полезным руководством. Количество дегустаций, требуемых для того, чтобы пациент ввел какой-то продукт в рацион, зависит от индивидуальных особенностей. Бёрч и Марлин [Birch & Marlin, 1982] определили, что для здоровых детей достаточно 10 попыток. В свою очередь, Кук и Веббер [Cooke & Webber, 2015] в рамках своей программы “Tiny Tastes” рекомендуют

здоровым детям пробовать один вид овощей 15 раз. Очень мало исследований было проведено относительно людей с заметными проявлениями ИОРПП. Однако, как показывает наш клинический опыт, таким людям может понадобиться даже большее количество попыток, прежде чем они смогут ввести продукт в свой рацион. Например, Уильямс и Фокс [*Williams & Foxx, 2007*] предлагают проводить 10–20 презентаций для детей с аутизмом и пороками развития, имеющих проблемы с питанием. Фитцпатрик и его коллеги предположили, что “для детей с заметным отвращением ко всему новому может понадобиться до 50 попыток для того, чтобы они перестали воспринимать этот продукт как новый” [*Fitzpatrick et al., 2015, p. 264*]. И хотя существует необходимость в более детальных исследованиях, терапевту необходимо постоянно подчеркивать первостепенную важность многократной экспозиции. Положительная сторона в том, что количество экспозиций, необходимых для развития вкусовой привлекательности, снижается после введения в рацион первых продуктов [*Williams, Paul, Pizzo & Riegel, 2008*]. В одной клинике детского питания, в которой пациенты подвергались экспозиции с несколькими новыми продуктами, необходимо было провести 1–27 экспозиций для первого продукта, вводя его в рацион, последующие 10 продуктов нужно было дегустировать 6–10 раз, а последние 10 продуктов — всего 1–7 раз. Эти наблюдения соответствуют нашему клиническому опыту. Механизмом, запускающим более быстрое введение в рацион последующих продуктов, может быть повышение уверенности в знакомстве с новыми продуктами, повышение порога восприятия едва заметных отличий между продуктами и/или снижение уровня тревоги в ситуациях употребления новых продуктов. Поэтому терапевт может убедить пациента в том, что ранний вклад в экспозицию принесет свои дивиденды по мере того, как пациент будет пробовать все больше и больше новых продуктов.

**Практическое задание на дом.** Терапевт завершает сессии третьего этапа, убедившись в том, что пациент (или его родители) продолжают проводить наблюдение, а также предлагает выбрать пять новых продуктов, которые пациент принесет с собой на следующую сессию. Очень важно, чтобы терапевт спросил у пациента, какие из

продегустированных продуктов тот желает ввести в свой рацион на следующей неделе, а также попросил его ежедневно дегустировать или вводить в рацион один новый продукт. После того как пациент отметил несколько дегустаций нового продукта в таблице пяти основных групп продуктов, терапевту совместно с пациентом (или его родителями) необходимо разработать детальный план по введению этого продукта в ранее запланированные приемы пищи и перекусы [Williams & Seiverling, 2016]. Основная цель КПТ-ИОРПП состоит в том, чтобы помочь пациентам с повышенной сенсорной чувствительностью употреблять более разнообразную пищу на регулярной основе, а не в том, чтобы они стали хорошими дегустаторами. Другими словами, в самом начале этого модуля пациентов необходимо подталкивать к тому, чтобы они перешли от дегустации (т.е. употребления маленьких кусочков новых продуктов впервые или в качестве повторяющейся практики) к введению продуктов в свой рацион (т.е. употреблению значительно больших по объему порций новых продуктов в рамках приемов пищи или перекусов). Как показывает наш опыт, это не происходит автоматически. Для того чтобы достичь этого, необходимо думать наперед и планировать. Поэтому, как только пациент попробовал новый продукт несколько раз — или один раз, если пациент положительно воспринял продукт при первой же дегустации — терапевту следует проверить отчет о самонаблюдении или наблюдении родителей, чтобы определить, готов ли пациент к тому, чтобы ввести нормальную порцию этого продукта в свой рацион на следующей неделе. Терапевту нужно показать пациенту рис. 7.1 (схема MyPlate) и определить, как этот новый продукт может приблизить уже существующий прием пищи или перекус к более близкому соответствию этой рекомендуемой схеме. Например, если пациент ест на завтрак хлопья с молоком и за последнее время пять раз успешно попробовал банан, терапевту следует предложить пациенту добавить половину банана к своему утреннему приему пищи. Таким образом, прием пищи станет более сбалансированным, так как пациент будет употреблять продукты из трех групп, а не их двух, как это было ранее. Подобно этому, если пациент регулярно ест макароны с сыром на ужин и за последнее время несколько раз попробовал брокколи, терапевту

нужно предложить есть брокколи вместе с макаронами и сыром, чтобы употреблять продукты из трех групп (а не из двух) в рамках вечернего приема пищи. Пациент также может вводить в рацион абсолютно незнакомые продукты (например, салат из различных овощей), если он этого желает, но терапевту следует убедиться, что эта задача является выполнимой, иначе пациент может быстро утратить мотивацию и перестать следовать плану. Например, терапевт может обсудить с пациентом добавление к новой пище (например, салату) предпочитаемого продукта (например, булочки) в том случае, если пациент почувствует, что он не может съесть всю порцию. Подобно фазе дегустации, терапевту следует попросить пациента проводить многократные экспозиции для этих новых блюд в качестве домашнего задания. Употребление мяса с салатом из листовых овощей на обед всего один раз не поможет восполнить нехватку железа, в то время как потребление богатых железом продуктов на регулярной основе вполне поможет справиться с этой задачей.

**Подготовка к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа (только для последней сессии модуля в том случае, если у пациента наблюдаются несколько поддерживающих механизмов).** Если терапевт планирует перейти к следующему модулю в рамках третьего этапа, ему следует использовать последнюю сессию модуля сенсорной чувствительности для подготовки к новому модулю. Говоря конкретнее, если терапевт планирует перейти к выполнению модуля страха неприятных последствий, ему необходимо попросить пациента (или его родителей) принести пять продуктов, предпочитаемых пациентом, для проведения экспозиции в рамках следующей сессии.

## **Поддерживающий механизм № 2: страх неприятных последствий**

### **Третий этап, модуль страха неприятных последствий, сессия первая**

Терапевт, начиная первую сессию модуля страха неприятных последствий, излагает план сессии, взвешивает пациента и проверяет

результаты самонаблюдения, наблюдения родителей и выполнения домашних практических заданий. Особое внимание следует уделить проверке того, насколько хорошо пациенту удастся увеличивать пищевую гибкость, и, если терапевт с пациентом уже завершили работу в рамках другого модуля третьего этапа, проверке практических домашних заданий, связанных с этим модулем.

**Психообразование об избегании и экспозиции.** Терапевт начинает первую сессию модуля страха неприятных последствий в рамках третьего этапа с рассмотрения образовательного раздаточного материала “Как избегание усиливает тревогу в долгосрочной перспективе” (рис. 8.3). Терапевт объясняет, что люди с ИОРПП, проявляющимся в страхе неприятных последствий, избегают определенных продуктов или пищевых ситуаций из-за того, что считают их опасными. Такое поведенческое избегание является функциональным в моменте, так как дает пациенту иллюзию защищенности от возможного вреда в будущем. Однако преимущества избегания являются очень краткосрочными, так как избегание не дает пациенту опровергнуть предсказание о том, что эти ситуации являются опасными. Терапевту следует привести альтернативную гипотезу, состоящую в том, что экспозиция с пугающим продуктом или ситуацией во время приема пищи является наиболее эффективным методом разоблачения катастрофических убеждений, так как помогает пациенту осознать: негативные последствия очень маловероятны, а если они все же произойдут, пациент сможет с ними справиться.

**Составление иерархии будущих экспозиций.** Как только пациент (или его родители) поймут суть избегания и пользу экспозиции, следующим заданием должно стать составление иерархии страха и избегания. Очень важно, чтобы терапевт работал над этим заданием совместно с пациентом, так как это поможет поддержать вовлеченность пациента и убедиться, что терапевт задает задания согласно их расположению в иерархии. Ниже мы описываем процесс создания типичной иерархии для страха неприятных последствий в виде удушья и рвоты соответственно.

Многие пациенты со страхом удушья едят очень мало на момент первичного приема. Для того чтобы создать иерархию экспозиции, терапевт предлагает пациенту расположить продукты, которые он

## Как избегание усиливает тревогу в долгосрочной перспективе

Избегание позволяет достичь лишь кратковременного снижения тревоги

Чем дольше вы избегаете того, что вас пугает, тем слабее становится ваша способность справляться с этими страхами

Вы теряете возможность проверить, являются ли ваши предсказания достоверными, а также узнать, что пугающие последствия на самом деле очень маловероятны



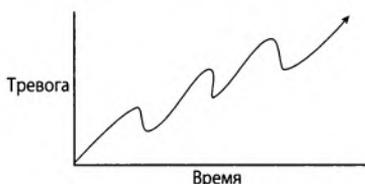
Лучший способ, помогающий преодолеть тревогу, — систематично встречаться со своими страхами лицом к лицу

Составьте иерархию своих страхов от вызывающих наименьшую тревогу к наиболее тревожащим, используя шкалу субъективного дистресса (СД) от 1 до 100

Последовательно встречайтесь со своими страхами, по одному за раз. Оцените реальную вероятность пугающих последствий и проследите, что происходит с вашей тревогой.

Со временем вы заметите, что уровень тревоги снизился, а вы стали более уверенно справляться с теми ситуациями, которые раньше вызывали у вас страх

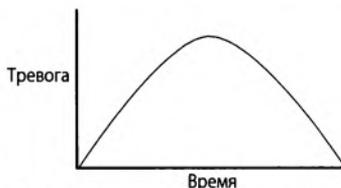
Избегание повышает уровень тревоги



Ваша тревога возрастает, когда вы думаете о том, чтобы попробовать пугающий продукт, и снижается, когда вы решаете не делать этого.

Однако уровень тревоги повышается еще больше, когда вы снова думаете о том, чтобы попробовать этот продукт, и не снижается так сильно, как раньше, когда вы решаете не делать этого. Другими словами — чем чаще вы избегаете употреблять какой-либо продукт, тем больше он вас пугает!

Экспозиция снижает уровень тревоги



Если вы все-таки попробуете новый продукт, ваша тревога сперва возрастет. Однако, если вы будете продолжать практиковаться с этим продуктом, тревога в конечном итоге значительно снизится.

Лучший способ узнать, являются ли ваши предсказания достоверными, — съесть продукт, употребление которого пугает вас!

Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

**Рис. 8.3.** Раздаточный материал для пациентов “Как избегание усиливает тревогу в долгосрочной перспективе”

раньше любил, от тех, что он может съесть без труда, до тех, употребление которых является достаточно проблематичным [*Chorpita, Vitali & Barlow, 1997; McNally, 1985; Nock, 2002*]. Например, терапевт и пациент могут решить начать с жидких продуктов (сок, молоко), потом перейти к мягким пюреобразным блюдам (мороженое, яблочный соус), после этого — к твердой хрустящей пище (печенье, крекеры) и, наконец, — к жесткой пище, которую нужно долго жевать (курица, говядина). Так как пациенты со страхом неприятных последствий зачастую больше боятся употреблять нелюбимые продукты (или пищу в общем) в сравнении с пациентами с повышенной сенсорной чувствительностью, в особо сложных случаях первые шаги в иерархии могут включать в себя даже менее значимые действия (например, посидеть за столом перед тарелкой с пищей, подержать в руках ложку, накалывать еду на вилку и т.п.). Иерархия также может включать в себя ситуации, не связанные непосредственно с приемом пищи, но относящиеся к пугающему неприятному последствию. Это может быть просмотр фотографий или видеороликов, в которых показаны люди, подавившиеся едой или испытывающие приступ рвоты. Для того чтобы составить иерархию, терапевту сперва необходимо помочь пациенту составить шкалу субъективного дистресса (ШСД, табл. 8.2). Терапевту следует объяснить, что шкала ШСД варьируется от 0 до 100, где 0 означает отсутствие какого-либо дистресса, а 100 — наихудший дистресс из всех возможных. Очень важно использовать слова пациента для описания конструкции дистресса. Некоторые пациенты могут описать это как страх или тревогу, а другие — как дискомфорт или неуверенность. Работая с детьми, терапевт представляет ШСД в качестве “термометра, измеряющего страх” [как у *Kendall & Hedtke, 2006*], лестницы, либо горы, для того, чтобы усилить мотивацию пациента и улучшить понимание этой концепции. Рассматривая каждую из ступеней иерархии, терапевт спрашивает пациента (при поддержке его родителей, если это необходимо), какую оценку по шкале СД он ей поставит. В табл. 8.3 представлен пример иерархии ступенчатой экспозиции у пациента со страхом удушья.

**Таблица 8.2.** Иерархия пищевой экспозиции для ИОРПП со страхом неприятных последствий

ШСД/температура на термометре страха	Пища или ситуация, связанная с питанием, с которой необходимо столкнуться
100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	
30	
20	
10	
0	

**Таблица 8.3.** Иерархия пищевой экспозиции для ИОРПП со страхом неприятных последствий (пример таблицы, заполненной пациентом со страхом удушья)

ШСД/температура на термометре страха	Пища или ситуация, связанная с питанием, с которой необходимо столкнуться
100	Свинья котлета (пища, которой пациент подавился)
90	
80	Стейк
70	Курица, сельдерей
60	Ягоды с семенами
50	Рис, лапша
40	Овсяная каша
30	Печенье с шоколадной крошкой, перетертая овсяная каша
20	Молочный коктейль, йогурт
10	Энергетический напиток
0	Вода

Большинство пациентов со страхом рвоты ограничивают объем и разнообразие потребляемой пищи в попытке снизить вероятность рвоты. Они могут избегать употребления пищи как таковой, но, как показывает наш клинический опыт, более вероятно, что такие пациенты ограничат свой рацион лишь теми продуктами, которые считают безопасными с той точки зрения, что они не спровоцируют тошноту (например, продукты без выраженного вкуса, знакомые продукты, пища, приготовленная самим пациентом или его родителями). В некоторых случаях пациенты ограничивают объем потребляемой пищи, чтобы избежать чрезмерного чувства сытости. К сожалению, подобное ограничительное поведение может привести к усилению тошноты, которую пациент может ложно воспринимать как сигнал о приближающемся приступе рвоты, и еще сильнее сократить свой рацион. Совместно с интервенциями, которые мы описывали ранее [например, *Boschen, 2007; Hunter & Antony, 2009*], интервенции для работы со страхом рвоты могут включать в себя экспозицию для пугающих продуктов и других объектов, вызывающих тошноту, видеороликов/аудиозаписей приступов рвоты у других людей, а также interoцептивную экспозицию для физических симптомов тревоги или тошноты, не влекущих за собой пугающего последствия в виде рвоты (например, покрутиться на стуле, бегать по лестнице вверх/вниз, читать в движущемся транспорте, выпить большой молочный коктейль). Терапевт также может объединить прием пищи с другими видами деятельности, которые увеличат вероятность физических ощущений (например, перекусить перед поездкой в машине). Цель подобных экспозиций состоит в том, чтобы пациент осознал, что неприятные физические ощущения — в особенности ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта — не всегда являются предвестниками рвоты. Создавая иерархию в рамках сессии, терапевт использует общие стратегии, которые были описаны во время рассмотрения страха удушья (ранее в этом разделе). Разумеется, иерархия для страха рвоты отличается от иерархии страха удушья. В табл. 8.4 представлен пример такой иерархии.

**Таблица 8.4.** Иерархия пищевой экспозиции для ИОРПП со страхом неприятных последствий (пример таблицы, заполненной пациентом со страхом рвоты)

ШСД/температура на термометре страха	Пища или ситуация, связанная с питанием, с которой необходимо столкнуться
100	Съесть целую порцию еды, после которой в прошлом случилась рвота
90	Просмотр видео, на котором изображен приступ рвоты (со звуком); употребление небольшого кусочка продукта, после которого в прошлом случилась рвота
80	Просмотр видео, на котором приступ рвоты (без звука)
70	Просмотр фотографий, на которых изображен приступ рвоты; перекусить во время поездки в машине
60	Экспозиция для чувства сытости (выпить большой молочный коктейль); перекусить перед поездкой в машине
50	Фотографии людей до и после рвоты
40	Фотографии людей в туалете
30	Фотографии людей, которые выглядят так, будто их тошнит
20	Просмотр мультфильмов, в которых показан приступ рвоты
10	Разговоры о рвоте
0	

**Дать практическое задание на дом.** После того как иерархия экспозиции будет составлена, терапевт завершает сессию, попросив пациента продолжать проводить самонаблюдение или наблюдение родителей, следовать регулярному плану питания, увеличивать пищевую гибкость, а также, возможно, добавить какие-либо ступени к иерархии экспозиции. Затем терапевт просит пациента (или его родителей) выбрать первую экспозицию, которая будет проведена в рамках следующей сессии. Лучше всего, если первая экспозиция будет проведена с продуктом или пищевой ситуацией, находящимися внизу иерархии; ступени, находящиеся выше в иерархии, могут оказаться слишком сложными для первой экспозиции. Терапевт также помогает пациенту (или его родителям) решить, нужно ли принести что-то с собой из дому (например, определенные продукты), чтобы выполнить задание в рамках следующей сессии.

### **Третий этап, модуль страха неприятных последствий, последующие сессии**

Последующие сессии модуля страха неприятных последствий в рамках третьего этапа имеют такую же основную структуру, как и предыдущие сессии этого модуля. Сперва терапевт излагает план сессии, взвешивает пациента, проверяет выполнение самонаблюдения или наблюдения родителями. Врач должен убедиться, что пациент продолжает придерживаться регулярного плана питания, увеличивает пищевую гибкость и выполняет практические домашние задания. После этого терапевт проводит с пациентом запланированные экспозиции, которые помогут продвинуться в преодолении иерархии экспозиций и определить, какие экспозиции необходимо провести в качестве домашнего задания на следующей неделе.

**Проведение экспозиции в рамках сессии.** В начале первой и всех последующих экспозиций терапевт просит пациента описать возможные негативные последствия экспозиции. Например, пациент может предчувствовать, что он подавится, его стошнит, у него появится аллергическая реакция или же он будет настолько встревожен, что у него случится паническая атака. После этого терапевт просит пациента оценить вероятность пугающего последствия от 0

до 100%. Затем врач просит пациента оценить его начальное состояние по шкале СД (от 0 до 100) и начать экспозицию (например, есть пищу, которая, как считает пациент, может привести к удушью, рвоте или аллергической реакции). Терапевту стоит внимательно наблюдать за пациентом, чтобы определить паттерны избегающего поведения, призванные обезопасить пациента, такие как слишком долгое жевание или употребление очень маленьких кусочков пищи, а также предложить пациенту перестать следовать этим паттернам. Если терапевт заметит серьезное избегающее поведение, ранее не включенное в иерархию, он может дополнить это поведение в иерархию (например, если пациент глотает, прожевав пищу всего один или два раза) для проведения будущих экспозиций. Очень важно, чтобы терапевт не пытался успокоить пациента во время проведения экспозиции. Вместо того чтобы уверять пациента, что он “точно не подавится” или что его “вряд ли стошнит”, врачу необходимо оставаться нейтральным. Также очень важно, чтобы пациент самостоятельно и на своем опыте осознал маловероятность того, что неприятное последствие, которого он боится, действительно произойдет. В ходе экспозиции терапевт проводит оценку по шкале СД. Вполне вероятно, что, чем дольше будет длиться экспозиция, тем слабее будет дистресс у пациента при условии, что пугающее событие так и не произойдет. Однако нормальным считается и такой вариант развития событий, при котором баллы ШСД остаются неизменными в течение всей экспозиции или даже повышаются, прежде чем вернуться к исходной отметке. При проведении КПТ-ИОРПП адаптация может произойти во время сессий, а не между ними. И хотя адаптация к тревоге происходит у большинства пациентов, приобретение нового опыта может случиться и без привыкания к тревоге.

После проведения экспозиции терапевт просит пациента повторно оценить вероятность пугающего последствия. Например, если пациент изначально оценивал вероятность удушья в 50%, но смог съесть 10 кусочков продукта, не подавившись, терапевт отмечает, что, следуя предсказанию пациента, он должен был подавиться уже 5 раз. После этого пациент может принять более низкую вероятность (например, 25%) удушья.

**Практическое задание на дом.** В качестве домашнего задания терапевт просит пациента употребить продукты или напитки, которые тот поглощал во время экспозиции, несколько раз на следующей неделе для закрепления нового опыта. В течение всех оставшихся сессий третьего этапа необходимо, чтобы терапевт продолжал подчеркивать важность не только проведения регулярных экспозиций в рамках сессий, но и критичную важность введения в рацион пациента тех продуктов, которые раньше вызывали у него чувство страха.

Последнее задание состоит в том, чтобы пациент выбрал две или три новые экспозиции для проведения в рамках следующей сессии. Лучше всего, если это будут экспозиции, находящиеся выше в иерархии. Это очень важно, так как даже если экспозиция прошла успешно и пугающий результат не наступил, а уровень дистресса снизился, пациент может всего лишь немного изменить свое изначальное предсказание (“Похоже, маловероятно, что я могу подавиться овсянкой, но я точно подавлюсь стейком”), что не создаст генерализации в отношении других продуктов или пищевых ситуаций. Пациент может обнаружить, что по мере того, как он будет проходить ступени, находящиеся внизу иерархии, ступени, находившиеся выше, будут вызывать менее интенсивный дистресс и их позиция в иерархии будет все ниже.

**Подготовка к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа (только для последней сессии модуля в том случае, если у пациента наблюдаются несколько поддерживающих механизмов).** Если терапевт планирует перейти к другому модулю в рамках третьего этапа перед тем, как перейти к четвертому этапу, ему следует использовать последнюю сессию модуля страха неприятных последствий, чтобы подготовиться к следующему модулю. Другими словами, если терапевт планирует перейти к модулю сенсорной чувствительности, ему нужно попросить пациента (или его родителей) принести с собой пять продуктов, которые он хочет попробовать в рамках пяти основных групп продуктов. Если же терапевт планирует продолжить терапию с модулем отсутствия интереса, ему необходимо попросить пациента (или его родителей) принести на следующую сессию пять наиболее любимых продуктов.

## **Поддерживающий механизм № 3: заметное отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом**

### **Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, сессия первая**

Терапевт начинает первую сессию модуля отсутствия интереса к приему пищи, изложив план сессии, взвесив пациента, проверив проведение самонаблюдения или наблюдения родителями, а также выполнение практических домашних заданий. Терапевту необходимо проверить прогресс пациента в увеличении пищевой гибкости и, если они уже поработали над другим модулем, выполнение практических заданий этих модулей.

**Психообразование о стратегиях, которые позволяют съесть достаточно пищи.** Терапевт начинает первую сессию модуля отсутствия интереса в рамках третьего этапа с рассмотрения раздаточного материала “Стратегии, помогающие употреблять пищу в достаточном объеме” (рис. 8.4). Терапевт подчеркивает важность каждой из представленных стратегий, включая интероцептивную экспозицию, самонаблюдение сигналов голода и сытости, а также напоминание о том, что именно пациенту нравится в тех продуктах, которые он любит.

**Проведение интероцептивной экспозиции.** После этого терапевт переходит к знакомству с идеей интероцептивной экспозиции. Для пациентов с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом цель интероцептивной экспозиции состоит в том, чтобы снизить восприятие сигналов сытости и связанный с ними негативный эффект. И хотя переносимость сытости может увеличиться автоматически по мере того, как пациент увеличивает объем потребляемой пищи в рамках первого и второго этапов, наш опыт показывает, что обычно существует необходимость в проведении дальнейших интервенций в рамках третьего этапа, чтобы сполна поработать с отсутствием интереса как механизмом, поддерживающим заболевание. Основное отличие между интероцептивной экспозицией и экспозициями, описанными в качестве инструментов работы с двумя другими поддерживающими механизмами ИОРПП, состоит в том, что во время



## Стратегии, помогающие употреблять пищу в достаточном объеме

### 1. Снижение чувства дискомфорта после приема пищи



#### Интероцептивная экспозиция

- \*Увеличение толерантности к чувству сытости помогает употреблять пищу в достаточном объеме
- \*Виды экспозиции, которые вы можете провести с терапевтом в рамках сессии: надуть живот, выпить залпом несколько стаканов воды, покрутиться на стуле
- \*Попробуйте все три вида, после чего выполните экспозицию, оказавшуюся наиболее сложной для вас
- \*Запланируйте практику в домашних условиях (например, ежедневно выпивайте несколько стаканов воды перед обедом)

### 2. Нормализация чувства голода



#### Распознайте сигналы голода

\*Если вы едите слишком мало, со временем становится сложно распознать сигналы голода и сытости

\*Лучший способ повысить чувствительность к чувству голода — отмечать уровень голода до и после еды

\*Для того чтобы нормализовать чувство голода, необходимо начинать есть, когда ваши ощущения соответствуют 3 или 4 баллам (отсутствие как голода, так и сытости), а не ждать очень сильного чувства голода (1 балл). Прекращать прием пищи следует тогда, когда ваше чувство сытости достигнет 6 или 7 баллов (чрезмерное чувство сытости), а не прекращать есть на отметке 4-5 баллов (отсутствие как голода, так и сытости).



### 3. Увеличение удовольствия от еды



#### Определите, что именно вам нравится в ваших любимых продуктах

\*Постарайтесь вспомнить те продукты, которые вы употребляли в особых случаях (например, именной пирог, который ели в кругу родных и друзей)

\*Выберите 5 продуктов, которые вы особенно любите, и постарайтесь описать их, используя технику "Пяти шагов"

Thomas, J. J. and Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Children, Adolescents, & Adults. Cambridge: Cambridge University Press (Томас, Дж. Дж., Эдди, К. Т. *Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи*, пер. с англ., ООО "Диалектика", 2022)

Рис. 8.4. Раздаточный материал для пациентов "Стратегии, помогающие употреблять пищу в достаточном объеме"

проведения interoцептивной экспозиции терапевт предлагает пациенту встретиться с внутренними стимулами (физические ощущения в теле), а не внешними (новые продукты, картинки со рвотой и т.д.). Босуэлл, Андерсон и Андерсон [Boswell, Anderson & Andreson, 2015] недавно описали серию interoцептивных экспозиций для работы с классическими расстройствами пищевого поведения, которую мы адаптировали для работы с ИОРПП и приводим ниже во всех подробностях (табл. 8.5).

**Таблица 8.5.** Упражнения для interoцептивной экспозиции для работы с пациентами с ИОРПП с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом

Физические ощущения, которые пациенту сложно переносить	Упражнения для экспозиции, помогающие испытать эти ощущения
Вздутие живота	Надуть живот настолько сильно, насколько это возможно, и задержаться в этом положении по меньшей мере на 30 с
Чувство сытости	Выпить залпом несколько стаканов воды
Тошнота	Вращаться на стуле в течение по меньшей мере 30 с

Терапевт объясняет пациенту, что сегодняшняя сессия будет посвящена практике различных телесных проявлений (вздутие, ощущение сытости или тошноты), которые могут быть причиной отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом. Терапевт объясняет, что эти упражнения разработаны для того, чтобы помочь пациенту понять: эти ощущения являются временными, их вполне можно вынести, и они не связаны с негативными последствиями в долгосрочной перспективе. С каждым проведенным упражнением терапевт: 1) спрашивает у пациента, насколько его физические ощущения схожи с чувствами, которые он испытывает (или пытается избежать) во время приема пищи; и 2) просит оценить эти ощущения, используя шкалу СД. Если шкала СД еще не была представлена пациенту (например, в модуле неприятных последствий), терапевту следует объяснить, что шкала СД варьируется от 0 до 100, где 0 обозначает отсутствие какого-либо дистресса, а 100 — самый сильный дистресс, который пациент может вообразить. В контексте interoцептивной экспозиции шкала СД

должна оценивать интенсивность физических ощущений, но так как большинство пациентов с отсутствием интереса к приему пищи связывают чувство сытости, вздутие и тошноту с определенными негативными эмоциями (например, с тревогой), эти негативные эмоции могут усилить физические ощущения, увеличивая общую оценку по шкале СД.

После разъяснения терапевту следует коротко продемонстрировать первое упражнение (табл. 8.5) перед тем, как просить пациента выполнить его, а затем перейти к демонстрации второго и третьего упражнений соответственно, попросив пациента выполнить их в порядке очередности. Демонстрация экспозиций не только поможет пациенту сделать все правильно; она также поможет осознать, что терапевт готов почувствовать себя на его месте и не боится выглядеть глупо во время сессии. Мы обнаружили, что многие из молодых пациентов, хотя и испытывают определенную степень тревоги перед перспективой испытать ощущение сытости, получают удовольствие от той игровой манеры, которую терапевт использует при проведении этих демонстраций. Для того чтобы продемонстрировать вздутие живота, терапевту следует сесть прямо на своем стуле, повернувшись лицом к пациенту, надуть живот настолько сильно, насколько это возможно, и продержаться в этом положении 30 с. Для того чтобы продемонстрировать сытость, терапевту нужно очень быстро выпить залпом один большой стакан или два-три маленьких стакана воды; чем меньше глотков он при этом совершит, тем лучше. Для того чтобы продемонстрировать приступ тошноты, терапевту придется покрутиться на стуле в максимально быстром темпе в течение 30 с.

После того как терапевт продемонстрировал каждое из упражнений и убедился в том, что пациент понимает, что от него ожидается, врач предлагает пациенту выполнить все упражнения. Во время выполнения каждого из упражнений терапевт просит пациента оценить ощущения в соответствии со шкалой СД и сообщить, когда он впервые испытывает ожидаемые ощущения (вздутие, сытость или тошноту). В этот момент необходимо провести оценку по шкале СД. После этого терапевт предлагает пациенту продолжить экспозицию по меньшей мере на 30 с (в том случае, если пациент надувает живот

или вращается на стуле) или выпить еще один стакан воды. Вместо того чтобы успокаивать пациента и уверять его в том, что эти неприятные ощущения скоро пройдут, терапевту следует подталкивать пациента к тому, чтобы он вынес эти переживания — физические и эмоциональные — и постарался заметить, меняется ли их интенсивность в ходе упражнения. После того как пациент завершит каждое из упражнений, терапевт задает ему определенные вопросы [как у *Craske & Barlow*, 2001] для того, чтобы улучшить понимание происходящего. Например, после того, как пациент надует живот, терапевту следует спросить: “Похоже ли это на те ощущения, которые вы испытывали после приема пищи? Если да, то в чем сходство?” Когда пациент выпьет залпом стакан воды, терапевт может спросить у него: “Можно ли это сравнить с чувством чрезмерной сытости после приема пищи?” И наконец, после того, как пациент покрутится на стуле, терапевт спрашивает: “Похожи эти ощущения на приступ тошноты после приема пищи?”

После того как наш 13-летний пациент выпил несколько стаканов воды в ходе первой interoцептивной экспозиции, он сказал: “Если сытость ощущается именно так, то я никогда ранее не испытывал этого ощущения”.

В конце interoцептивной экспозиции терапевту следует похвалить пациента за его смелость, после чего попросить, чтобы он попрактиковал наиболее сложные экспозиции несколько раз в течение следующей недели в качестве практического домашнего задания. Терапевту также необходимо попросить пациента оценить по шкале СД ощущения во время выполнения этих домашних заданий, так как многократная interoцептивная экспозиция для физических ощущений, приносящих дискомфорт, должна со временем увеличить толерантность к поглощению большего объема пищи. Например, 13-летний пациент, которого мы упоминали в предыдущем примере, смог значительно увеличить объем потребляемой пищи и набрал 17 фунтов (около 8 кг) в результате КПТ-ИОРПП.

**Домашнее задание — провести расширенное самонаблюдение с особым вниманием к оценке уровня голода и сытости.** После того как пациент начал работать с неприятными физическими ощущениями вздутия, чрезмерной сытости и тошноты, терапевт помогает

усилить сигналы голода, увеличив осознанность пациента по отношению к ним (подобно тому, как это описывается в концепции Крейгхед об осознанном аппетите [*Craighead, 2006*]). Хорошо проводить эту интервенцию после interoцептивных экспозиций, так как к этому времени пациент уже испытает более сильное чувство сытости, чем то, которое он привык испытывать, а значит, сможет лучше понять шкалу для оценки, состоящую из 7 пунктов. Так как пациент уже привык к проведению самонаблюдения (или наблюдению родителей), это расширенное наблюдение поможет исследовать сигналы голода и сытости более детально. Терапевт объясняет, что все люди испытывают голод и сытость различной интенсивности в течение дня, которые можно описать при помощи 7-уровневой шкалы голода и сытости, которая варьируется от “очень сильного чувства голода” (1 уровень) до “чрезмерного чувства сытости” (7 уровень). Срединный уровень (уровень 4) на этой шкале обозначен как “нейтральные ощущения” (когда человек не испытывает ни голода, ни сытости). Для того чтобы персонализировать эту шкалу и создать связи с личным опытом пациента, терапевту необходимо попросить пациента, чтобы он вспомнил свои ощущения, когда испытывал очень сильный голод (1 на шкале голода и сытости) и чрезмерное чувство сытости (7 на шкале голода и сытости). (Если пациент хронически употребляет очень маленькое количество пищи, терапевт может попросить его выпить залпом несколько стаканов воды для того, чтобы помочь ему персонализировать шкалу голода и сытости.)

После этого терапевт объясняет пациенту то, как его восприятие сытости могло неосознанно исказиться вследствие пищевых ограничений. Говоря более конкретно, как это показано на рис. 8.4, когда человек ест регулярно в течение дня, он испытывает нормальное чувство голода. В отличие от этого, человек, который ограничивает прием пищи, неосознанно учится игнорировать сигналы голода. Со временем шкала голода и сытости этого пациента смещается влево. В конечном счете в тех ситуациях, когда другие люди почувствовали бы очень сильный голод, человек с хроническими пищевыми ограничениями испытывает нейтральные ощущения (нет ни выраженного голода, ни сытости), что приводит к снижению интереса

к приему пищи и/или пище в целом. Лучший способ восстановить нормальное чувство голода — это регулярное питание по часам, а также увеличение осознанности с помощью самонаблюдения за уровнем голода и сытости до и после каждого приема пищи и перекуса. Так как проведение этой оценки может быть достаточно трудоемким, терапевту следует попросить пациента выполнять это задание в течение двух дней (а не каждый день) на следующей неделе. В табл. 8.6 представлен бланк самонаблюдения, дополненный шкалой оценки уровня голода и сытости, а в табл. 8.7 — заполненный вариант бланка.

**Использовать технику “Пять шагов” с предпочитаемыми продуктами пациента.** Последним заданием сессии после проведения необходимых интероцептивных экспозиций является использование техники пяти шагов (рис. 8.1) для того, чтобы осознанно описать свойства пяти любимых продуктов пациента, принесенных на прием. В нашей когнитивно-поведенческой модели ИОРПП с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом мы рассматриваем то, как гедонистическое удовольствие от пищи является одним из факторов риска развития расстройства приема пищи, усугубляемого и поддерживаемого избеганием. Подобно пациентам с депрессией, которые потеряли интерес и перестали получать удовольствие от тех занятий, которые в прошлом их радовали, пациенты с симптомами ИОРПП теряют интерес или удовольствие, получаемое от пищи — даже той пищи, которую они раньше любили. Поэтому, подобно поведенческой активации для работы с депрессией, очень важно, чтобы пациент начал более осознанно воспринимать потенциально приятные свойства пищи. При подготовке к этому упражнению терапевт предлагает пациенту составить список продуктов, которые ему нравятся или нравились раньше, обязательно включив в этот список продукты, которые пациент очень любит (например, шоколад), или блюда, употребляемые в особых случаях (например, именинный пирог). Как показывает наш опыт, даже те пациенты, которые рассматривают прием пищи как трудную и неприятную задачу, могут составить список из нескольких приятных для них продуктов — хоть и не так часто их едят.



**Таблица 8.7.** Бланк самонаблюдения, дополненный оценкой голода/сытости (пример таблицы, заполненной родителями)

Время приема пищи	Пища/напитки	Сопутствующие мысли/эмоции	Физические ощущения (включая оценивание по шкале голода/сытости (от 1 до 7))
8:00	1 шоколадный пончик со стаканом молока	Завез ее в любимое кафе с пончиками по дороге в школу	До: 3 После: 5
11:00	Небольшой пакетик чипсов-тортилья Пакет яблочного сока		До: 4 После: 6
12:30	1 кусочек сырной пиццы Пригоршня соленых крендельков Стакан воды		До: 3 После: 6
15:00	Половина печенья с шоколадной крошкой		До: 3 После: 6
18:00	Половина порции макарон с сыром Стакан молока	Мне кажется, что мы постоянно заставляем ее есть больше, чем она может. Даже несмотря на то, что она была очень голодна, она начала ощущать дискомфорт и тошноту, съев всего половину порции	До: 2 После: 7
20:00	1 порция ванильного мороженого	Думаю, мы могли дать ей еще немного, так как она закончила прием пищи с оценкой сытости всего в 5 баллов	До: 3 После: 5

Используя подсказки, приведенные на рис. 8.1, терапевту следует попросить пациента вдумчиво описать органолептические свойства каждого из пяти продуктов. (Полное описание этой техники можно найти в разделе “Поддерживающий механизм № 1: сенсорная чувствительность”.) Единственное отличие в использовании техники пяти шагов в работе с сенсорной чувствительностью и отсутствием интереса к приему пищи состоит в том, что, используя эту технику в работе с отсутствием интереса, терапевт просит пациента описать хотя бы некоторые положительные качества избранных продуктов. Например, терапевт может задавать вопросы, вызывающие позитивную реакцию, к примеру: “Чем тебе нравятся брауни, которые готовит твоя мама?” или “О каких особых случаях напоминает тебе этот пирог?” Если пациент заявляет, что ему понравилось есть какие-либо из этих продуктов во время сессии, терапевт предлагает ему ввести эти продукты в свой рацион и начать употреблять их в качестве приемов пищи или перекусов на следующей неделе.

**Практическое задание на дом.** Терапевт завершает первую сессию модуля отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом в рамках третьего этапа, подготовив следующие домашние задания:

- 1) попросить пациента продолжать питаться регулярно и увеличивать пищевую гибкость;
- 2) провести необходимые interoцептивные экспозиции несколько раз в течение следующей недели и провести оценку по шкале СД;
- 3) попросить пациента добавить шкалу голода и сытости к самонаблюдению пациента на два дня;
- 4) выбрать пять дополнительных продуктов, которые пациент очень любит или любил ранее, и принести с собой на следующую сессию. Лучше всего, если это будут продукты с привлекательным вкусом (например, пицца, печенье) и/или продукты, связанные с приятными воспоминаниями пациента (например, день рождения, семейные праздники). Пациент может принести те же пять продуктов, что и в прошлый раз.

## **Третий этап, модуль отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом, последующие сессии**

Терапевт начинает вторую и все последующие сессии модуля отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом в рамках третьего этапа, изложив план сессии, взвесив пациента и проверив результаты самонаблюдения, которые должны включать в себя отслеживание чувства голода и сытости в течение двух дней за предшествующую неделю. Используя отчет о самонаблюдении, терапевт помогает пациенту определить время суток, когда тот испытывает наиболее сильное чувство голода, и советует ему увеличить объем потребляемой пищи в это время суток. Например, если пациент оценивает свое ощущение голода и сытости 4 баллами во время завтрака и 3 баллами во время обеда, терапевт предлагает пациенту оставить размер порции завтрака такой же, при этом немного увеличив порцию обеда. Соответственно, если пациент оценивает свои ощущения во время ужина в 1 или 2 балла, терапевт предлагает ему значительно увеличить размер приема пищи в это время. В общем, терапевту следует посоветовать пациенту не доходить в своих ощущениях до 1 балла, упуская возможность поесть, когда его чувство голода находится на уровне 3 или 4 баллов. Если у пациента постоянно голод доходит до очень сильного (1 балл), необходимо увеличить размер порций во все приемы пищи. Более того, если пациент постоянно будет подходить более осознанно к своему чувству голода, он почувствует, что сигналы голода становятся более выраженными и что его шкала голода и сытости приходит в норму. Однако для того, чтобы эти важные изменения произошли, пациенту необходимо проводить оценку на регулярной основе. Как и с приобретением любых навыков, повысить осознанность и выраженность сигналов голода можно только благодаря регулярной практике. Поэтому, если пациент приходит на прием с незаполненной шкалой голода и сытости, терапевту следует проявить любопытство и помочь пациенту определить те преграды, которые необходимо преодолеть для того, чтобы он смог проводить регулярное наблюдение голода/сытости. Однако, в отличие от самонаблюдения объема потребляемой пищи (которое необходимо выполнять в течение большей части терапии — с первого по третий этап), если пациент проводит оценку голода/сытости

на регулярной основе, будет достаточно, если терапевт задаст это задание всего на две или три недели. Терапевту также следует узнать, проводил ли пациент interoцептивную экспозицию в домашних условиях, и проверить, снизилась ли оценка по шкале СД за это время.

**Проведение следующей interoцептивной экспозиции.** После этого терапевт переходит к серии interoцептивных экспозиций, запланированных для этой сессии. В зависимости от того, какие из экспозиций оказались наиболее важными для пациента на прошлой сессии, терапевт просит его провести одну из них, две или все три. Подобно тому, как это происходило на предыдущей сессии, терапевт просит пациента провести оценку по шкале СД перед началом экспозиции, в тот момент, когда начнет испытывать неприятное ощущение (вздутие, сытость или тошноту), и еще один раз — по окончании экспозиции. Врач предлагает пациенту выполнять экспозицию в большем объеме, чем в прошлый раз. Например, если пациент надувал живот или крутился на стуле в течение 30 с, в этот раз следует попросить его выполнять эти действия в течение 45 с. Аналогично, если в прошлый раз пациент выпил три стакана воды, терапевт предлагает ему в этот раз выпить четыре или пять стаканов. Подобно тому, как это было в модуле страха неприятных последствий, пациент может обнаружить, что снижение СД происходит во время сессий (а не между сессиями).

**Использовать технику “Пять шагов” с пятью продуктами, которые пациент очень любит.** И наконец, терапевт предлагает пациенту использовать технику пяти шагов для того, чтобы исследовать пять наиболее любимых продуктов, которые тот принес с собой. Терапевт может поощрять использование пациентом позитивного описания (а не нейтрального, как в модуле сенсорной чувствительности), так как цель данного упражнения состоит в том, чтобы помочь пациенту вспомнить, что именно ему нравится в этих продуктах. Так как это упражнение проводится сразу же после interoцептивной экспозиции, врач предлагает пациенту понаблюдать за тем, насколько быстро проходят ощущения вздутия, сытости и тошноты. Например, допустим, что пациент оценил свое состояние в 75 баллов по шкале СД после того, как залпом выпил несколько стаканов воды, но в его желудке оказалось достаточно места для того, чтобы провести

несколько дегустаций предпочитаемых продуктов некоторое время спустя. Терапевт может использовать это как возможность обратить внимание пациента на то, что он может вынести более сильное чувство сытости, чем ранее думал.

**Практическое задание на дом.** В качестве домашнего задания на следующую неделю терапевт просит пациента продолжить самонаблюдение или наблюдение родителей, регулярно питаться и увеличивать пищевую гибкость. Также пациенту следует выполнять необходимые interoцептивные экспозиции. Хорошо, если пациент будет проводить их перед приемом пищи (например, выпивать четыре стакана воды перед обедом). И наконец, необходимо попросить пациента принести с собой пять дополнительных любимых продуктов (или те же пять продуктов, которые он уже приносил) на следующую сессию, а также продолжать вводить в рацион любимые продукты в рамках приемов пищи и перекусов на следующей неделе.

**Подготовка к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа (только для последней сессии модуля в том случае, если у пациента наблюдается несколько поддерживающих механизмов).** Если это последняя сессия модуля отсутствия интереса к пище и терапевт планирует поработать с другим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа, прежде чем переходить к четвертому этапу, необходимо попросить пациента (или его родителей) принести небольшие порции пяти продуктов из списка продуктов, которые пациент “хочет попробовать” из пяти основных групп продуктов (для модуля сенсорной чувствительности), или подумать о том, с какими страхами он хочет поработать в рамках третьего этапа (для модуля страха неприятных последствий).

## **Решение основных проблем, возникающих на третьем этапе**

**Что делать, если пациент с повышенной сенсорной чувствительностью не приносит продукты на прием?** Терапевту следует мягко и без осуждения поинтересоваться, что помешало пациенту

принести с собой продукты, оговоренные в конце предыдущей сессии. Если пациент отвечает, что он забыл, терапевту необходимо подумать над тем, как помочь пациенту запомнить, что нужно принести продукты в следующий раз. Если пациент решил все-таки не пробовать согласованные продукты, терапевт совместно с пациентом должен определить, какие другие продукты он принесет на следующую сессию. Снижение требований к заданию посредством выбора продуктов, схожих с теми, которые пациент употребляет, поможет увеличить вероятность выполнения этого задания. Очень важно, чтобы пациенту не удалось избежать дегустации, если он не принесет продукты. Составив план на следующий раз, терапевт все же ищет возможность предложить пациенту пять новых продуктов. Например, терапевт может хранить в своем кабинете продукты долгого хранения (например, орехи, крендельки) или же, если это возможно, сходить с пациентом в ближайший магазин и выбрать продукты для дегустации.

**Что делать, если пациент со страхом неприятных последствий действительно испытает эти последствия (подавится, его вырвет или у него проявится аллергическая реакция) во время проведения экспозиции?** Проблемы с глотанием в силу нарушений органического характера были исключены в ходе медицинского обследования пациента. Но все же мы подчеркиваем, что проводить экспозиции можно только с теми пациентами, у которых отсутствуют нарушения глотания. В этом случае удушье во время экспозиции является маловероятным, но все же возможным. Если пациент подавится, терапевту необходимо выяснить: сбылось ли его плохое предчувствие. Другими словами, пациент может подавиться и очень сильно испугаться, но это чувство быстро сойдет на нет, когда он поймет, что с ним все в порядке и никакого физического ущерба причинено не было. Более того, терапевту нужно противопоставить этому опыту все те случаи, когда пациенту удавалось успешно проглотить еду в рамках КПТ-ИОРПП (например, 30), и спросить у пациента, соответствует ли частота этого происшествия (например, 1 из 30) изначальной вероятности удушья, которую предсказывал пациент (100%). Если нет, доказательство опровергает катастрофическое предположение.

Пациентов, у которых наблюдаются симптомы анафилактической реакции — такие, как кожные высыпания, тошнота, рвота, затрудненное дыхание или шок, — необходимо незамедлительно направить в ближайший пункт неотложной медицинской помощи и сделать инъекцию эпинефрина в соответствии с инструкцией (предоставленной медицинским персоналом из пункта неотложной медицинской помощи или же лечащим врачом пациента). Один из пациентов, принимавших участие в пилотном испытании КПТ-ИОРПП, начал испытывать тошноту, покалывание губ и затрудненное дыхание после того, как впервые в жизни попробовал лесной орех. Мы незамедлительно направили его в пункт неотложной медицинской помощи, где терапевт подтвердил, что у пациента проявилась анафилактическая реакция. Позже иммунолог диагностировал у него аллергию на лесные орехи. Именно поэтому мы советуем, чтобы у терапевта был план действий в случае неожиданной аллергической реакции, особенно в том случае, когда запланирована дегустация одного из девяти потенциальных аллергенов: молочных продуктов, яиц, рыбы, устриц, орехов, арахиса, пшеницы или сои.

**Что делать, если пациент со страхом неприятных последствий отрицает свою тревогу либо занижает уровень тревожности?** Сложно составить иерархию страхов и избегания с пациентом, который проявляет избегающее поведение, но не признает, что испытывает страх. Это случается с пациентами, которые проявляют недостаточное понимание своих проблем. Большинство из этих пациентов являются детьми, некоторые из них имеют аутистические черты. И то, и другое провоцирует сложности с пониманием и выражением эмоций, а также предсказаний о пугающем исходе. Более того, у мальчиков подобные проблемы наблюдаются чаще, чем у девочек, так как в процессе воспитания и социализации мальчиков проявление слабости и эмоциональность не одобряются. В подобных случаях мы советуем использовать скорее поведенческий, нежели когнитивный подход. Терапевт может использовать непочтительный стиль выражений (например, “Ну и отлично! Значит, мы можем сразу приступить к экспозиции”), а также использовать избегающее поведение пациента в качестве показателя действительного уровня тревоги.

## **Перечень контрольных показателей, необходимых для перехода к четвертому этапу**

К концу третьего этапа пациенту следует выполнить следующие задания. Если пациент успешно выполнил большинство из заданий, но один или два из показателей еще не достигнуты, мы советуем продлить третий этап. Если же у пациента наблюдается только незначительное улучшение, продление третьего этапа вряд ли поможет исправить ситуацию.

- У пациента больше нет дефицита массы тела.
- Пациент употребляет пищу через регулярные промежутки времени, чаще всего это — три приема пищи и два или три перекуса в день, а также увеличил объем и разнообразие (если необходимо) потребляемой пищи.
- Хотя пациент все еще принимает пищевые добавки, он регулярно употребляет продукты, которые помогают восполнить дефициты питательных веществ.
- Проблема основных поддерживающих механизмов ИОРПП (один или несколько), наблюдающиеся у пациента, хотя бы частично разрешилась, а также у пациента/его родителей сформировалось понимание того, как использовать стратегии лечения в домашних условиях, чтобы достичь полного выздоровления.
  - Если работа с повышенной сенсорной чувствительностью была основной задачей этого этапа, пациенту удалось попробовать большое количество новых продуктов из пяти основных групп продуктов и ввести эти продукты в свой рацион, начав употреблять их в качестве приемов пищи и перекусов.
  - Если работа со страхом неприятных последствий была основной задачей этого этапа, пациенту удалось попрактиковаться в употреблении продуктов, которых он избегал, и испытать ситуации, которые, как он изначально думал, приведут к удушью, рвоте, болевым ощущениям или другому неприятному исходу.

- Если работа с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом была основной задачей этого этапа, пациенту удалось увеличить объем потребляемой пищи до достаточного уровня и у него появилось лучшее понимание собственных сигналов голода и сытости.

## Четвертый этап: предотвращение рецидивов заболевания

Четвертый этап КПТ-ИОРПП (две сессии) включает в себя рассмотрение прогресса и подготовку к тому, чтобы завершить лечение (первая сессия) и разработать персонализированный план предотвращения рецидивов (вторая сессия). В отличие от сессий 1–3 этапа, которые проходили еженедельно, сессии 4 этапа должны проводиться с промежутком в две недели, чтобы у пациента было больше времени для практики и достижения результатов. Если быть более точными, мы советуем сделать перерыв в две недели по завершении третьего этапа, после чего приступить к проведению сессий четвертого этапа также с двухнедельным перерывом между первой и второй сессиями.

### Первая сессия четвертого этапа

На первой сессии четвертого этапа, взвесив пациента, изложив план сессии и проверив выполнение домашнего практического задания, терапевт проводит сравнительный анализ начальных симптомов пациента и его нынешнего состояния. В этом поможет рассмотрение персонализированной формулировки ИОРПП, заполненной таблицы пяти основных групп продуктов, соотношение групп продуктов по схеме MyPlate в сравнении с рационом пациента до начала лечения, а также разговор о готовности пациента завершить КПТ-ИОРПП.

**Пересмотр индивидуализированной формулировки.** Терапевт предлагает пациенту снова рассмотреть индивидуализированную формулировку, составленную в ходе второго этапа, и спрашивает, что изменилось с момента составления этой формулировки. Например, удалось ли пациенту значительно увеличить массу тела? Получилось ли восполнить нехватку питательных веществ? Смог

ли пациент побороть избегание социальных ситуаций из-за чрезмерной избирательности в еде и перестать избегать употребления определенных продуктов из-за страха тошноты, рвоты или удушья? Терапевт делает особый акцент на том, как благодаря взаимоотношению между различными составляющими формулировки работа с одним из компонентов (например, с избеганием и ограничением приема пищи) привела к положительным изменениям в других (например, негативные эмоции и предчувствия относительно последствий приема пищи, физические последствия недостаточного питания, социальное избегание), хотя работа непосредственно с ними и не проводилась. Наконец, терапевту следует похвалить пациента за его достижения и сказать, что заслуга во всех изменениях принадлежит пациенту (и его родителям) в силу проделанной им работы.

**Пересмотр пяти основных групп продуктов.** После этого врач совместно с пациентом рассматривает заполненную таблицу пяти основных групп продуктов. Пациенту необходимо назвать те продукты, которые ему удалось попробовать. Терапевту следует особенно похвалить пациента за продукты, которые ему удалось ввести в рацион и начать употреблять на регулярной основе. Стоит отметить, что в эту категорию будет входить лишь часть продуктов, употребленных в рамках терапии. Но это не должно беспокоить терапевта, если пациент ест разнообразную пищу в рамках каждой из пяти групп. Для того чтобы убедиться, что недавние приемы пищи включали в себя продукты из всех пяти групп в необходимом соотношении, терапевту следует снова привести в качестве примера схему MyPlate и сопоставить с ней рацион пациента.

В табл. 9.1 представлен пример таблицы пяти основных групп продуктов, заполненной пациентом с сенсорной чувствительностью, завершившим лечение в рамках КПТ-ИОРПП и сумевшим ввести несколько новых продуктов в свой рацион по ходу лечения. Вместе с рассмотрением успехов врач предлагает пациенту определить продукты, которые тот желает попробовать самостоятельно по завершении КПТ-ИОРПП. Терапевту следует также обсудить с пациентом, может ли он ввести в рацион продукты, которые попробовал во время лечения, но так и не начал употреблять на регулярной основе.

**Таблица 9.1.** Пять основных групп продуктов на момент окончания лечения (пример таблицы, заполненной пациентом с ИОРПП с повышенной сенсорной чувствительностью)

В первом столбце предоставлен список наиболее часто употребляемых фруктов, овощей, белковых, молочных и злаковых продуктов. Поставьте "X" во втором столбце напротив тех продуктов, которые вы употребляете на регулярной основе (ели по меньшей мере один раз на протяжении прошедшего месяца и с радостью съели бы сейчас). Поставьте "X" в третьем столбце напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать в рамках КПТ-ИОРПП. В четвертой колонке напротив тех продуктов, которые вы хотите попробовать, ставьте "X", отмечая каждый раз, когда вы их попробовали в рамках КПТ-ИОРПП (во время сессии либо дома). Четвертый столбец состоит из десяти клеточек, так как исследования показали, что именно такое количество проб является необходимым для того, чтобы познакомиться с новым продуктом и развить стойкое к нему предпочтение.

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Фрукты</b>			
100%-ные натуральные фруктовые соки			
• Яблочный сок	x		
• Клюквенный сок			
• Виноградный сок			
• Сок грейпфрута			
• Сок манго	x		x x x x x x x x x x
• Апельсиновый сок			
• Сок папайи			
• Ананасовый сок			
• Гранатовый сок			
• Сливовый сок			
<b>Ягоды</b>			
• Ежевика			
• Голубика			
• Клюква			
• Смородина		x	x
• Годжи			
• Черника			
• Брусника			
• Шелковица		x	x x x x x x x x x x
• Малина		x	x x x x x x
• Клубника			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Дыни и арбузы</b>			
• Мускусная дыня (канталупа)	x		
• Белая мускатная дыня			
• Рогатая дыня (кивано)			
• Арбуз			
<b>Другие фрукты</b>			
• Яблоко			
• Абрикос			
• Банан		x	x x x x x
• Вишня			
• Финики			
• Инжир			
• Грейпфрут		x	x
• Виноград			
• Гуава			
• Киви			
• Лимон			
• Лайм			
• Манго		x	x x x x x x x x x x
• Нектарин		x	x x x x
• Апельсин			
• Папайя			
• Персик		x	x
• Груша			
• Хурма			
• Ананас			
• Слива			
• Гранат			
• Карамбола			
• Мандарин			
<b>Переработанные фрукты</b>			
• Чернослив			
• Изюм			
• Фруктовый салат			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных фруктов</b>			
1. Яблочный пирог		x	x x
2. Фруктовый смузи		x	x x x x x x x x x x
3. Сушеные манго		x	x x x
4.			
5.			
<b>Овощи</b>			
<b>Темные листовые овощи</b>			
• Руккола			
• Китайская капуста			
• Брокколи		x	x x x x x x x x x x
• Ботва брокколи			
• Брокколини			
• Листовая капуста			
• Темно-зеленый салат-латук			
• Эндивий			
• Эскариоль			
• Кейл		x	x x x x x x x x x x
• Месклан			
• Смесь листовых овощей			
• Салатная горчица			
• Салат ромэн		x	x x x x x x x x x x
• Шпинат		x	x x x x x x x x x x
• Листовая свекла			
• Ботва репы			
• Кресс водяной			
<b>Красные и оранжевые овощи</b>			
• Желудевая тыква			
• Болгарский перец			
• Тыква мускатная			
• Морковь		x	x x x x x x x x x x
• Тыква хаббард			
• Тыква обыкновенная			
• Красный перец чили			
• Красный сладкий перец		x	x x x x x x x x x x
• Батат		x	x x
• Помидор			
• 100%-ный овощной сок			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Крахмалистые овощи</b>			
• Тапиока			
• Кукуруза			
• Зеленые бананы			
• Зеленая лимская фасоль			
• Зеленый горошек			
• Пастернак			
• Плантан			
• Картофель			
• Таро (колоказия)			
• Каштан водяной			
• Ямс			
<b>Другие овощи</b>			
• Проростки люцерны			
• Артишок			
• Спаржа		x	x
• Авокадо			
• Проростки бамбука			
• Пророщенные бобы			
• Свекла			
• Проростки брюссельской капусты			
• Капуста			
• Цветная капуста			
• Сельдерей			
• Огурец			
• Баклажан		x	x x x x x x
• Чеснок			
• Зеленая фасоль		x	x x
• Зеленый перец			
• Мексиканская репа (хикама)			
• Лук-порей			
• Салат-латук, айсберг		x	x x x x x x x x x x
• Проростки золотистой фасоли			
• Грибы			
• Бамя			
• Лук			
• Патиссон			
• Радиккио			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Другие овощи</b>			
• Редис		x	x
• Красная капуста			
• Зеленый лук			
• Снежный горох			
• Физалис			
• Репа			
• Восковая фасоль			
• Летняя тыква (желтый кабачок)			
• Цуккини			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных овощей</b>			
1. Салат с заправкой		x	x x x x x x x x x x
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Белковые продукты</b>			
<b>Бобовые</b>			
• Бобовые бургеры		x	
• Черная фасоль			
• Спаржевая фасоль			
• Нут			
• Эдамаме (молодые соевые бобы)		x	x
• Фалафель (толченый нут со специями)		x	x x x x
• Хумус (пюре из нута)		x	
• Фасоль обыкновенная			
• Чечевица			
• Лимская фасоль			
• Турецкие бобы			
• Фасоль пинто			
• Соевые бобы			
• Гороховая крупа			
• Белая фасоль			
<b>Яйца</b>			
• Куриные яйца			x x x x x x x x x x
• Утиные яйца			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Мясо</b>			
• Нежирный мясной фарш			
○ Говядина	x		
○ Свинина			
○ Сосиски (говядина, индейка)			
• Нежирная вырезка			
○ Говядина	x		
○ Ветчина			
○ Ягненок			
○ Свинина			
• Нежирное мясо для завтрака			
○ Говядина			
○ Курица			
○ Ветчина			
○ Свинина		x	x x x x x x x x x x
○ Индейка			
• Дичь			
○ Бизон			
○ Кролик			
○ Оленина			
• Субпродукты			
○ Потроха			
○ Печень			
<b>Орехи и семена</b>			
• Миндаль		x	
• Миндальное масло		x	x x x x x x x x x x
• Кешью		x	x
• Семена чиа			
• Фундук			
• Смесь орехов			
• Арахис			
• Арахисовое масло			
• Пекан			
• Фисташки			
• Тыквенные семечки			
• Кунжут		x	x
• Семена подсолнуха			
• Грецкие орехи			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Мясо птицы</b>			
• Курица		x	
• Утка			
• Гусь			
• Индейка			
<b>Морепродукты</b>			
• Рыбные консервы			
○ Анчоусы			
○ Сардина			
○ Тунец	x		
• Костные рыбы			
○ Сом			
○ Треска			
○ Камбала			
○ Пикша			
○ Палтус			
○ Сельдь			
○ Макрель			
○ Минтай			
○ Порги			
○ Лосось			
○ Морской окунь			
○ Золотистый пагрус			
○ Суши			
○ Меч-рыба			
○ Тилапия			
○ Радужная форель			
○ Тунец			
• Моллюски			
○ Двустворчатые моллюски			
○ Краб			
○ Лангуст			
○ Лобстер			
○ Мидии			
○ Осьминог			
○ Устрицы			
○ Морской гребешок			
○ Креветки			
○ Кальмар			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Соевые продукты</b>			
• Темпе (ферментированные соевые бобы)			
• Соевое мясо			
• Тофу			
• Вегетарианские бургеры			x x x x x x x x x x
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных белковых продуктов</b>			
1. Курица в кляре		x	x x x x x x x x x x
2. Бургер		x	x x x x x x x x x x
3. Говядина с соусом		x	
4.			
5.			
<b>Молочные продукты и заменители молока</b>			
<b>Сыр</b>			
• <b>Натуральные твердые сыры</b>			
○ Чеддер		x	
○ Гауда			
○ Моцарелла		x	
○ Мюнстерский сыр			
○ Пармезан			
○ Поволоне			
○ Сыр Романо		x	x
○ Швейцарский сыр			
• <b>Мягкие сыры</b>			
○ Бри			
○ Камамбер			
○ Домашний сыр (творог)			
○ Фета			
○ Рикотта			
• <b>Плавленные сыры</b>			
○ Американский чеддер			
○ Пастообразный плавленый сыр			
<b>Молоко</b>			
• <b>Все виды молока</b>			
○ Обезжиренное молоко	x		
○ Молоко с разными вкусами	x		
○ Молоко без лактозы			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Молоко</b>			
• Все виды молока			
○ Молоко с низким содержанием жира (1%)	x		
○ Молоко со сниженным содержанием жира (2%)	x		
○ Цельное молоко	x		
• Молочные десерты			
○ Замороженный йогурт	x		
○ Мороженое	x		
○ Молоко со льдом			
○ Ласси			
○ Пудинг		x	x
○ Шербет			
○ Смузи		x	x x x x x x x x x x
<b>Растительное молоко</b>			
○ Миндальное молоко			
○ Кокосовое молоко			
○ Рисовое молоко			
○ Соевое молоко			
<b>Йогурт</b>			
• Йогурты на основе молока (обезжиренные, с низким содержанием жира, со сниженным содержанием жира, из цельного молока)		x	x x x x x x x x x x
• Йогурт из миндального молока			
• Йогурт из кокосового молока			
• Соевый йогурт			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных молочных продуктов и растительного молока</b>			
1. Сливочный сыр		x	x x x x x x x x x x
2. Макароны с сыром		x	x x x x x x x x x x
3. Пицца		x	x x x x x x x x x x
4.			
5.			

Продолжение табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПТ-ИОРПП
<b>Злаки</b>			
<b>Цельные злаки</b>			
• Амарант			
• Бурый рис			
• Гречка			
• Булгур			
• Полба			
• Пшено			
• Мюсли	x		
• Овсянка			
• Попкорн			
• Киноа			
• Овсяные хлопья			
• Сорго			
• Спельта			
• Тефф			
• Цельный ячмень			
• Цельная кукуруза			
• Цельное сорго			
• Цельная рожь			
• Цельнозерновой пшеничный хлеб		x	x x x x
• Цельнозерновые хлопья	x		
• Цельнозерновые крекеры			
• Цельнозерновые макароны	x		
• Цельнозерновая булочка для бургеров			
• Цельнозерновая тортилья		x	x x x x x x x x x
• Дикая рис		x	x x x x
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
• Багет	x		
• Крекеры			
• Панировочные сухари			
• Пирог			
• Хала	x		
• Печенье	x		
• Кукурузные хлопья	x		

Окончание табл. 9.1

Продукты	Употребляете на регулярной основе	Хотите попробовать	Количество проб продукта с начала КПП-ИОРПП
<b>Рафинированные злаковые продукты</b>			
• Кукурузная тортилья	x		
• Кукурузный хлеб			
• Кускус			
• Солёные крекеры	x		
• Английские кексы			
• Французский хлеб			
• Мука крупного помола			
• Мамалыга			
• Маца			
• Лепешка наан			
• Лапша			
• Блины		x	
• Паста (спагетти, макароны)		x	x x x x x x x x x x
• Коржи для торта			
• Пита			
• Основа для пиццы			
• Полента			
• Солёный кренделек			
• Лапша быстрого приготовления		x	x
• Рисовые хлебцы			
• Рисовая бумага			
• Рисовая лапша			
• Вафли		x	x
• Белый хлеб			
• Белый рис		x	x x x x x x x x x x
• Белые булочки для бургеров			
<b>Другие блюда из приготовленных или смешанных злаков</b>			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Разработано на основании таблицы, приведенной на сайте [www.choosemyplate.gov](http://www.choosemyplate.gov).

**Обсуждение готовности пациента завершить КПТ-ИОРПП.**

Наконец, терапевту следует открыто поговорить с пациентом о том, готов ли он завершить лечение в рамках КПТ-ИОРПП. В случае работы с пациентами, нуждавшимися в постоянном медицинском наблюдении во время лечения, терапевт помогает пациенту запланировать медицинское обследование по окончании терапии, чтобы подтвердить улучшения, произошедшие с восполнением нехватки питательных веществ и восстановлением массы тела до здоровой отметки. Основываясь на результатах беседы с пациентом и данных, предоставленных родителями или медицинскими сотрудниками, терапевту необходимо определить, готов ли пациент к завершению терапии, учитывая следующие показатели. Пациент больше не подходит под описание ИОРПП и/или степень проявления симптомов значительно снизилась.

- Пациент регулярно употребляет по несколько продуктов в рамках каждой из пяти групп<sup>1</sup>.
- Тенденция роста и набора массы тела пациента достигла ожидаемого уровня (например, пациент вернулся к той тенденции, которая наблюдалась у него до болезни, у него больше нет дефицита массы тела).
- Нутритивный статус восполнен (у пациента больше нет нехватки питательных веществ, либо же он работает над восполнением дефицитов и достиг в этом значительного успеха, а также больше не усугубляет эти дефициты недостаточным питанием).
- У пациента больше не наблюдается физических последствий ИОРПП, а также он научился справляться с социальными ситуациями, связанными с приемом пищи.

---

<sup>1</sup>Некоторые программы подразумевают употребление пациентом определенного числа продуктов — например, 5 продуктов из каждой группы [Williams & Foxx, 2007] или 10 белковых продуктов, 10 злаковых продуктов и 10 овощей и фруктов [Toomey et al., 2014] на момент завершения терапии. В отличие от этого, в рамках такого ограниченного по времени подхода, каким является КПТ-ИОРПП, терапевту следует выразить свою уверенность в том, что пациент изучил все необходимые инструменты и освоил навыки, которые помогут ему самостоятельно увеличивать разнообразие потребляемых продуктов после завершения терапии.

Необходимо отметить: не следует ожидать от пациентов с ИОРПП, что они начнут свободно употреблять абсолютно любые продукты либо их вес достигнет 50 перцентиля, если это не являлось их преморбидной траекторией. Мы согласны с Фитцпатриком и его коллегами в том, что “маловероятно, что лечение закончится лишь по разрешению всех проблем и ригидностей” [Fitzpatrick et al., 2015, p. 270]. Другими словами, ожидается, что в ходе КПТ-ИОРПП пациенты с ИОРПП достигнут такого улучшения, что их образ питания больше не будет приводить к медицинским, нутритивным или психологическим последствиям. Более того, ожидается, что к концу лечения пациент освоил все необходимые навыки, способные помочь ему продолжать вносить изменения в свое пищевое поведение. Стоит отметить тот важный момент, что некоторым пациентам с ИОРПП для поддержания позитивных результатов лечения может понадобиться определенная степень помощи от родителей и наблюдение за приемами пищи даже после завершения КПТ-ИОРПП.

В том случае, если состояние пациента не соответствует всем вышеперечисленным критериям, ему стоит при помощи терапевта решить, какая дополнительная помощь необходима для того, чтобы продолжить двигаться в выбранном направлении по завершении КПТ-ИОРПП. Так как КПТ-ИОРПП является ограниченным по времени подходом, мы не советуем продлевать лечение в тех случаях, когда на это нет достаточно серьезной причины (например, терапевт выявил у пациента еще один поддерживающий механизм, пациент решил ввести в рацион какой-то определенный продукт).

**Прекращение ведения отчетов о самонаблюдении или наблюдении родителей.** Терапевту не нужно задавать домашнее задание на предпоследней сессии. Врач сообщает пациенту (или его родителям), что он может больше не вести записи о самонаблюдении (или наблюдении родителей). Пациенты (и их родители) обычно очень рады этой новости. Терапевт подчеркивает, что по окончании лечения сам пациент (или его родители) несет полную ответственность за то, что и сколько он ест.

## Вторая сессия четвертого этапа

В начале последней сессии КПТ-ИОРПП терапевт излагает план сессии и взвешивает пациента, как всегда. Хотя во время

предыдущей сессии никаких домашних заданий задано не было, терапевт спрашивает пациента, какого прогресса в поддержании здорового веса и введении в рацион новых продуктов ему удалось достичь за эти две недели перерыва между сессиями. После этого терапевт и пациент разрабатывают план предотвращения рецидивов заболевания и завершают терапию.

**План предотвращения рецидивов.** Используя табл. 9.2 в качестве руководства, терапевт помогает пациенту (или его родителям) составить план предотвращения рецидивов. Очень важно рассмотреть то, как образ питания пациента изменился с начала лечения. После этого врач помогает пациенту определить триггеры, которые могут возникнуть в течение последующих шести месяцев и привести к возвращению избегающего/ограничительного пищевого поведения. Это могут быть серьезные изменения в образе жизни (например, учеба в колледже), которые приведут к тому, что доступные продукты питания поменяются, а пациенту придется прилагать больше усилий для того, чтобы удержать результаты, достигнутые в рамках терапии. Следующий шаг состоит в определении любых признаков, которые могут сигнализировать о том, что у пациента начинается рецидив. После этого терапевт помогает пациенту определить и подкрепить техники КПТ-ИОРПП, которые оказались особенно действенными, а также подумать над тем, может ли пациент продолжать использовать их для поддержания здорового веса и увеличения пищевого разнообразия. Например, пациент может решить, что он хочет продолжать использовать уведомления на смартфоне, напоминающие о том, что ему пора перекусить. В случае проведения семейного формата КПТ-ИОРПП родителям следует подумать, какие техники они могут и дальше использовать для того, чтобы поддержать своего ребенка. Например, они могут продолжать предлагать своему ребенку новые продукты с целью увеличения пищевого разнообразия, а также напоминать ребенку о необходимости регулярных приемов пищи. И наконец, очень важно, чтобы терапевт помог пациенту (или его родителям) определить те случаи, в которых ему необходимо обратиться за профессиональной помощью. В табл. 9.3 приведен пример заполненной таблицы с планом предотвращения рецидивов заболевания.

**Таблица 9.2.** Мой персонализированный план предотвращения рецидивов ИОРПП

---

Как мой образ питания улучшился с начала лечения:

Что в будущем может спровоцировать рецидив заболевания:

Признаки начинающегося рецидива:

Техники КПТ-ИОРПП, которые я хочу попробовать или продолжить использовать по окончании терапии:

Как я хочу изменить свой образ питания по окончании терапии:

---

**Таблица 9.3.** Мой персонализированный план предотвращения рецидивов ИОРПП (пример заполненной таблицы)

Как мой образ питания улучшился с начала лечения:

- Я могу есть все те продукты, которые ел до того, как сильно подавился; при этом у меня нет страха удушья.
- Я ввел 25 новых продуктов в свой рацион!
- Я чувствую себя более свободно, когда мне необходимо попробовать новый продукт в окружении других людей.

Что в будущем может спровоцировать рецидив заболевания:

- Я снова сильно подавлюсь пищей.
- Я поеду в колледж и мне придется выбирать блюда в столовой.

Признаки начинающегося рецидива:

- Я могу начать употреблять один и тот же продукт несколько раз в день в течение нескольких дней или недель.

Техники КПП-ИОРПП, которые я хочу попробовать или продолжить использовать по окончании терапии:

- Не спешить во время дегустации новых продуктов и использовать технику пяти шагов.
- Я могу остановиться на любом этапе выполнения пяти шагов; я могу посмотреть на продукт, понюхать его, но мне необязательно есть его, и необходимо напоминать себе, что это тоже часть прогресса.
- Достаточно попробовать совсем маленький кусочек нового продукта.
- Самонаблюдение.

Как я хочу изменить свой образ питания по окончании терапии:

- Продолжать пробовать продукты из списка пяти основных групп продуктов.
- Посещать больше мероприятий, связанных с приемом пищи (например, ходить на свидание в кафе).
- Попробовать приготовить блюда по новым рецептам.

**Завершение терапии.** Составив план предотвращения рецидивов, терапевт завершает последнюю сессию терапии на позитивной ноте, поблагодарив пациента за успешное лечение и выразив оптимистические ожидания относительно его будущего прогресса. Многие пациенты продолжают пробовать новые продукты и со временем приобретают новые вкусовые предпочтения, поэтому терапевт может сказать, что последняя сессия является своего рода окончанием обучения, после которого последует путь изучения продуктов длиною в жизнь.

## **Решение основных проблем, возникающих на четвертом этапе**

Что делать, если пациент не хочет завершать лечение? Существует множество данных, подтверждающих, что состояние пациентов с другими психическими расстройствами продолжает улучшаться даже после завершения когнитивно-поведенческой терапии. И хотя мы еще собираем информацию о долгосрочных результатах КПТ-ИОРПП, мы предвидим подобную тенденцию. Терапевту следует поделиться этой информацией с пациентом и выразить свою уверенность в том, что, используя навыки, приобретенные в рамках КПТ-ИОРПП, пациент сможет продолжать самостоятельно работать с симптомами ИОРПП. Другими словами, теперь пациент сам себе терапевт. Разумеется, врач может уверить пациента в том, что он всегда может прийти на мотивационную сессию, особенно в том случае, если у него действительно случится рецидив.



# Описание случаев использования КПТ-ИОРПП на практике

Следующие пять случаев приведены для того, чтобы проиллюстрировать использование КПТ-ИОРПП на практике. Хотя некоторые детали были изменены в целях конфиденциальности, все описанные симптомы, клинические дилеммы и интервенции КПТ-ИОРПП являются достоверными. Действительно, во всех пяти случаях описываются пациенты, которые проходили КПТ-ИОРПП в рамках нашей Программы лечения и исследования расстройств пищевого поведения в Массачусетской больнице общего профиля в Бостоне. Над лечением троих из них мы работали самостоятельно, еще двоих лечила наша коллега и терапевт, принимающая участие в исследовании КПТ-ИОРПП, — д-р философии Кендра Р. Бекер. Как вы увидите сами, пациенты принадлежат к различным демографическим группам по возрасту, полу и расовой/этнической принадлежности. Однако всем им был поставлен диагноз ИОРПП. Одни из них проходили лечение в рамках семейной терапии, а другие — индивидуальной. Некоторым помогла стандартная версия КПТ-ИОРПП, в то время как в работе с другими пришлось немного изменить стратегию лечения, не изменяя при этом основных принципов терапии. Все пациенты испытали значительное улучшение симптоматики к окончанию курса лечения и дали свое разрешение на то, чтобы их случаи были использованы в образовательных целях и были приведены в этой книге в качестве примера.

## Случай № 1. Одиннадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью (семейный формат КПТ-ИОРПП)

**Жалобы пациента при первичном обращении.** Эмили — 11-летняя девочка, которая обратилась за помощью в Программу лечения и исследования расстройств пищевого поведения в Массачусетской больнице общего профиля. Ее мать увидела репортаж об этом расстройстве в выпуске местных новостей и подумала, что его

описание соответствует тому чрезмерно избирательному пищевому поведению, которое уже долгое время наблюдалось у ее дочери. Во время первичного обращения Эмили призналась: “Я почти все время ем одни и те же продукты и чувствую себя не очень хорошо в связи с этим”. Мать рассказала, что раньше Эмили ела много разнообразных продуктов, но в возрасте 1,5 лет она стала отказываться от многих продуктов, употребляемых ранее. Исследование дневного рациона Эмили показало, что ее диета является очень однообразной и состоит в основном из злаковых продуктов высокой степени переработки. В течение месяца, предшествующего обращению за помощью, ее рацион выглядел так: соленые крекеры на завтрак; крекеры со вкусом сыра в качестве утреннего перекуса; лапша без добавок на обед; курица в кляре и жареный картофель на ужин; попкорн в качестве вечернего перекуса. Она не употребляла никаких фруктов, овощей и молочных продуктов на регулярной основе, а из белковых продуктов ела только курицу в кляре. Эмили описала некоторые психологические последствия ИОРПП: она отказывалась ночевать у друзей, ходить на вечеринки и посещать общественные мероприятия, включающие в себя прием пищи. Другие члены семьи дразнили Эмили за ее избирательность в питании, из-за чего она часто в слезах убегала в свою комнату. Ее родители рассказали, что им редко удается поехать в ресторане или съездить в отпуск всей семьей, так как любимые продукты Эмили могут оказаться недоступными, что приведет к повышенной тревоге у дочери и конфликту между членами семьи.

Перед тем как начинать лечение, терапевт направила Эмили к педиатру для проведения медицинского обследования. При росте 157,5 см вес Эмили составлял 41,5 кг (ИМТ = 16,7; 77 перцентиль для ее пола и возраста). Менструации еще не начались. Анализ крови показал ранее не диагностированный дефицит железа, даже несмотря на то, что Эмили ежедневно принимала мультивитамины в качестве компенсации своего скудного питания. В дополнение к этому врач выразила обеспокоенность тем, что Эмили употребляла недостаточное количество кальция, хотя анализ показал нормальный уровень. Когда Эмили сообщила, что при употреблении молочных продуктов у нее обычно возникали диарея, вздутие и метеоризм, врач дополнительно обследовала ее и поставила диагноз “непереносимость лактозы”. После этого врач посоветовала Эмили пить безлактозное молоко или употреблять добавки с лактазой (фермент, помогающий переварить и усвоить лактозу) перед тем, как есть молочные продукты. Во время этого визита Эмили также пожаловалась на запоры, что, как объяснила врач, является следствием недостаточного потребления клетчатки.

Несмотря на диагноз ИОРПП, Эмили оказалась очень умной и активной девочкой, отличницей, имеющей много друзей и получающей удовольствие от различных видов танцев. Эмили рассказала, что она очень хочет расширить свой рацион, объяснив это тем, что хочет ходить на вечеринки с друзьями и питаться вне дома.

Поскольку Эмили еще не достигла 16 лет, терапевт посоветовала семейный формат КПТ-ИОРПП. Так как у Эмили не было дефицита массы тела, терапевт запланировала курс лечения, состоящий из 20 сессий. В рамках третьего этапа будет проводиться работа только с повышенной сенсорной чувствительностью с целью достижения основной цели лечения — введения в рацион новых продуктов и увеличения пищевого разнообразия.

**Первый этап.** Отец Эмили часто бывал в отъезде, но все же смог присутствовать на обеих сессиях первого этапа вместе с матерью Эмили. Эмили и ее родители хорошо восприняли психообразовательную информацию об ИОРПП, после чего мать поделилась: “Это описание точь-в-точь соответствует поведению Эмили”. Так как Эмили уже и так употребляла три приема пищи и два перекуса в день, не было необходимости проводить интервенции, направленные на установление регулярного расписания приемов пищи. Составляя индивидуализированную формулировку, терапевт отметила, что, хотя ограниченный рацион девочки является довольно логичным в силу наличия повышенной сенсорной чувствительности, преимущественное потребление переработанных злаков делало употребление молочных и белковых продуктов, а также овощей и фруктов все более непривычным и затруднительным. Эмили признала, что ее избегание общественных мероприятий ограничивало возможность экспозиции с незнакомыми продуктами, часто употребляемыми ее друзьями. Это было особенно актуально в отношении пиццы, которую ее друзья часто употребляли на вечеринках, но которую сама Эмили есть не могла. С новым пониманием ИОРПП в конце второй сессии первого этапа Эмили поставила цель снова ввести в рацион два продукта, которые она раньше ела, но перестала употреблять, — горох на обед и смузи на завтрак в дополнение к крекерам.

**Второй этап.** В течение второго этапа и большинства оставшихся сессий Эмили приходила на прием только с матерью, так как ее отец часто бывал в отъезде. Однако, поскольку отец присутствовал на обеих сессиях первого этапа, он был знаком с принципами ИОРПП и планом лечения, поэтому мог поддержать Эмили в ее попытках ввести новые продукты в домашних условиях. Эмили быстро достигла своей цели введения смузи на завтрак, и к четвертой сессии смогла полностью заменить им соленые крекеры. Заполняя таблицу пяти основных групп продуктов, она определила несколько белковых продуктов, фруктов и овощей, которые она хотела бы попробовать в рамках КПТ-ИОРПП. Так как педиатр был очень обеспокоен недостаточным употреблением продуктов, содержащих кальций и железо, терапевт использовала раздаточные материалы о дефицитах питательных веществ и помогла Эмили определить, какие из продуктов, богатых железом (шпинат, говядина, нут и курица, приготовленная другими способами, помимо обжарки в кляре) и кальцием (безлактозное молоко, йогурт, сыр), Эмили хочет попробовать. В конце

четвертой сессии Эмили определила пять продуктов, которые хотела бы попробовать на следующей сессии (салат-латук, виноградный сок, клубника, арахисовое масло и изюм в глазури из йогурта), и запланировала принести небольшие порции этих продуктов для дегустации.

**Третий этап.** Терапевту повезло, так как ей придется работать всего с одним поддерживающим механизмом в течение третьего этапа — повышенной сенсорной чувствительностью. Терапевт начала пятую сессию, проведя технику пяти шагов и попросив Эмили посмотреть на продукт, потрогать его, понюхать, попробовать на вкус и прожевать. И так со всеми пятью продуктами, принесенными на прием. Во время выполнения этого упражнения Эмили была удивлена, что ни один из продуктов, принесенных ею, не был неприятен на вкус. Ей особенно понравился изюм в глазури из йогурта, и она решила ввести этот продукт в свой рацион, добавив его к завтраку три или четыре раза в течение следующей недели. Она также объявила, что хочет продолжить пробовать арахисовое масло и виноградный сок, используя технику пяти этапов в домашних условиях между сессиями. Стоит отметить, что Эмили не захотела продолжать пробовать клубнику и салат-латук, поэтому терапевт сказала, что она может отказаться от взаимодействия с теми продуктами, которые ей не понравились, в течение следующей недели, хотя в будущем может захотеть снова их попробовать. Терапевт отметила, что ей не пришлось прилагать никаких усилий для того, чтобы Эмили попробовала или ввела в рацион определенные продукты; она лишь следила за тем, чтобы Эмили выбирала продукты из всех основных групп. Эмили пришла на шестую сессию и сообщила, что смогла ввести в рацион изюм в глазури из йогурта и практиковалась с арахисовым маслом. Она забыла о том, что хотела также практиковаться с виноградным соком, но спонтанно попробовала стейк, находящийся в списке продуктов, богатых железом, которые Эмили выбрала для дегустации в рамках терапии. Терапевт похвалила Эмили за то, что она самостоятельно попробовала стейк за пределами кабинета терапевта, обратив внимание на то, как стратегии, которые она изучила в рамках КПТ-ИОРПП, помогли Эмили по-другому относиться к незнакомым продуктам. Терапевт также подчеркнула важность того, чтобы Эмили пробовала только те продукты, которые выбрала сама, и помогла Эмили и ее матери разработать стратегии, позволяющие пациентке не забывать пробовать эти продукты между сессиями (например, поставить напоминание в смартфоне). Эмили продолжала пробовать новые продукты на каждой сессии и, как это часто бывает во время проведения третьего этапа КПТ-ИОРПП, стала чувствовать себя намного комфортнее, пробуя новые продукты между сессиями дома. На шестой сессии она попробовала голубику, кукурузу, мягкий кренделек, огурец и куриную грудку без кляра. На седьмой сессии она попробовала брокколи, моцареллу, картофельное пюре, стейк и помидор. На восьмой сессии она попробовала шпинат, кешью, хумус, малину и дыню

канталупу. Каждый раз, когда Эмили ела молочные продукты, ее мать давала ей добавку лактазы, чтобы экспозиция прошла без неприятных последствий.

К тому времени как Эмили попробовала 15 новых продуктов в рамках сессий и 3 новых продукта (стейк, салат и арбуз) спонтанно дома, терапевт снова продемонстрировала схему MyPlate и предложила Эмили подумать над тем, как она может ввести те продукты, которые она уже попробовала, в свои регулярные приемы пищи и перекусы. На сессиях с девятой по четырнадцатую Эмили продолжала пробовать овощи, фрукты и белковые продукты и, что еще важнее, достигла значительного успеха в том, чтобы ввести продукты из этих групп в свой ежедневный рацион. Например, она добавила шпинат к лапше, которую ела на ужин, а на обед стала употреблять стейк с салатом. Во время перекуса она, вместо крекеров со вкусом сыра, начала есть такие фрукты, как дыня канталупа, киви и арбуз. Она стала более смелой в том, какие продукты она выбирала для дегустации в рамках сессии, и начала приносить смешанные продукты, такие как такос с курицей и паста мари-нара с фрикадельками, перестав ограничивать себя только лишь отдельными продуктами, представленными в таблице пяти основных групп продуктов. Окончание третьего этапа совпало с началом нового учебного года, и Эмили с гордостью отметила, что она настолько увеличила разнообразие своей диеты, что сможет впервые в жизни есть обед в школьной столовой. Мать Эмили рассказала, что начала учить дочь использовать нож для нарезки жесткой пищи на маленькие кусочки, так как ранее она употребляла преимущественно пищу, которую едят руками, либо же мягкие продукты, которые можно с легкостью разделить вилкой. Эмили также начала чаще ходить в гости к друзьям и есть пищу, которую подают в их домах. Эмили с радостью сообщила, что она стала ночевать у друзей, а также есть пиццу и маффины вместе с ними. Также стоит отметить, что члены семьи заметили увеличившееся разнообразие рациона Эмили и перестали дразнить ее. К пятнадцатой сессии Эмили и ее мать согласились, что Эмили добилась значительных успехов, и решили перейти к четвертому этапу, закончив третий этап преждевременно (после проведения в общем счете 17 сессий) для того, чтобы Эмили могла посвятить больше времени школьным занятиям, танцам и другим видам деятельности.

**Четвертый этап.** На 16 и 17 сессиях терапевт рассмотрела заполненную таблицу пяти основных групп продуктов, чтобы определить, какие из продуктов Эмили успешно ввела в рацион и какие из продуктов, выбранных пациенткой, еще предстоит попробовать. Эмили отметила, что смогла ввести в рацион 20 новых продуктов, включая несколько видов фруктов (дыня канталупа, арбуз, голубика, виноград, изюм), овощей (брокколи, кале, салат ромэн, шпинат, помидоры, кукуруза, картофель, огурцы), белковых (говядина, курица-гриль, гамбургер) и молочных (безлактозное молоко, йогурт, пицца) и злаковых (маффины) продуктов. Благодаря сотрудничеству терапевта с педиатром и стратегическому подбору продуктов,

которые пациентка хотела попробовать в рамках третьего этапа, теперь она употребляет несколько продуктов, богатых железом и кальцием, а также принимает соответствующие меры по предотвращению симптомов непереносимости лактозы. Приемы пищи Эмили состоят не исключительно из злаковых продуктов, а более соответствуют соотношению продуктов из различных групп, изображенному в схеме MyPlate. Разумеется, она продолжает по случаю употреблять те продукты, которые любила раньше (она ест курицу в кляре и картофель фри один раз в неделю, а не каждый день). Эмили также определила несколько продуктов, которые она хочет попробовать в будущем, после окончания лечения. Терапевт объяснила, что взрослые люди обычно употребляют более разнообразный набор продуктов, чем дети, а также посоветовала Эмили и дальше использовать навыки, приобретенные в рамках КПТ-ИОРПП, для предотвращения рецидивов и продолжать пробовать новые продукты и расширять свой рацион в течение всей жизни. Эмили поставила цель пробовать по одному продукту в неделю в течение нескольких последующих месяцев. Составляя план по предотвращению рецидивов, Эмили и ее мать выделили несколько стратегий КПТ-ИОРПП — самостоятельное использование техники пяти шагов при дегустации новых продуктов, употребление маленьких кусочков продукта, которые Эмили пробует впервые, считает полезными и хочет продолжать есть по завершении терапии.

**Результаты и выводы.** После проведения 17 сессий КПТ-ИОРПП Эмили достигла успеха в увеличении пищевого разнообразия, увеличив количество продуктов, употребляемых на регулярной основе, более чем в два раза. Важно, что введенные в рацион продукты принадлежат к тем группам продуктов, которые были недостаточно представлены в диете пациентки в начале лечения (овощи, фрукты и белковые продукты), включая несколько продуктов, выбранных для восполнения нехватки питательных веществ. Хотя Эмили начала пробовать новые продукты в рамках сессии на ранних этапах лечения, она довольно быстро стала делать это и дома, включая значительные порции в свои привычные приемы пищи и перекусы. Во второй половине лечения пациентка сообщила, что психологические проблемы начали снижаться по мере увеличения пищевого разнообразия. Ее прогресс также был заметен при проведении оценки по специальным опросникам. Например, беспокойство Эмили о еде снизилось с отметки 5 баллов на первой сессии (пациентка согласилась с высказыванием о том, что она зачастую решает, что пища ей не понравится, даже не попробовав ее) до 2,2 балла на 17 сессии (отрицание этого и других проявлений) согласно опроснику о пищевом поведении у взрослых. Более того, она набрала максимальное количество баллов, согласившись с высказыванием о том, что она чувствует себя некомфортно, пробуя новые продукты, однако на 17 сессии она полностью опровергла это утверждение.

Физическое здоровье Эмили также улучшилось в ходе лечения. К 17 сессии она перестала жаловаться на запоры, а нехватка железа была восполнена. Хотя Эмили имела нормальный рост и вес и до начала лечения, ее рост увеличился на 4 см, а вес — на 5 кг. С ИМТ, равным 17,9, пациентка стала соответствовать 47 перцентилю для ее пола и возраста. К 15 сессии у нее начались менструации. В отличие от пациентов с нервной анорексией, Эмили была очень рада увеличению роста и веса, а также началу менструаций. Временами она радостно сообщала терапевту о наборе веса, когда узнавала об этом между сессиями. Рост и физическое взросление Эмили в ходе КПТ-ИОРПП иллюстрируют, как сложно определить до начала лечения, поможет ли увеличение объема потребляемой пищи пациентам с избирательностью в питании так же, как и увеличение разнообразия. Действительно, хотя набор веса и не являлся одной из основных целей в случае с Эмили, и она не проходила модуль отсутствия интереса к пище в рамках КПТ-ИОРПП, оказалось, что благодаря терапии она смогла вернуться к той траектории роста и набора веса, которая наблюдалась до болезни.

Подводя итог, можно сказать, что Эмили — это пример молодой пациентки с высоким уровнем мотивации и с легкой формой заболевания со всего одним поддерживающим механизмом и отсутствием психиатрической коморбидности. Все эти факторы стали причиной быстрого прогресса в КПТ-ИОРПП. Ниже мы приводим примеры более тяжелых случаев ИОРПП с несколькими поддерживающими механизмами, дополнительной психиатрической и медицинской коморбидностью и менее линейным курсом лечения

**Случай № 2.** Тринадцатилетний пациент с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и недостаточной массой тела (семейный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии)

Жалобы пациента при первичном обращении. Роб — 13-летний пациент, которого срочно направил в клинику расстройств пищевого поведения его педиатр, заподозривший у пациента ИОРПП. Во время первого обращения вес Роба составлял 41 кг при росте 166 см (ИМТ = 14,7, <1 перцентиля для его возраста и пола). Роб жил с матерью и двумя братьями (11 и 16 лет). Его родители были в разводе, но Роб регулярно виделся с отцом. Мать Роба рассказала, что у него наблюдались проблемы с пищеварением, начиная с преддошкольного возраста. Она объяснила, что Роб всегда был привередлив в еде и находился под наблюдением детского гастроэнтеролога с восьми лет из-за таких жалоб, как боли в животе, плохой аппетит, диарея и запор. Рассматривая таблицы роста пациента, терапевт заметила, что вес Роба находился в рамках 5–10 перцентилей, начиная с восьмилетнего возраста. В 12 лет его вес внезапно поднялся выше 50 перцентиля. Это произошло, когда у пациента

диагностировали болезнь Крона и прописали стероиды, но его вес вернулся к прежнему значению, когда лекарство отменили после того, как симптомы были купированы. Мать Роба сообщила, что Роб начал избегать употребления многих продуктов и потерял настолько значительное количество килограммов, что его ИМТ опустился ниже 1 перцентиля. Хотя детский гастроэнтеролог, наблюдающий Роба, сообщил, что ко времени проявления симптомов пищевого расстройства болезнь Крона была в стойкой ремиссии, у Роба продолжались проблемы с приемом пищи. Мать Роба рассказала, что он часто отказывался есть — даже ту пищу, которую сам попросил — и во время приемов пищи обзывал ее и своих братьев ругательными словами: “Время ужина — самое ужасное время в нашем доме. Я наперед знаю, что они подерутся”.

Питание Роба было очень хаотичным. Он часто пропускал завтрак, пропускал обед в школе и только перекусывал, вернувшись домой, а также пропускал ужин в больше, чем половине случаев за неделю, а в качестве вечернего перекуса съедал порцию мороженого или пакетик кукурузных чипсов. Мать Роба собирала ему обед в школу, кладя сэндвич с арахисовым маслом, низкокалорийный спортивный напиток и пакетик крекеров, но он часто приносил еду домой нетронутой. Две порции такос с говядиной были привычным ужином для Роба, да и то только в том случае, когда матери удавалось уговорить его поесть. И хотя Роб мог есть некоторые продукты из всех пяти групп, включая фрукты (груши, бананы, яблоки, клубнику и изюм), овощи (зеленый горошек на пару, кукуруза, морковь и жареный картофель), белковые (свинная вырезка, стейк, говяжий фарш, курица в кляре, арахисовое масло и вяленая говядина), молочные (мороженое, сыр, цельное молоко и соевое молоко с шоколадным вкусом) и злаковые (макароны, кукурузные чипсы, пшеничный хлеб, пицца, крекеры и гренки), их разнообразие было все же довольно ограниченным. Глядя на примерный дневной рацион Роба, терапевт поняла, что он не употреблял все эти продукты на регулярной основе. В дополнение к этому мать Роба рассказала, что она давала сыну один высококалорийный питательный напиток в день по совету гастроэнтеролога и участкового врача, чтобы помочь ему набрать вес.

Пищевое поведение Роба было усложнено многочисленными психиатрическими коморбидностями. В три года у Роба обнаружили гиперкинез (повышенная мышечная деятельность) и импульсивность, у него возникли сложности со следованием правилам и ограничениям, он стал нуждаться в постоянном переключении внимания и начал действовать импульсивно под влиянием эмоций. Его исключили из двух групп по подготовке к школе из-за плохого поведения и низких показателей. В детском саду у него также проявлялись проблемы с поведением и обучаемостью, а в первом классе школы ему поставили диагноз “синдром дефицита внимания и гиперактивности”. По мере взросления у Роба проявились симптомы депрессии и тревоги, включая раздражительность и ангедонию (равнодушие к радостям

жизни). К моменту обращения за помощью в лечении ИОРПП Роб получал самые низкие оценки по каждому из школьных предметов, не ходил на кружки и секции, и у него было мало друзей. Его мать описала его настроение как раздражительное, оппозиционное и депрессивное. Она сказала, что он часто хлопает дверью, использует ненормативную лексику, кричит, а также шлепает и толкает ее. Все из вышеперечисленного является примером вызывающего оппозиционного поведения. И хотя в прошлом семья обращалась за помощью к трем разным терапевтам, поведенческие симптомы Робба остались неизменными.

Пищевое поведение Робба подходило под критерии ИОРПП, приведенные в *DSM-5*, включая очень серьезное отсутствие интереса к приему пищи и некоторую степень сенсорной чувствительности относительно вкуса, текстуры и запаха пищи. И хотя мать Робба была обеспокоена тем, что он ел слишком мало из-за болей в кишечнике и запоров, сам Роб отрицал наличие травмирующего опыта, ставшего причиной пищевых ограничений. Поэтому терапевт определил, что у пациента также присутствует еще один поддерживающий механизм ИОРПП — страх неприятных последствий. Роб также отрицал какую-либо обеспокоенность образом тела: “Я знаю, что мне нужно набрать вес”. Хотя Роб оставался отстраненным и принял защитную позицию во время первого обращения и на большинство вопросов отвечал “Я не знаю” или просил спросить это у матери, он все же был обеспокоен тем, что он “слишком худой и слабый”, а потому выразил желание участвовать в терапии.

**Первый этап.** Так как Робу было всего 13 лет и ему необходимо было набрать значительный вес, терапевт предложила семейный формат КПТ-ИОРПП. Поскольку родители Робба были в разводе, они решили, что не смогут совместно присутствовать на сессиях. Терапевт согласилась, что Роб может посещать большинство сессий с матерью, а отец присоединится только в самых необходимых случаях, таких как семейный прием пищи. Для того чтобы достигнуть здоровой массы тела, по расчетам участкового врача Робба, ему необходимо набрать 11–13 кг, поэтому терапевт попросила ввести определенные изменения в питание Робба уже на первой сессии. Роб выглядел скучающим во время рассмотрения симптомов ИОРПП, давая расплывчатые ответы на вопросы терапевта и проводя большую часть времени, уткнувшись в смартфон или препираясь с матерью. Однако он согласился заменить низкокалорийный спортивный напиток (предпочитаемый продукт) более высококалорийной версией, а его мать согласилась снова ввести в рацион фруктовые соки (продукт, который пациент перестал употреблять недавно), которые раньше нравились Робу.

Роб не смог набрать вес ко второму визиту. Терапевт обсудила с Робом и его матерью то, какие продукты он может употреблять для набора веса, а Роб сказал, что хочет мороженое и гоголь-моголь. Хотя мать Робба изначально переживала из-за того, что он ест слишком много “вредных продуктов”, терапевт подчеркнула, что

пациенту очень сложно набирать вес и легче будет достичь этого при помощи тех продуктов, которые Роб любит есть. Мать согласилась ежедневно давать Робу гоголь-моголь и молоко всю неделю, предшествующую следующей сессии. В дополнение к этому терапевт помогла Робу и его матери создать систему денежного вознаграждения, чтобы повысить мотивацию пациента относительно употребления пищи. Роб будет получать один доллар каждый день, когда сможет полностью съесть всю поданную пищу.

Во время создания индивидуализированной формулировки Роб признался, что его больше беспокоит плохое настроение, а не пищевое поведение. Терапевт объяснила ему, что депрессия и раздражительность могут быть вызваны недостаточным питанием. Терапевт рассказала, что, наверняка, у Роба всегда был плохой аппетит (биологическая уязвимость), что мешало ему употреблять достаточно пищи. Так как он редко испытывал чувство голода и насыщался быстрее, чем другие люди, Роб предпочитал есть только те продукты, которые ему действительно нравятся. Со временем это привело к тому, что он стал употреблять очень ограниченный набор продуктов, а те продукты, которые ему не очень нравились, становились все более неприятными на вкус и запах. Более того, постепенно Роб устал от употребления одних и тех же продуктов — из-за возникновения сенсорно определяемого насыщения — и его интерес к приему пищи снизился еще больше. Терапевт объяснила, что, возможно, Роб был обеспокоен питанием после того, как испытал симптомы болезни Крона, и, даже если пищевые ограничения не были осознанными, они усугубили и без того низкий интерес к приему пищи. Терапевт рассказала Робу, что последствиями недостаточной массы тела могут быть плохое настроение, усталость, социальная изоляция, а также сложности с концентрацией внимания.

Вес Роба начал увеличиваться к концу первого этапа, так как его мать ежедневно давала ему высококалорийные предпочитаемые продукты, такие как гоголь-моголь, цельное молоко, молочные коктейли и пудинг. Благодаря денежному вознаграждению Роб стал более регулярно есть завтрак, обед в школе, а также по меньшей мере два из трех перекусов, рекомендованных его врачом. Более того, ему понравились разные вкусы мороженого, что позволило избежать возникновения сенсорно определяемого насыщения при употреблении молочных коктейлей. Также Роб выразил готовность увеличить пищевое разнообразие, начав снова употреблять груши и клементины, а также согласившись заменить картофель фри жареным бататом.

Отец Роба посетил последние две сессии первого этапа и присутствовал на семейном приеме пищи, в рамках которого Роб съел сэндвич из целого багета, выпил бутылку высококалорийного спортивного напитка и попробовал два кусочка киви (новый продукт). Роб хотел перестать есть, когда съел сэндвич лишь наполовину, но родители совместно смогли уговорить его съесть весь сэндвич. Они также

обсудили способы, которые помогут Робу есть дома у матери и отца, включая запрет на использование смартфона за столом, дополнительное денежное вознаграждение, увеличение скорости приема пищи, а также приготовление пищи заранее.

**Второй этап.** Во время рассмотрения основных дефицитов, наблюдающихся при ИОРПП, мать Роба сообщила, что у него выявили нехватку витамина D, железа и фолиевой кислоты. Терапевт использовала таблицу пяти основных групп продуктов, показав Робу, какие продукты он может употреблять, чтобы восполнить эти дефициты. Несмотря на нехватку питательных веществ, терапевт решила начать третий этап с работы над отсутствием интереса к приему пищи. Робу все еще необходимо было набрать более 6 кг, и он уже начал увеличивать пищевое разнообразие, так как начал есть чаще и ему необходимо было употреблять разные продукты, чтобы не устать от своих предпочитаемых блюд. К концу второго этапа мать Роба помогла ему снова начать употреблять курицу в кляре, бекон, сырую морковь и сухой завтрак, а также Роб успешно попробовал тортеллини с соусом из овощей. Эти изменения в диете Роба, а также введение в рацион цельного молока (с повышенным содержанием витамина D) помогли начать восполнять существующую нехватку питательных веществ.

**Третий этап.** Роб стал намного более заинтересован в процессе терапии во время первых пяти сессий модуля отсутствия интереса. Он был очень вдохновлен перспективой проведения интероцептивной экспозиции таким физическим ощущением, как вздутие, тошнота и чрезмерное чувство сытости. Ему понравилось возвращаться на стуле (в работе с тошнотой), но выпить залпом несколько стаканов воды и максимально сильно выпятить живот ему оказалось довольно сложно. При первой экспозиции ему удалось выпить всего полтора стакана воды, прежде чем он почувствовал чрезмерную сытость, и он выразил опасение о том, что его может вырвать после выпячивания живота в течение всего 30 с. В течение этого модуля Роб проводил интероцептивную экспозицию вздутию живота и чувству сытости в начале каждой сессии, а также получил задание практиковать эти упражнения дома три раза в неделю. Также на каждой сессии этого модуля Роб употреблял порции своих предпочитаемых продуктов, используя технику пяти шагов сразу после проведения интероцептивной экспозиции. При помощи терапевта Роб составил список любимых продуктов (бекон, кексы, картофельные чипсы, домашнее печенье с шоколадной крошкой, курица в кляре, конфеты, брауни), и его мать приносила на каждую сессию по меньшей мере три продукта из этого списка. Терапевт подчеркнула то, как Роб ощущал чрезмерную сытость сразу же после проведения интероцептивной экспозиции, но при этом мог найти место в желудке для своей любимой еды через некоторое время. К концу этого модуля Роб смог выпить девять полных стаканов воды, после чего мог выпячивать живот в течение более

трех минут, съесть все свои любимые продукты из принесенных матерью на прием, а потом прийти домой и поужинать. Более того, мать сообщила, что Роб впервые в жизни начал просить поесть — раньше он ел только в том случае, если мать сама предлагала ему еду, и то не всегда.

И хотя Роб был более заинтересован во время этого модуля третьего этапа, его внимание и поведение порой затрудняли восприятие материала, предоставляемого во время сессий. Например, он очень часто отвлекался, задавая вопросы, не относящиеся к теме сессии, ложился и закрывал глаза, игнорировал мать и терапевта, пользовался смартфоном, намеренно раздражал свою мать, толкая, обзывая и перебивая ее, а также посылая ей гневные взгляды. Однако терапевт делала все возможное для того, чтобы игнорировать это нежелательное поведение, и уделяла больше внимания тому, чтобы донести до Роба, что подобное поведение не позволит ему избежать выполнения заданий терапии. В результате Роб всегда ел и выполнял экспозиции в рамках сессии, а терапевт смогла составить стратегию, помогающую переносить нежелательное поведение, не подкрепляя его.

К 11 сессии Роб смог набрать 9 кг, а также пациент и его мать заметили, что Роб стал более охотно есть во время приемов пищи и употреблял больше калорий при каждой возможности. Терапевт согласилась, что Роб готов перейти к модулю сенсорной чувствительности. В течение этого модуля вызывающее оппозиционное поведение Роба все так же проявлялось, однако это происходило в менее разрушительной манере. Например, в начале модуля он преднамеренно выбрал самые необычные продукты — такие как капуста бок-чой и ягоды годжи — для того, чтобы его матери было сложно отыскать их в продуктовом магазине. Однако, получив возможность попробовать выбранные продукты, он более охотно начал пробовать продукты, предложенные его матерью, такие как авокадо, шпинат и арбуз. Роб и его мать установили отдельную систему денежного вознаграждения за практику с новыми продуктами, а терапевт проследила за тем, чтобы Роб получал сиюминутное подкрепление после дегустации новых продуктов. Роб продолжал получать вознаграждение каждый день, когда съедал все приемы пищи и перекусы, а также дополнительно получал 1 доллар каждый раз, когда пробовал или вводил в рацион новый продукт (обычно во время ужина). К концу этого модуля Роб начал употреблять довольно разнообразный набор продуктов из каждой группы, а также смог ввести в рацион 16 продуктов, включая английские булочки, голубику, печеный картофель, свиные котлеты, яблоки, капусту бок-чой, ягоды годжи, киви, шпинат, сладкий перец, белую мускатную дыню, лимоны, огурцы, манго, ананас и сельдерей с арахисовой пастой.

Несмотря на набор веса и увеличение пищевого разнообразия, настроение Роба оставляло желать лучшего, и он продолжал временами бросать еду в свою мать и использовать ненормативную лексику в общении с ней. У него также не было

никаких заметных успехов в социальном плане, и он продолжал получать самые низкие оценки по всем школьным предметам. Ближе к концу третьего этапа Роб снова начал проявлять сопротивление во время приема пищи и иногда отказывался доедать порцию до конца. Его мать обеспокоилась тем, что он начнет терять вес, поэтому снова ввела в рацион сына высококалорийные напитки (не посоветовавшись с терапевтом), тем самым снизив ожидание относительно того, что ее сын должен съедать всю подаваемую еду и перекусы. В результате во время сессии Роб сказал своей матери, что он скорее умрет от голода, чем будет есть, когда она “допускает” его. С учетом того, что Роб значительно расширил свой рацион, смог набрать вес и продемонстрировал, что способен регулярно питаться, терапевт и его мать согласились поработать с его проблемным поведением в рамках терапии поведенческого управления, помогающей добиться значительного уменьшения симптомов депрессии, оппозиционного поведения, а также проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

**Четвертый этап.** Роб завершил КПТ-ИОРПП по прошествии 18 сессий. В рамках четвертого этапа была проведена всего одна сессия. Большая часть плана по предотвращению рецидивов заболевания включала в себя работу с новым терапевтом, специализирующимся в работе с настроением и вызывающим оппозиционным поведением. Терапевт, проводившая КПТ-ИОРПП, валидировала разочарование матери Робса относительно его поведения и ее усталость от необходимости постоянно контролировать питание сына. При этом терапевт подчеркнула неэффективность таких временных решений, как употребление добавок в виде напитков и пропуск приемов пищи, в достижении долгосрочных целей терапии. Терапевт отметила, что замена приемов пищи высококалорийными напитками приводит к уменьшению пищевого разнообразия и может негативно отразиться на аппетите, а также снижает возможность участия в социальных мероприятиях, связанных с приемом пищи. Мать Робса проявила понимание и сказала, что постарается убрать высококалорийные напитки из рациона, однако не была уверена в том, что ей удастся это сделать.

**Результаты и выводы.** К концу терапии Роб набрал 12 кг, а его рост увеличился на 5 см. При росте 170 см он весил 53 кг (ИМТ=18,0; 25 перцентиль; в рамках здоровой массы тела). У него все еще присутствовали определенные проблемы во время приема пищи, и он время от времени употреблял пищевые добавки в виде напитков, однако, по мнению его матери, причиной этих сложностей являлось оппозиционное поведение Робса, а вовсе не ИОРПП. Более того, большую часть калорий и питательных веществ Роб все же теперь получал из продуктов питания, а не из пищевых добавок. К концу лечения Роб употреблял более чем по 10 продуктов в рамках каждой из пяти основных групп, при этом все дефициты были восполнены. Более того, ни Роб, ни его мать не волновались насчет болей в животе или

необходимости немедленно пойти в туалет сразу после приема пищи, а симптомы болезни Крона оставались в ремиссии в течение всего курса КПТ-ИОРПП.

Хотя у Роба присутствовали два поддерживающих механизма — отсутствие интереса к приему пищи или пище в целом и повышенная сенсорная чувствительность, — чтобы набрать вес, сперва необходимо было выполнить задания модуля отсутствия интереса. Питаясь регулярно и используя interoцептивную экспозицию для увеличения толерантности к чувству сытости, Роб сообщил, что его чувство голода усилилось. По мере увеличения аппетита Роб стал более склонен к употреблению тех продуктов, которые он ел ранее, но потом перестал, в противовес употреблению большего количества одних и тех же продуктов, от которых он быстро уставал. Повторное введение продуктов, ранее исключенных из рациона, помогло увеличить пищевое разнообразие, что позволило Робу начать употреблять адекватное количество пищи, так как он перестал испытывать сенсорно определяемое насыщение, и помогло добиться успехов на ранних этапах терапии благодаря введению новых продуктов в рамках модуля повышенной сенсорной чувствительности. В случае с некоторыми пациентами работа с одним из поддерживающих механизмов может положительным образом повлиять на другие, увеличивая эффективность последующих модулей третьего этапа.

Случай Роба был довольно сложным в силу наличия нескольких медицинских и психологических коморбидностей, дополняющих ИОРПП. Однако предыдущий опыт в терапии показал, что Роб не был готов к поведенческому управлению, возможно, из-за того, что дефицит массы тела и нехватка питательных веществ негативным образом влияли на его способность принимать активное участие в решении проблем с поведением. Более того, недостаточная масса тела маскировала истинную степень тяжести синдрома гиперактивности и дефицита внимания, а также плохого настроения. Поэтому первым и самым важным этапом стало восстановление здоровья пациента посредством достижения здоровой массы тела и увеличения пищевого разнообразия. Однако проводить работу, направленную непосредственно на избавление от симптомов ИОРПП, оказалось довольно сложно, и терапевту зачастую хотелось уделить внимание решению других проблем поведенческого характера. Игнорируя вспышки плохого поведения и настаивая на том, чтобы Роб и его мать следовали плану лечения и достижению поставленных целей, терапевту удалось помочь пациенту успешно завершить курс КПТ-ИОРПП. Успехи, достигнутые в рамках лечения, помогли пациенту перейти на следующий уровень личной терапии, находясь в гораздо лучшем состоянии физического и ментального здоровья. Теперь, как надеется терапевт, он сможет добиться улучшений и в других жизненных сферах. Подводя итог всему вышесказанному, можно отметить, что КПТ-ИОРПП подходит даже для пациентов с серьезной психиатрической и медицинской коморбидностью, но лишь в том случае, если терапевт сможет

сохранять сосредоточенность на работе с симптомами ИОРПП, понимать возможную взаимосвязь между ИОРПП и сопутствующими психиатрическими расстройствами, и не позволит пациенту срывать сессии КПТ-ИОРПП.

**Случай № 3.** Шестнадцатилетняя пациентка с повышенной сенсорной чувствительностью, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом, сопутствующим компульсивным перееданием и ожирением (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) (терапию проводила Кендра Р. Бекер, д-р философии)

**Жалобы пациента при первичном обращении.** Майя — 16-летняя девочка-мулатка, обратившаяся за помощью в связи с тем, что употребляла очень ограниченный набор продуктов, что, в свою очередь, приводило к сложностям с приемом пищи в окружении других людей, низкой самооценке, а также неуверенности в том, стоит ли ей ехать учиться в колледж. Майя рассказала, что она обычно не ест в школе, в ресторанах или вместе с членами своей семьи, так как переживает, что ее любимые продукты будут недоступны или что другие люди осудят ее выбор продуктов. “Я испытываю очень сильную тревогу, связанную с употреблением продуктов, которые я обычно не ем или употребление которых мне неприятно”, рассказала пациентка. Майя и ее мать сообщили, что избирательность в питании проявилась у девочки приблизительно в двухлетнем возрасте. Рацион Майи на момент первого обращения состоял преимущественно из злаковых (макароны, сухие завтраки, рогалики, крекеры, батончики-мюсли, протеиновые батончики, овсянка, хлеб, картофельные чипсы, кукурузные чипсы) и молочных (сырная пицца, кесадилья с сыром, макароны с сыром, йогурт, молоко, мороженое) продуктов. В ее рационе совсем не было белковых продуктов, за исключением арахисового масла. И хотя Майя утверждала, что она вегетарианка, девушка вовсе не ела овощи. Она объяснила это тем, что ей не нравилась определенная текстура, присущая овощам и фруктам: “продукты, которые остаются твердыми, как бы ты их ни жевал”.

Другой особенностью случая Майи было то, что она часто выжидала в течение очень продолжительного времени (до 7 часов) между приемами пищи. Она очень редко ела в школе из-за смущения, вызванного ограниченностью рациона, сложностей в составлении обеда и плохого аппетита. Мать Майи утверждала, что пациентке необходимо напоминать о том, что пора поесть, даже когда она находится дома. В сочетании с периодами ограничительного пищевого поведения Майя также испытывала приступы переедания дважды в неделю: “Я начинаю есть и не могу остановиться”. В рамках эпизода переедания она могла съесть половину большого пакета картофельных чипсов, большой пакет крекеров со вкусом сыра и 1-2 порции мороженого. У нее также наблюдались такие симптомы, связанные с приступообразным перееданием, как быстрое поглощение пищи, прием пищи

при отсутствии чувства голода, употребление пищи до ощущения дискомфортной сытости или чувства отвращения, а также употребление пищи в одиночестве из-за чувства стыда.

В отличие от типичных пациентов с ИОРПП Майя рассматривала вес и фигуру в качестве основных показателей своей ценности: “Я хочу похудеть. Временами я просто ужасно чувствую себя из-за того, как выгляжу”. Вес Майи был избыточным при первом обращении (76 кг при росте 162 см; ИМТ=28,8; 94 перцентиль). У нее наблюдались поведенческие проявления нарушенного образа тела, включая постоянную проверку объемов тела (разглядывание тела в зеркале, сравнение своего тела с телами других людей, просмотр старых фотографий, взвешивание по нескольку раз в день) и избегающее поведение (примерка нескольких нарядов каждое утро перед тем, как выйти из дому, а также избегание зеркал). Она набрала 4,9 из 6 баллов по опроснику “Оценка расстройств пищевого поведения” и 30 из 48 баллов по опроснику “Оценка клинической патологии”. Эти результаты дали понять, что пациентка испытывает клинически серьезные последствия, вызванные расстройством пищевого поведения.

Симптомы Майи подходили под критерии ИОРПП, приведенные в *DSM-5*, и соответствовали средней тяжести заболевания с незначительной сенсорной чувствительностью по отношению к вкусу и текстуре продуктов, а также с умеренным отсутствием интереса к приему пищи. Однако озабоченность пациентки весом и фигурой не были симптомами ИОРПП, что позволило рассматривать эти проявления в качестве симптомов приступообразного переедания средней степени тяжести (*DSM-5*). Так как *DSM-5* отрицает возможность одновременного проявления симптомов ИОРПП и приступообразного переедания, медицинский сотрудник, проводивший первичное обследование, диагностировал ИОРПП, но отметил, что приступообразное переедание Майи также нуждается во внимании терапевта во время лечения.

Хотя Майе было всего 16 лет, и она все еще жила с родителями, девушка проявляла полное понимание того, насколько губительно симптомы ИОРПП сказывались на качестве ее жизни, и у нее была высокая мотивация относительно увеличения пищевого разнообразия. У нее не было дефицита массы тела, а значит, необходимость в наблюдении родителями за приемами пищи отсутствовала. Поэтому терапевт порекомендовала курс КПТ-ИОРПП, состоящий из 20 сессий.

**Первый этап.** После обсуждения диагноза ИОРПП терапевт совместно с Майей составила индивидуализированную модель, иллюстрирующую то, как симптомы ИОРПП возникли, что поддерживает их, и как они влияют на настроение и образ тела пациентки. Поскольку Майя была против значительных изменений в текстуре, запахе, вкусе и внешнем виде потребляемых продуктов, можно было

предположить, что она испытывала повышенную сенсорную чувствительность при употреблении пищи (у нее наблюдалась биологическая предрасположенность). После того как Майя несколько раз пыталась попробовать новые продукты (яблоки, бананы) и поняла, что их вкус и текстура отвратительны, она начала избегать употребления всех подобных продуктов. Из-за того, что ощущения, связанные с употреблением новых продуктов, были очень интенсивными, Майя стала отдавать предпочтение только знакомым продуктам и начала испытывать тревогу при дегустации новых продуктов, так как боялась, что они ей не понравятся и этим она разочарует своих родителей. Чем больше пациентка избегала употребления новых продуктов, тем сложнее ей давалась сама мысль об употреблении каких-то других продуктов, несмотря на возрастающее желание расширить свой рацион. Хотя избегание незнакомых продуктов помогло Майе воздерживаться от контакта с пищей с неприятным запахом и текстурой, она устала от употребления одних и тех же продуктов и получала все меньше удовольствия от приема пищи. Девушка пропускала приемы пищи, чтобы избежать приступа тревоги, связанного с необходимостью выбора продуктов, либо ела одни и те же продукты в течение всего дня. Со временем пациентка стала питаться менее регулярно, что привело к угасанию сигналов голода и сытости. Майя также стала замечать, что ее друзья питаются гораздо разнообразнее, чем она, и это приводило к возникновению чувства стыда. Поскольку она не испытывала чувства голода через равные промежутки времени, было довольно просто пропускать приемы пищи. Избегание приемов пищи в школе и семейных приемов пищи позволяло ей уклоняться от предложений попробовать что-то новое. Пациентка также избегала посещения большинства общественных мероприятий, связанных с приемом пищи (званых ужинов, торжеств). Изоляция не только уменьшила возможность экспозиции с новыми продуктами, но также привела к переживаниям, связанным со страхом потерять друзей.

Хотя Майя редко испытывала чувство голода и почти не проявляла интереса к приему пищи, ее тело все же нуждалось в калориях. В результате после длительных ограничений в питании она срывалась на своих любимых продуктах и переедала. Увеличенное потребление высококалорийных продуктов с высоким содержанием жира и сахара вызывало страх набора веса, чувство вины, связанное с питанием, а также позывы компенсировать переедание. Все это привело к тому, что те продукты, которые Майя могла есть и не ощущать при этом сенсорного дискомфорта, вызывали у нее страх набора веса. Не имея возможности ввести в рацион менее калорийные продукты, Майя начала ограничивать количество потребляемой пищи, чтобы потреблять меньше калорий. Однако, чем сильнее она ограничивала свое питание, тем чаще случались приступы переедания, а с ними увеличивалась неудовлетворенность своим телом, а также чувство стыда и вины, связанное с подобным пищевым поведением.

Уже на первой сессии терапевт попросила Майю начать проводить самонаблюдение, объяснив при этом, что в дополнение к отслеживанию того, какие продукты она употребляет, важно отмечать, как часто она пропускает приемы пищи в связи со страхом набора веса, отсутствием чувства голода или недоступностью предпочитаемых продуктов. После того как пациентка вела дневник наблюдений в течение недели, стало понятно, что она ела очень мало в течение дня (например, сок на завтрак и батончик-мюсли на обед) и передала вечером. Чаще всего она пропускала приемы пищи просто потому, что не была голодна. Майя отметила два эпизода, во время которых она потеряла контроль во время употребления любимых продуктов, при этом также сообщила, что передала каждый вечер в течение первой недели лечения. Терапевт вернулась к рассмотрению формулировки Майи и указала на то, что риск приступа переедания возрастает после периодов ограничительного пищевого поведения, а также проиллюстрировала взаимосвязь между приступами переедания и набором веса, а также связанными с ним чувством тревоги и низкой самооценкой.

Результаты самонаблюдения Майи показали, что ее рацион был далек от трех приемов пищи и двух перекусов в день, а значит, для введения регулярного расписания приемов пищи потребуется совершить много маленьких шагов. Терапевт провела психообразование о роли гормонов, регулирующих аппетит, в появлении чувства голода и сытости, для того, чтобы помочь Майе преодолеть сопротивление регулярным приемам пищи. Особое внимание было уделено объяснению того, как высокая концентрация грелина в крови приводит к возникновению сильного чувства голода. Для начала Майя согласилась ввести перекус между завтраком и обедом, а в течение следующих нескольких сессий начала регулярно завтракать, обедать и полдничать. В ходе создания плана питания пациентка обсудила с врачом те продукты, употребление которых в окружении других людей вызывает у нее наименьшее чувство смущения (например, батончики-мюсли, йогурт, протеиновые батончики, рогалики). Также врач с пациенткой обсудили, что необходимо вставать немного раньше с утра, чтобы успеть позавтракать перед школой.

После первой сессии Майя начала пробовать яблочный и апельсиновый сок различных производителей, а также решила выбрать ягодный сок вместо своих предпочитаемых вкусов. Терапевт предложила ей продолжать увеличивать пищевое разнообразие, меняя вкусы соков и сухих завтраков в течение недели. Хотя у Майи не было дефицита массы тела, терапевт все равно проводила еженедельные взвешивания для дополнительной мотивации к регулярным приемам пищи. Пациентка заметила, что, хотя она и стала есть в течение дня, ее вес не увеличивался.

**Второй этап.** В ходе определения тех продуктов, которые Майя хотела попробовать в рамках лечения, терапевт обсудила симптомы наиболее распространенных дефицитов питательных веществ. Анализы Майи показали отсутствие нехватки

каких-либо макро- и микроэлементов. Однако пациентка узнала, что нехватка железа может сопровождаться такими симптомами, как слабость и сложности с концентрацией внимания, а также осознала, что единственным продуктом, содержащим железо, в ее рационе были витаминизированные хлопья. Поскольку Майя была вегетарианкой, врач предложила ей попробовать растительные продукты с высоким содержанием железа, и пациентка выбрала несколько из них для дегустации (фасоль, тофу). После этой сессии она также решила снова начать употреблять кешью, которые с удовольствием ела раньше.

Майя хотела ввести в рацион овощи и фрукты, поэтому особых сложностей с выбором продуктов из пяти основных групп не возникло. Учитывая, что основной целью терапии для Майи было расширение пищевого разнообразия, и что она уже прилагала усилия для того, чтобы начать питаться регулярно, врач решила начать третий этап терапии с модуля сенсорной чувствительности, а после (если это все еще будет актуальным) перейти к работе с отсутствием интереса. Основываясь на данных индивидуализированной формулировки пациентки, терапевт решила, что увеличение пищевого разнообразия поможет улучшить ее аппетит, так как это позволит избежать возникновения сенсорно определяемого насыщения.

**Третий этап.** По мере того, как питание Майи стало более регулярным в рамках третьего этапа, терапевту удалось помочь пациентке избавиться от приступов переедания. Майя смогла достичь этого, употребляя достаточное количество калорий во время приемов пищи и перекусов. В результате Майя начала испытывать чувство голода только в определенное время. Пациентка заметила, что употребление предпочитаемых продуктов вызывает у нее меньшее чувство вины, когда она ест их в запланированное время в течение дня, а не поглощает бесконтрольно в конце дня. Регулярные приемы пищи помогли девушке преодолеть приступообразное переедание. К 8 сессии она уже не испытывала еженедельных срывов.

На первую дегустационную сессию Майя принесла фисташки, банан, апельсин, клубнику и персик. Используя технику пяти шагов, пациентка смогла попробовать фисташки и банан. Хотя времени в рамках сессии хватило только на дегустацию двух из пяти продуктов, Майя сказала, что будет практиковаться с каждым из этих продуктов на следующей неделе. К концу первой дегустационной сессии терапевт помогла Майе определить, как она может практиковаться с этими продуктами дома. Пациентка решила постепенно увеличивать пропорцию новых продуктов, добавляя фисташки (новый продукт) в йогурт (предпочитаемый продукт), а также попробовать съесть банан (новый продукт), смазанный арахисовым маслом (предпочитаемый продукт). Майя призналась, что она гордилась собой из-за того, что смогла попробовать новые продукты, а также была радостно взволнована перспективой дальнейших дегустаций и отслеживания своего прогресса в течение следующей недели.

Оставшиеся сессии третьего этапа проходили в том же духе: Майя смогла попробовать клубнику, персик, авокадо, апельсин, манго, шпинат, салат-латук, голубику, нектарин, заправку для салата, сельдерей, паприку, салат с каперсами, грецкие орехи в сахарной глазури, рукколу, соус маринара, брокколи, морковь, хумус и лук и проявила желание продолжать практику с большинством вышеперечисленных продуктов. Рассматривая список пяти основных групп продуктов и выбирая продукты для дегустации на следующей сессии, Майя задавала вопросы об их внешнем виде, вкусе и способе употребления (например, различные способы приготовления тех или иных продуктов, разница между сырыми и приготовленными продуктами, как понять, что продукт спелый). Терапевт использовала время сессии для того, чтобы вместе с Майей найти ответы на все интересующие ее вопросы в Интернете.

Чем дальше Майя продвигалась по курсу лечения, тем более уверенной она себя чувствовала, пробуя новые продукты, а также гордилась тем, что смогла ввести в рацион несколько продуктов, перспектива дегустации которых изначально вызывала у нее определенные опасения (например, апельсин, виноград) из-за сложностей в прошлом. Майя использовала несколько стратегий, которые помогли ей попробовать продукты и успешно ввести их в рацион. Она часто начинала дегустацию новых продуктов, откусывая очень маленькие кусочки и запивая их водой. Она быстро привыкла к вкусу большинства продуктов, а вот с принятием текстуры возникли определенные сложности. Для того чтобы ввести эти продукты в рацион, пациентка решила смешивать их с предпочитаемыми продуктами. Например, она начала добавлять бананы в овсянку, персики — в йогурт, намазывать арахисовое масло на ломтики яблока и добавлять томатный соус в макароны. Практикуясь в употреблении некоторых овощей, таких как морковь и брокколи, пациентка добавляла к блюду малиновую заправку с уксусом, так как это помогало уменьшить горечь продуктов. Она также вместе с матерью обсуждала способы приготовления овощей с использованием предпочитаемых продуктов (например, брокколи с сыром).

Хотя Майя самоотверженно посвящала себя достижению целей терапии и прилежно работала как в рамках сессий, так и дома, питаясь регулярно, пробуя новые продукты и расширяя свою диету, в начале каждой сессии терапевт обсуждала с ней сложности, возникающие при выполнении домашних заданий. Стоит отметить, что Майе стало гораздо сложнее проводить самонаблюдение примерно в середине лечения. Когда она перестала вести дневник самонаблюдения, ее питание стало менее регулярным, что привело к повторению приступа переедания. Терапевт подчеркнула важность ведения дневника питания, так как это помогает пациентке отслеживать успехи относительно введения новых продуктов в рацион, быть более осознанной относительно уровня голода и напоминает ей поесть во время приемов пищи и перекусов. Для того чтобы снова вернуться к практике ведения

дневника, Майя поставила напоминание на смартфоне и хранила дневник на холодильнике.

Наконец, в рамках третьего этапа стало понятно, что переход от дегустации новых продуктов к введению их в рацион является непростой задачей. Терапевт начала работать с этой проблемой, обсудив с Майей сложные блюда, которые она сможет есть вместе с друзьями и членами семьи, а также рассмотрев схему MyPlate, чтобы помочь пациентке увидеть, какие группы продуктов недостаточно представлены в ее приемах пищи и перекусах. Майя совместно с терапевтом определила те продукты, которые она может добавить в рацион, запланировала отдельный день для их покупки, а также обсудила способы их приготовления. Однако эти стратегии не помогли ей начать употреблять выбранные продукты. После того как Майе долгое время не удавалось следовать плану, составленному в рамках сессии, девушка призналась, что ей некомфортно вводить новые продукты во время домашних приемов пищи, так как она переживала, что ее родители будут разочарованы теми маленькими шагами, которые она совершает на пути к успеху. Врач предложила пригласить мать Майи на несколько сессий в конце третьего этапа, чтобы помочь Майе в планировании и приготовлении домашних приемов пищи и перекусов. На этих сессиях терапевт также вместе с матерью пациентки рассмотрела успехи Майи в терапии для того, чтобы внести поправки в ожидания родителей относительно скорости выздоровления, а также снизить возможное давление, которое пациентка могла чувствовать относительно того, что новые продукты должны ей сразу же понравиться. Майя вместе со своей матерью совместно рассмотрели, какие стратегии могут помочь девушке во время дегустации новых продуктов. Мать согласилась подавать определенные продукты к завтраку и обеду, чтобы пациентка могла попрактиковаться с ними, а также класть эти продукты в школьный обед дочери. Майя также продемонстрировала матери технику пяти шагов, и они обсудили важность безоценочного отношения к дегустации новых продуктов.

И хотя Майя была благодарна матери за помощь в поиске решений, походах за покупками и приготовлении блюд, она поделилась, что включение матери в терапию на таком позднем этапе лечения заставило ее почувствовать себя так, будто ей не удается достигать своих целей. Она поделилась, что ощущает бессилие и чувствует, будто не может добиться успеха самостоятельно. Очевидно, что у Майи была сильная мотивация к самостоятельным свершениям в рамках терапии, и она добивалась успехов в других сферах, так как чувствовала, что «побеждает в борьбе» против ИОРПП. Более того, поскольку она планировала уехать учиться в колледж через два месяца, стоило разработать стратегии, помогающие пациентке вводить в рацион новые продукты без помощи матери. Терапевт провела три дополнительные сессии в рамках третьего этапа (общее количество сессий составило 23) в течение двух последних месяцев лечения. За это время Майя выбрала несколько

продуктов, с которыми она хотела бы попрактиковаться вместе со своими друзьями, а также продукты, которые она была готова включить в свой обед (бананы, апельсины, виноград) и завтрак (яичница с болгарским перцем, йогурт с кусочками клубники). Пациентка сообщила, что поддержка друзей очень помогла ей, и она смогла даже несколько раз спонтанно попробовать новые продукты во время поездок в колледж и на работе, куда она ходила после школьных занятий (тофу, чечевица, горох, зеленый горошек, сушеная клюква, кале, чипсы из плантана и груши).

**Четвертый этап.** Майя решила, что регулярное расписание приемов пищи — это интервенция, которая поможет ей удерживать достигнутые успехи по окончании лечения, позволяя сбалансировать чувство голода и сытости, а также избежать повторения приступов переедания. Она определила, что возникающие сложности в соблюдении регулярного расписания приемов пищи являются первыми признаками того, что у нее снова начинаются пищевые ограничения, озабоченность весом и фигурой, а также возможности повторения приступа переедания. Она решила снова начать вести дневник питания, если заметит, что стала проводить много времени без еды либо же есть одни и те же продукты в течение всего дня. Важным моментом в ведении дневника питания будут записи о пропуске приемов пищи из-за беспокойства относительно набора веса или из-за избегания продуктов, недавно введенных в рацион. Она осознала, что чувство вины или смущения из-за своих любимых продуктов и мысли о том, что ей “должны” нравиться определенные продукты, могут помешать ей удержать достигнутые результаты, что может вызвать рецидив. Стратегии, выбранные пациенткой для предотвращения рецидивов, включали регулярные напоминания о том, сколько продуктов она смогла попробовать и ввести в рацион в рамках терапии, стратегию постепенного увеличения пропорции новых продуктов, а также изучения раздаточных материалов из рабочей тетради.

**Результаты и выводы.** На момент окончания лечения состояние Майи больше не подходило под описание ИОРПП и приступообразного переедания. Она чувствовала себя более комфортно во время употребления пищи с друзьями, в колледже, на работе и дома. Более того, она смогла включить в рацион по несколько продуктов из каждой из пяти групп, а также продолжала расширять свой рацион, дегустируя сложные блюда. Майя поделилась, что ей все еще было непросто пробовать новые продукты и вводить их в свой рацион. Однако на момент окончания лечения пациентка больше не испытывала чувства стыда в связи со своим образом питания, а также была уверена в том, что может продолжать работать над расширением диеты, используя приобретенные навыки.

Вес Майи менялся в течение всего периода лечения. Ее вес достиг наивысшего значения в 82,5 кг (ИМТ=31,0; 96 перцентиль; ожирение), когда она не могла следовать регулярному расписанию приемов пищи и у нее случилось несколько приступов

переедания. Однако ее вес снизился, когда она начала питаться регулярно. Вес пациентки на момент окончания курса лечения составлял 72 кг (ИМТ=27; 89 перцентиль; лишний вес) при употреблении более разнообразного набора продуктов и следовании регулярному расписанию приемов пищи. Она отметила, что наблюдение за тем, как ее вес не увеличивался, а уменьшался при регулярном питании, помогло ей проработать имеющиеся проблемы с образом тела. К концу лечения ее результат баллов по опроснику "Оценка расстройств пищевого поведения" составлял 1,7 из 6 баллов и 4 из 48 баллов по опроснику "Оценка клинической патологии". Эти показатели гораздо ниже тех, что были у пациентки до начала лечения, и не являются показателем для оказания клинической помощи.

В случае с пациентами, у которых, как у Майи, присутствуют проблемы с весом и фигурой, терапевт может разрываться между желанием уделить внимание ИОРПП, или симптомам классических расстройств пищевого поведения, или обоим сразу. Однако многие из основных интервенций, такие как регулярное питание, ведение дневника и еженедельные взвешивания, являются схожими с интервенциями, используемыми в КПТ других расстройств пищевого поведения. Используя эти стратегии, Майя смогла значительно снизить проявления приступообразного переедания. Когда она начала питаться регулярно, она смогла лучше контролировать свое чувство голода и чувствовала, что способна противостоять приступу переедания. Когда приступы перестали случаться, Майя перестала считать, что ей необходимо ограничивать свое питание, чтобы не набирать вес. Она также стала меньше беспокоиться насчет веса и фигуры, ее самооценка начала подниматься, а ее вес перестал расти. Таким образом, работая с симптомами ИОРПП, Майе удалось уменьшить проявления другого расстройства пищевого поведения без дополнительных интервенций.

У Майи наблюдалось отсутствие интереса к приему пищи наряду с повышенной сенсорной чувствительностью. Однако акцент на регулярном питании и проведении самонаблюдения на ранних этапах лечения помог поработать с этим поддерживающим механизмом в самом начале лечения, нормализовав чувство голода и сытости. Более того, по мере того, как пациентка пробовала новые продукты и расширила список своих любимых блюд, ее интерес к приему пищи возрос, так как она больше не уставала от употребления одних и тех же предпочитаемых продуктов. Увеличение выбора продуктов для приемов пищи и перекусов помогло Майе почувствовать аппетит по отношению к различным вкусам. Поэтому терапевту не пришлось отдельно проводить модуль отсутствия интереса к приему пищи. Успех Майи демонстрирует, что у некоторых пациентов поддерживающие механизмы настолько переплетены между собой, что, работая с одним из них, можно добиться улучшения симптомов второго.

**Случай № 4. Двадцатилетний пациент со страхом неприятных последствий, отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом и дефицитом массы тела (семейный формат КПТ-ИОРПП)**

**Жалобы пациента при первичном обращении.** Люк, 20-летний белый мужчина, был включен в Программу лечения и исследования расстройств пищевого поведения в Массачусетской больнице общего профиля с подозрением на ИОРПП. Он был направлен на обследование детским гастроэнтерологом, считавшим, что Люку необходима госпитализация и кормление в больничных условиях, так как его вес был очень низким, а рацион — очень ограниченным. На момент первичного обследования вес Люка составлял 47 кг при росте 170 см (ИМТ=16,3), а его рацион включал в себя всего три продукта: определенный вид белого пшеничного хлеба, определенный вид хот-дога и два питательных высококалорийных продукта в день. Родители Люка рассказали, что он родился раньше срока и у него всегда была недостаточная масса тела, но до начала учебы в старших классах у него не было проблем с пищевым разнообразием, и он ел все виды продуктов, хоть и в небольшом количестве из-за плохого аппетита. В старших классах у Люка начались, как он сам их назвал, “приступы”, во время которых он съедал какие-то продукты, а потом в течение 30–60 мин. у него возникал жидкий болезненный стул, сопровождающийся дискомфортом в течение нескольких часов. После первого такого приступа он перестал употреблять то блюдо (чаудер из моллюсков), которое ел непосредственно перед возникновением желудочно-кишечного расстройства. Второй приступ произошел после употребления подобного супа, и Люк перестал есть и его. После нескольких приступов (после употребления пиццы, макарон, сэндвича с тунцом) он начал исключать из рациона большие категории продуктов, похожих на те, что ранее провоцировали возникновение приступа (например, все молочные продукты). Люк признался: “Я начал думать, что приступ произойдет, и спрашивал себя: «Стоит ли этот продукт того, чтобы так рисковать?» И ответ всегда был «нет», поэтому я не рисковал”. Это постепенное исключение продуктов продолжилось в течение учебы в старших классах и ухудшилось по окончании школы, когда у Люка отпала необходимость следовать расписанию питания и брать с собой обед в школу.

Болезненные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта были досконально изучены командой медицинских сотрудников. В результате обследования Люку был поставлен диагноз “синдром раздраженного кишечника” (СРК). При этом врач отметил, что, хотя элиминационная диета и помогает убрать симптомы СРК, пищевые ограничения Люка выходили за грани разумного. В дополнение к физическому здоровью ограниченный рацион и очень низкий вес Люка негативно сказывались на его эмоциональном состоянии и функциональном статусе. Говоря конкретнее, у Люка уже долгое время наблюдалась социофобия и депрессия,

с которыми он работал в рамках терапии еще со времен старших классов школы. И хотя ситуацию с тревогой и плохим настроением удалось улучшить при помощи когнитивно-поведенческой терапии, предыдущие попытки поработать с его пищевым поведением были безуспешными. Со времени окончания школы Люк жил с родителями, не учился и не работал. Большую часть своего времени он проводил, посещая врачей. За последние два года, прошедшие с момента окончания школы, ему приходилось прилагать серьезные усилия для того, чтобы просто помыться в душе и почистить зубы. Его расписание сна и бодрствования было сдвинуто — он просыпался ближе к обеду и ложился спать в 2-3 часа ночи.

Несмотря на это, терапевт была удивлена живым умом и чувством юмора Люка, которые свидетельствовали о подвижности его психики. Родители Люка сказали, что они готовы делать что угодно, лишь бы помочь сыну, демонстрируя готовность самоотверженно прилагать усилия для того, чтобы помочь сыну выздороветь. Так как у Люка наблюдался дефицит массы тела, и он все еще жил с родителями, терапевт порекомендовала семейный формат КПТ-ИОРПП. Мать Люка работала на дому, а работа отца Люка позволяла ему уделять внимание терапии, поэтому оба родителя совместно посещали большинство сессий в рамках КПТ-ИОРПП.

**Первый этап.** Как Люк, так и его родители, с интересом восприняли психообразование об ИОРПП и определили, что плохой аппетит и скудный рацион Люка являются последствием “приступов” желудочно-кишечного расстройства. Именно эти дискомфортные ощущения со стороны пищеварительной системы привели к пищевым ограничениям. Поскольку ранее Люк проходил курс КПТ, направленный на лечение социальной фобии, он был знаком с принципами, согласно которым избегание не позволяет снизить тревогу, а только усиливает ее в долгосрочной перспективе. Техника ступенчатой экспозиции для привыкания и получения нового опыта также была знакомой Люку. Он согласился, что, хотя определенный уровень осторожности в питании и был логичным после возникновения “приступов”, со временем избегающее поведение вышло за грани разумного, и теперь оно влияло на его здоровье и могло усиливать тревогу, что, в свою очередь, может усиливать неприятные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. Более того, Люк составил очень строгое расписание приемов пищи, чтобы избежать возникновения пугающих “эпизодов”. Он завтракал в 13:00, съедая несколько кусочков хлеба, затем выпивал один высококалорийный напиток, съедал один хот-дог поздно вечером, а ночью съедал еще несколько кусочков хлеба и выпивал второй напиток.

Отец Люка взял на себя ответственность за отслеживание приемов пищи сына в течение всего периода лечения. В качестве первого изменения, помогающего увеличить дневной калораж, употребляя при этом предпочитаемые продукты, терапевт попросила Люка увеличить количество выпиваемых высококалорийных напитков с двух до четырех с целью набора веса.

И хотя Люк изначально проявлял отсутствие мотивации к выздоровлению (“Мне все равно. Я - лентяй”), ему удалось увеличить количество напитков и начать набирать по 0,5-1 кг в неделю. В дополнение к увеличению количества напитков он также согласился съесть не один, а два хот-дога в день. У Люка возникли большие сложности с тем, чтобы сдвинуть свое расписание. Терапевт пошла на компромисс и попросила Люка начать питаться с интервалом в 3-4 часа, не меняя при этом времени пробуждения и отхода ко сну (т.е. первый прием пищи — в час дня, последний — ближе к полуночи). Поскольку у пациента не было четкого расписания приемов пищи и перекусов, и он употреблял пищу и жидкие добавки всего три/четыре раза в день, цель установления расписания с тремя приемами пищи и двумя или тремя перекусами была определена в качестве долгосрочной цели. Изначально внимание решили уделить употреблению пищи через равные промежутки времени в течение дня. Поскольку у Люка был плохой аппетит, терапевт решила уделить особое внимание регулярному питанию, чтобы помочь его организму начать испытывать чувство голода в определенное время.

Семейный прием пищи в рамках сессии был проведен в послеобеденное время. Люк принес свои предпочитаемые продукты (хлеб, хот-доги и высококалорийные напитки). Поскольку он употреблял пищу только дома (из-за страха, что у него случится “приступ” и ему нужно находиться рядом с туалетом), приемы пищи в рамках сессии являлись для Люка экспозицией тревоге. Он смог съесть немного хлеба и запить его своим напитком, но потом перестал есть, сказав, что уже наелся и не сможет съесть еще и хот-дог. Терапевт воспользовалась этой ситуацией, чтобы продемонстрировать родителям пациента техники, позволяющие помочь ему съесть еще один кусочек. Его отец сказал: “Я не собираюсь уговаривать его есть; либо он сделает это сам, либо пусть не ест вовсе”, и мать Люка согласилась с этим. Они рассказали, что медицинские специалисты, к которым они обращались ранее, посоветовали им не вмешиваться в питание Люка, хотя родители и признавали, что этот метод не работал. Терапевт использовала прием пищи в рамках сессии для того, чтобы дать Люку и его родителям возможность попробовать другую модель поведения. Родители научились предоставлять открытую поддержку своему сыну, а Люк смог повысить толерантность к тревоге и чувству сытости, употребляя пищу в большем объеме, чем он привык. Оба родителя смогли изменить свой стиль поведения на более поддерживающий, а отец Люка даже пересмотрел свое предыдущее высказывание и сказал: “Я буду очень рад, если ты съешь кусочек хот-дога”. Они валидировали попытки Люка и его восприятие чувства сытости и начали совместно мотивировать Люка к тому, чтобы он съел еще один кусочек. Таким образом, с воодушевлением со стороны родителей и с сиюминутной похвалой Люк смог поесть в рамках сессии и вынести тревогу, связанную с приемом пищи вне дома, и даже смог съесть кусочек хот-дога, несмотря на то, что был сыт.

**Второй этап.** В течение второго этапа КПТ-ИОРПП Люк продолжал работать над набором веса, увеличивая поглощаемый объем предпочитаемых продуктов (хлеб и хот-доги) и выпивая четыре высококалорийных напитка вместо двух. Пациент и его родители совместно разработали систему денежного вознаграждения, согласно которой Люк получал деньги в конце дня в том случае, если в течение дня ему удавалось выполнить все условия, связанные с приемом пищи. В случае Люка денежное вознаграждение было необходимым для того, чтобы поддерживать его вовлеченность в процесс терапии, так как у него отсутствовала внутренняя мотивация к изменениям. Однако у Люка было несколько интересов и хобби, для занятий которыми ему нужны были деньги.

Готовясь к третьему этапу, Люк просмотрел таблицу пяти основных групп продуктов, отметив при этом, что “это упражнение — трата времени”. В отличие от типичных пациентов с ИОРПП с ограниченным пищевым разнообразием, у Люка не наблюдалась повышенная сенсорная чувствительность. Он поделился: “Я ограничиваю свое питание не из-за того, что я не люблю еду. Я люблю еду, я просто не люблю боль. Я знаю, что употребление определенных продуктов приведет к возникновению приступа, и я считаю, что оно того не стоит”. Однако терапевт продолжала стоять на своем и помогла Люку найти в списке пяти основных групп те продукты, которые он раньше любил, но потом перестал употреблять из-за страха пищеварительного расстройства. Именно эти продукты были выбраны для проведения экспозиций в рамках третьего этапа.

**Третий этап.** Вес Люка продолжал увеличиваться в течение всего третьего этапа. На этом этапе терапевт начала проводить модуль страха неприятных последствий. И хотя у Люка был плохой аппетит, его страх перед неприятными последствиями приема пищи был настолько сильным, что врач решила для начала поработать именно с ним, а потом перейти к модулю отсутствия интереса к приему пищи или пище в целом. Люк хорошо понял суть иерархии страхов и избегания, а также сообщил, что у него уже был опыт работы с подобной иерархией в рамках личной терапии. Люк выбрал несколько продуктов из различных групп, расположив их в порядке вероятности возникновения расстройства пищеварения после их употребления. При этом он решил оставить без внимания молочные и жареные продукты, так как избегал употреблять их из-за того, что они усугубляли симптомы СРК. Иерархия, составленная Люком, стала рабочим документом, к которому врач и пациент постоянно возвращались в ходе лечения, пересматривая его в ходе проведения сессий. Стоит отметить, что, хотя традиционно иерархия страхов и избегания используется для того, чтобы помочь пациенту проверить свои предсказания относительно исхода приема пищи (и опровергнуть их либо понять, что они вполне способны справиться с последствиями), Люк считал, что возникновение расстройства пищеварения после того, как он съест продукты, находящиеся

на вершине иерархии, случится неизбежно. Ему хотелось попробовать продукты из иерархии в рамках сессии, однако ему не хотелось пробовать эти продукты впервые, находясь вне дома (например, если он ни разу не практиковался с этим продуктом перед сессией). И хотя нежелание Люка пробовать продукты впервые в рамках сессии стало серьезным препятствием, терапевт помогла пациенту и его родителям определить показатели (тип продукта, время и место приема пищи), которые помогут Люку попробовать продукты вне сессии. В начале третьего этапа Люк выразил желание снова ввести в рацион некоторые из продуктов, которые он любил раньше (попкорн, сладкие батончики, соленые крекеры), и отметил, что, хотя его желудок был “немного не в порядке”, он получил удовольствие от употребления этих продуктов и хотел продолжать практиковаться с ними в рамках сессии, а также дома.

На всех сессиях третьего этапа терапевт проверяла набор веса Люка, отчеты о проведении родительского наблюдения, а также выполнение домашних практических заданий. Каждая сессия включала в себя проведение экспозиции с одним или более продуктом из иерархии, поиск способов преодоления препятствий, возникающих на пути регулярного питания и увеличения пищевого разнообразия (удалось перейти от одного приема пищи и двух-трех перекусов к двум приемам пищи и трем-четырем перекусам). Большинство сессий имело схожую структуру. Терапевт обычно уделяла внимание двум проблемам: 1) подкрепление увеличения объема потребляемых высококалорийных продуктов с целью набора веса; и 2) проведение упражнений с продуктами, заново введенными в рацион для того, чтобы расширить пищевое разнообразие и приблизить рацион пациента к схеме MyPlate.

В ходе проведения экспозиций в рамках сессии врач просила Люка и его родителей распаковать принесенные продукты (обычно это был один или два продукта, вновь введенные на предыдущей неделе), после чего просила Люка оценить свое состояние по шкале субъективного дистресса (ШСД) перед, во время и после приема пищи для того, чтобы родители смогли отследить увеличение толерантности к чувству тревоги. Обычно Люк отрицал или минимизировал чувство тревоги относительно приема пищи в рамках сессии, говоря: “Я не боюсь, что у меня заболит живот. Я уже ел этот продукт на этой неделе. Все будет хорошо”. Хотя подобное отношение усложняло проведение экспозиции, терапевт решила, что рутинная практика с вновь введенными продуктами и ожидание, что Люк будет есть их в рамках сессии, поможет пациенту расширить свой рацион. Более того, учитывая крайнюю степень пищевого избегания, наблюдавшуюся у Люка до начала лечения, врач сделала вывод, что пациент не до конца осознавал, насколько сильной была его глубинная тревога.

Вес Люка продолжал увеличиваться на 0,5–1 кг в неделю и достиг отметки 56,5 кг (ИМТ=19,5) к 18 сессии. В это время семья Люка запланировала поездку

в трехнедельный отпуск. Уже много лет они никуда не ездили из-за расстройства приема пищи у Люка, а их готовность поехать в отпуск являлась показателем прогресса Люка. Действительно, в поездке он продолжал делать успехи, регулярно употребляя новое любимое блюдо (гамбургер) в ресторанах, и даже смог попробовать продукты из других групп (морепродукты, овощи). Было заметно, что Люк гордился своими достижениями и использовал их в качестве мотивации для дальнейшего движения к цели. Во время отпуска он заметил, что у него произошел приступ, но, вместо того, чтобы перестать есть, как он поступил бы в прошлом, Люк отметил: "Ощущая спазмы в животе, я подумал, что вряд ли мне уже станет хуже, поэтому можно попробовать что-то еще" и использовал этот случай для того, чтобы попробовать другие продукты. После того как семья вернулась из отпуска, Люк продолжил делать успехи, его вес рос, а рацион расширялся.

К 24 сессии вес пациента достиг отметки 59 кг (ИМТ=20,4; достиг желаемого веса 59–61 кг), и терапевт решила, что пора уделить внимание смещению расписания приемов пищи, чтобы Люк начинал есть раньше и питаться более регулярно. К 30 сессии пациент перешел к четырем перекусам в день, но ему все еще сложно было съедать два полноценных приема пищи в день, и он до сих пор ежедневно выпивал четыре высококалорийных напитка. К 32 сессии вес пациента достиг отметки 61,5 кг, и терапевт начала работать над тем, чтобы снизить его зависимость от пищевых добавок в виде напитков. В течение первой недели ему удалось убрать одну порцию напитка, а в течение второй недели — оставить всего два напитка в рационе и ввести дополнительный прием пищи. Для того чтобы эти изменения смогли произойти, родители Люка помогали ему, стимулируя и подкрепляя новое пищевое поведение с более частыми приемами пищи и более разнообразным рационом. На каждой сессии терапевт рассматривала прогресс пациента.

Ко времени 33 сессии дедушка Люка заболел, поэтому его отцу нужно было провести какое-то время в отъезде, ухаживая за своими пожилыми родителями. Так как бабушка Люка тоже была больна, стресс, связанный с необходимостью заботиться о двух пожилых родственниках и с возможным переездом для совместного проживания, отразился на результатах лечения к концу третьего этапа. В течение 10-недельного периода времени (сессии 33–38) Люку и его родителям приходилось посвящать много времени заботе о бабушке и дедушке. Этот период был очень эмоциональным для всей семьи. В это время вес Люка снизился с 61,5 до 57,5 кг, и у него возникли проблемы с мотивацией к поддержанию положительных изменений, достигнутых в ходе терапии (он стал меньше перекусывать в течение дня и употреблять менее разнообразный набор продуктов). Терапевт использовала этот период для того, чтобы донести до родителей, насколько важной является их поддержка для того, чтобы Люк продолжал двигаться к цели. При помощи врача они определили и снова стали использовать инструменты, показавшие эффективность на более ранних этапах

терапии, включая употребление трех высококалорийных напитков в день в течение одной недели, а также увеличение вознаграждения со стороны родителей. Эти стратегии помогли достичь успеха, как и напоминание родителям о том, что именно от них зависел успех Люка в терапии.

В течение всего третьего этапа Люк продолжал увеличивать разнообразие своего рациона. Поскольку Люк изначально признался, что ему нравилась пища, которую он употреблял, в дополнение к оценке уровня тревоги терапевт также просила его обращать внимание на приятные свойства употребляемых продуктов и акта приема пищи в общем. За время лечения пациент смог преодолеть страх приемов пищи вне дома и начал с удовольствием питаться в кафе и ресторанах.

**Четвертый этап.** К 39 сессии вес Люка вернулся к своему наивысшему значению — 61,5 кг. Он придерживался регулярного питания, употребляя два приема пищи и четыре перекуса в день и в дополнение к этому выпивая ежедневно два высококалорийных напитка. На последних сессиях Люк и его родители уделили особое внимание тому, что было достигнуто. Они также определили инструменты и стратегии, оказавшиеся наиболее эффективными в достижении изменений в лучшую сторону, а также наметили последующие шаги, которые необходимо предпринять Люку и его родителям для достижения успеха в будущем.

**Результаты и выводы.** Люк достиг здорового веса к концу лечения и больше не подходил под описание ИОРПП. За 40 сессий терапии он набрал 13,5 кг и значительно расширил свой рацион. В начале терапии он употреблял всего два продукта (хлеб и хот-доги), а по окончании лечения смог включить в рацион продукты из нескольких групп (за исключением молочных продуктов, которые он не хотел пробовать в связи с симптомами СРК). Кроме того, юноша стал чувствовать себя гораздо комфортнее и получать удовольствие, употребляя пищу вне дома (например, в кафе и ресторанах). Стоит отметить, что пациент продолжил употреблять два приема пищи и три-четыре перекуса в течение дня, дополняя ежедневный рацион одной-двумя порциями высококалорийных напитков. Люк и его родители заметили, что им удалось достичь значительных успехов. Теперь у них были все необходимые инструменты для того, чтобы продолжать двигаться к достижению долгосрочных целей по окончании курса лечения. Отец Люка отметил: “Он больше не позволяет этим приступам управлять своей жизнью и начал справляться с ними”. Оба родителя признались, что теперь Люк начал жить гораздо более полной жизнью: он регулярно питался вне дома, его пищевое поведение стало более гибким, а набор употребляемых продуктов стал более разнообразным.

В дополнение к успехам, достигнутым в борьбе с ИОРПП, Люк смог добиться глобальных изменений в своем функционировании. И сам пациент, и его родители отметили значительное улучшение настроения и возросший интерес к участию

в социальной жизни, что могло стать приятным бонусом нутритивной реабилитации и обретения уверенности в себе. Люк начал выполнять обязанности по дому и взялся обустроить комнату для досуга. Раньше у него просто не было сил для подобных видов деятельности. Он также стал больше заботиться о себе, начал регулярно чистить зубы и посещать стоматолога. Хотя Люк окончил школу, он так и не поступил в колледж и нигде не работал. В последний месяц терапии ему удалось устроиться на работу.

Подводя итог, можно сказать, что Люк обратился за помощью, имея тяжелую форму ИОРПП, которая характеризовалась серьезным дефицитом массы тела и ограничениями в питании в сочетании с психиатрическими и психологическими коморбидностями. Его родители были очень замотивированы в том, чтобы помочь сыну, и надеялись, что КПТ-ИОРПП поможет ему, так как все предыдущие попытки в терапии оказались малоэффективными в работе с низким весом и ограничительным пищевым поведением. Лечение в рамках КПТ-ИОРПП стало эффективным еще и благодаря тому, что они рассматривали его как последнюю возможность избежать госпитализации и кормления через зонд.

Терапевт делала все возможное, чтобы помочь пациенту и его родителям достигнуть согласия в ходе терапии. Это означало, к примеру, помощь в изменении ожиданий: расписание приемов пищи, которого Люк придерживался в течение долгого времени, невозможно было изменить; однако терапевту все же удалось помочь пациенту увеличить объем потребляемой пищи при помощи более поздних приемов пищи. Хотя Люку и не удалось начать употреблять три полноценных приема пищи в день, и он все еще продолжает пить высококалорийные напитки, его успехи были колоссальными. И сам пациент, и его родители заслуживают уважения за усилия, приложенные для достижения таких результатов.

Врач решила для начала уделить внимание наиболее насущным проблемам (низкой массе тела, употреблению всего двух-трех продуктов) и поддерживающим механизмам (страху неприятных последствий) вместо того, чтобы работать над решением всех проблем одновременно (модуль отсутствия интереса к приему пищи так и не был использован). Такой подход оказался очень бережным. В результате Люк сообщил, что его чувство голода и переносимость чувства сытости возросли естественным образом по мере того, как он продвигался в лечении. Стоит отметить, что пациент получал удовольствие от приема пищи с самого начала лечения.

Терапия продлилась дольше изначально запланированных 40 сессий из-за серьезного дефицита массы тела пациента (и необходимости набрать 11–13 кг) и тяжелых проявлений ИОРПП (регулярное употребление всего двух-трех продуктов). Люк достиг желаемого веса к 24 сессии. И хотя вес пациента перестал расти после 24 сессии, такой успешный набор веса дал нашей команде понять, что 30 сессий

бывает достаточно даже в работе с пациентами с тяжелыми проявлениями ИОРПП. Действительно, несмотря на сложности в медицинской и психиатрической части, Люк хорошо отреагировал на проведение простых интервенций в рамках КПТ-ИОРПП, что имело свои результаты в других важных сферах, включая улучшение настроения, регулярную заботу о себе, нормализацию социальной активности и устройство на работу.

#### Случай № 5. Тридцатидвухлетний пациент с сенсорной чувствительностью (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП)

**Жалобы при первичном обращении.** Томас, 32-летний белый мужчина, обратился за лечением ИОРПП в Программу лечения и исследования расстройств пищевого поведения в Массачусетской больнице общего профиля. Он нашел больницу при помощи Интернета и самостоятельно обратился за помощью, так как уже долгое время боролся с чрезмерной избирательностью в питании и трудностями, связанными с проблематичным пищевым поведением. Он признался: “Я всю жизнь как-то странно питался, и теперь хочу поработать с этим. Сейчас я готов к этому”. Пациент поделился, что они с женой начали планировать рождение ребенка. И он хотел, чтобы его пищевое поведение стало более здоровым прежде, чем у них появится ребенок, чтобы быть для него хорошим примером в питании. В момент первичного обращения вес Томаса составлял 88,5 кг при росте 183 см (ИМТ=26,4; незначительный избыток массы тела). Он употреблял одни и те же продукты во все приемы пищи в течение дня. Он ограничил свой рацион одним белковым продуктом (курица), тремя видами крахмалистых овощей (картофель, батат и отварная кукуруза в початках), несколькими видами злаков (сэндвич, хлеб, сладкая выпечка) и молочными продуктами, которые он употреблял изредка (например, молоко). Хотя Томас пробовал другие виды фруктов и овощей, когда был ребенком, он не ел их со времен своего детства. Он отметил, что также ел сухие хлопья с молоком, но оставил эту привычку несколько лет назад. Привычный дневной рацион Томаса состоял из обжаренной куриной грудки с небольшой порцией батата на завтрак и ужин, сэндвича с арахисовым маслом на обед, а также банана или конфеты в качестве перекуса в течение дня. Пациент рассказал, что, хотя ограничения в питании имеют очень долгосрочный характер, со временем ему удалось внести некоторые изменения в свой рацион — к примеру, он начал употреблять батат (как альтернативу картофелю), а также готовить курицу разнообразными способами (не только курицу, зажаренную до хрустящей корочки, но и курицу-гриль).

Томас рассказал, что, хотя он родился преждевременно и в детстве постоянно переносил рецидивирующее воспаление среднего уха (10–15 раз в год), приведшее к необходимости операции по восстановлению барабанной перепонки в обоих

ушах в подростковом возрасте, его кривая роста всегда соответствовала норме, и у него не было серьезных проблем со здоровьем. Как говорила ему мать, в детстве Томас был “нормальным” едоком, но, если ему давали возможность сделать выбор, он часто отказывался от еды. Он был младшим из четырех братьев. У каждого из них присутствовала определенная степень избирательности в питании, однако у Томаса она была наиболее выраженной. Он помнил, как его братья заставляли его и “насильно кормили”, что вызывало у него чувство стыда и делало его еще менее склонным к тому, чтобы пробовать новые продукты. Все свое детство и юность он занимался спортом и был хорошим хоккеистом в команде, состоящей из его друзей и соседских мальчишек. Участие в командном виде спорта благоприятно сказалось на самооценке Томаса. Хотя его родители пытались увеличить пищевое разнообразие Томаса, когда он был ребенком, они перестали делать это ко времени перехода из начальной школы в средние классы. С тех пор пациент перестал ощущать ожидание со стороны родителей и друзей относительно того, что его образ питания должен измениться.

Однако после того, как Томас закончил колледж и нашел работу в другом городе, куда вскоре переехал и где встретил свою будущую жену (с которой они вскоре поженились), он осознал, насколько его пищевое поведение отличается от того, как питаются другие люди. В 20-летнем возрасте он несколько раз посещал психиатра для того, чтобы поработать с тревогой, но внимание питанию уделено не было. И вот теперь, около десяти лет спустя, Томас снова обратился к терапии, услышав про диагноз ИОРПП и осознав, что у него присутствуют симптомы этого заболевания. И хотя избирательное питание Томаса длилось всю его жизнь, у него была мотивация к изменениям, что было хорошим знаком, позволяющим надеяться на высокую степень вовлеченности в процесс лечения и, соответственно, хорошие результаты. Так как у Томаса не было дефицита массы тела, терапевт запланировала 20 сессий и индивидуальный формат КПТ-ИОРПП.

**Первый этап.** Томас очень хорошо воспринял психообразование об ИОРПП и решил, что в его случае причиной избирательности в питании является повышенная сенсорная чувствительность. Он рассказал, что испытывает отвращение к определенным видам текстуры. Например, он отметил, что ему очень нравится запах пиццы, и он с радостью съел бы ее. При этом он не может вынести “слизкую” текстуру, которую имеют сыр и томатный соус в сочетании с тестом, и поэтому никогда в своей жизни не ел пиццу. В дополнение к интенсивной реакции на определенные виды текстуры Томасу не нравились смешанные продукты и сложные блюда, состоящие из нескольких компонентов. Он отрицал наличие травмирующего опыта, связанного с приемом пищи, а также уверял, что у него хороший аппетит, и что он всегда с нетерпением ждал употребления своих любимых продуктов. Например, он поделился, что очень любит конфеты и временами ему приходится

ограничивать себя, иначе он начинает употреблять их в слишком большом количестве, работая за компьютером в офисе.

Совместно с пациентом врач составил индивидуализированную формулировку ИОРПП, в основе которой лежали предсказания Томаса о том, что ему не понравятся новые продукты, а также его зависимость от строго определенного набора продуктов, которые, как он точно знал, ему нравятся. Терапевт объяснил, что пищевые ограничения пациента являются вполне логичными, принимая во внимание его предсказания относительно незнакомых и смешанных продуктов. Фактором, поддерживающим подобное пищевое поведение, также является избегание общественных мероприятий, связанных с приемом пищи, что не дает Томасу возможности попробовать новые продукты. И хотя в детстве пациент изредка пробовал незнакомые продукты по настоянию родителей, он никогда не употреблял их на регулярной основе, а значит, не имел возможности привыкнуть к вкусу и текстуре тех продуктов, которые сейчас вызывают у него сильную реакцию из-за повышенной сенсорной чувствительности. Стоит отметить, что вес Томаса всегда оставался стабильным, и он не испытывал сенсорно определяемого насыщения, отмечая при этом, что может употреблять свои любимые продукты в достаточном объеме. Ограниченный выбор продуктов негативно влиял на сферу отношений Томаса. Он рассказал, что они с женой ели отдельно — он обедал за своим рабочим столом, а не в гостиной вместе с женой. Он также избегал посещать кафе и рестораны вместе с друзьями и коллегами, так как переживал, что его любимые продукты будут недоступны или же он будет испытывать чувство стыда, пытаясь объяснить, почему выбрал именно эти продукты.

Томас питался регулярно, употребляя два приема пищи и два перекуса в день. Он начал использовать приложение на смартфоне для ведения дневника питания. Хотя он ел в одно и то же время в будние дни, пациент заметил, что время приемов пищи в выходные дни может варьироваться из-за занятий спортом и активного отдыха.

Уже в течение первых недель лечения Томас внес определенные поправки в свой образ питания. Он с энтузиазмом снова начал употреблять хлопья с молоком на завтрак (вместо куриной грудки и батата) между первой и второй сессией. В течение второй и третьей недель Томас смог снова начать употреблять некоторые продукты, которые он ел очень редко (например, хот-дог), а также попробовал приготовить курицу по другому рецепту на обед и ужин, чтобы увеличить пищевую гибкость. Пациент рассказал о своем решении начать лечение не только своей жене, но также другим членам семьи и нескольким близким друзьям, которые поддержали его решение. Томас принял решение практиковаться в том, чтобы посещать кафе и рестораны вместе с друзьями в течение всего курса лечения.

**Второй этап.** В рамках первичного обследования Томас побывал на приеме у своего участкового врача, который определил у пациента нехватку витамина С и цинка. Эти дефициты были вызваны отсутствием в рационе фруктов, овощей и молочных продуктов, и могли быть причиной нехватки энергии и чувства усталости на работе. Томас сообщил, что у него возникали язвы в ротовой полости, когда он пробовал цитрусовые, поэтому он не мог употреблять их, даже если хотел. Участковый врач выписал ему мультивитамины для восполнения этих дефицитов, а Томас проявил желание попробовать продукты, которые также могут помочь в этом.

Пациент уже был знаком со схемой MyPlate и очень хотел увеличить потребление фруктов, овощей, молочных и других белковых продуктов, чтобы его рацион соответствовал этой схеме. Изучая таблицу пяти основных групп продуктов, Томас выбрал по несколько наименований из каждой группы для того, чтобы попробовать их в рамках сессии. Вместе терапевтом они запланировали пять продуктов, которые пациент принесет на первую сессию третьего этапа.

**Третий этап.** В рамках третьего этапа внимание было уделено исключительно работе с сенсорной чувствительностью как с единственным поддерживающим механизмом ИОРПП. Томас с готовностью выбирал пять (а иногда и больше) продуктов для того, чтобы попробовать их, используя технику пяти шагов. На первую сессию третьего этапа Томас принес три вида сыра, морковь, курицу в специях, нарезанную тонкими ломтиками (новый вид подачи предпочитаемого блюда), голубику и голубичный сок. Терапевт помогла ему попробовать эти продукты, используя технику пяти шагов. Во время первой дегустации Томасу очень понравился вкус голубики, и он решил, что хочет попробовать ввести этот продукт в свой рацион на следующей неделе. Пациенту вовсе не понравилась текстура сыра и курицы в специях, и врач отметила, что такая реакция произошла главным образом из-за новизны этих продуктов. Многократная практика и привыкание к ним помогут снизить негативную реакцию, вызванную особенностями их текстуры. Пациент согласился продолжать практику с курицей в специях; она стала второй в списке продуктов, которые он хотел начать употреблять на регулярной основе. После первой дегустационной сессии Томас и терапевт определили конкретные практики, которые он будет выполнять на следующей неделе для того, чтобы чувствовать себя более комфортно при употреблении новых продуктов. В период, предшествующий следующей сессии, пациенту удалось ежедневно употреблять голубику. Томас отметил, что этот продукт очень понравился ему, и он начал с нетерпением ждать утреннего перекуса, чтобы поесть ее.

На следующую сессию Томас снова принес курицу со специями, нарезанную тонкими ломтиками, клубнику, листья шпината и приготовленные овощи (брокколи, морковь и цветная капуста). Оказалось, что фрукты понравились ему гораздо больше, чем он ожидал. Томас наслаждался их сладким вкусом, а их текстура не

вызывала у него неприятных ощущений. Ожидая, что с овощами будет намного сложнее, Томас хотел использовать соль с измельченным сушеным чесноком в качестве приправы для того, чтобы постепенно привыкнуть к вкусу приготовленных овощей. Но, как оказалось, вкус приготовленных овощей оказался не настолько сильным, как ожидал Томас. А в сочетании с сушеным чесноком он смог попробовать по несколько кусочков каждого из принесенных овощей. Вкус листьев шпината, по мнению пациента, был слишком слабым, поэтому он решил добавить к ним специи с мягким вкусом. Томас отказался от употребления заправки для салата, так как текстура любых соусов казалась ему отвратительной. Пациент решил продолжать практиковаться со всеми тремя продуктами в течение следующей недели. А еще он начал ужинать вместе с женой, что помогло ему ощущать ее поддержку в то время, когда он практиковался с новыми продуктами, попробованными в рамках сессии.

В течение следующих 13 сессий Томас приносил с собой продукты из списка пяти основных групп, а терапевт помогала ему попробовать их, используя технику пяти шагов. Вначале пациент уделял внимание в основном практике с фруктами в рамках сессии. Но по мере того, как он становился увереннее в употреблении фруктов, Томас начал употреблять их вне сессии. Во время сессий терапевт продолжала проводить практику и с другими продуктами, особенно с теми, которые позволяют Томасу ужинать в кафе и ресторанах, а также с продуктами, имеющими смешанную текстуру. Дегустация последних была наиболее сложной для Томаса.

Помимо того, что Томас начал вводить в рацион те блюда, которые он попробовал во время сессий, он также взял на себя инициативу по самостоятельной дегустации блюд, находящихся в списке продуктов, которые он хотел ввести в свой рацион. Пациент поделился, что ему понравился запах стейка, и что, скорее всего, ему удастся начать употреблять его на регулярной основе. Томас решил попробовать приготовить стейк на гриле в домашних условиях, чтобы потом съесть это блюдо вместе с женой. В течение следующих нескольких месяцев он экспериментировал с различными видами мяса и маринадами, узнавая больше о своих вкусовых предпочтениях и увеличивая уровень комфорта при употреблении стейка. К концу третьего этапа Томас полюбил стейк и мог есть его как дома, так и в ресторане.

Томас использовал некоторые стратегии для того, чтобы вводить новые продукты в домашних условиях. Одной из таких стратегий стало формирование цепочки. Ему понравился люля-кебаб в ресторане восточной кухни, и он решил попробовать там сэндвич с фалафелем, так как Томас уже был знаком со вкусом используемых специй и ощущал себя комфортно, употребляя жареную пищу. Ему не понравился вкус фалафеля после того, как он попробовал его несколько раз, однако Томас чувствовал гордость из-за того, что смог попробовать это блюдо. Так как пациенту очень хотелось ввести в рацион пиццу ("Это отличное блюдо для детей, и мне даже

нравится его запах!"), он начал постепенно приходить к тому, чтобы попробовать ее, употребляя для начала отдельные ингредиенты, входящие в состав пиццы. Он с легкостью употреблял чесночный хлеб и был готов добавить к нему тертый пармезан, а после этого — небольшой кусочек расплавленного сыра. Сперва это казалось Томасу непосильным заданием, но со временем текстура расплавленного сыра перестала вызывать у него неприятную реакцию.

К концу третьего этапа один из близких родственников Томаса серьезно заболел. Необходимость заботиться о родственнике повлияла на ход лечения, и теперь планировать проведение сессий стало намного сложнее. Томасу также стало сложнее ставить в приоритет свою практику с новыми продуктами, и он заметил, что стал намного чаще есть продукты для утешения. Помимо практики по дегустации новых продуктов, на этих сессиях было уделено внимание тому, чтобы научиться принимать и правильно реагировать на ситуации, вызывающие у пациента сильные эмоции. Терапевт подчеркнула, как важно использовать выученные стратегии для того, чтобы поддерживать успехи, достигнутые в рамках терапии, а также помогла Томасу подготовиться к той работе, которая будет проведена в рамках четвертого этапа.

**Четвертый этап.** На последних двух сессиях терапевт рассмотрела заполненную Томасом таблицу пяти основных групп продуктов, чтобы определить набор продуктов, которые пациенту удалось успешно попробовать и начать употреблять на регулярной основе. Ему удалось ввести в рацион несколько видов фруктов (голубика, ананас, виноград, клубника), овощей (брокколи, цветная капуста, морковь, шпинат, салат-латук) и белковых продуктов (стейк, бургеры, орехи), а также начать приближаться к употреблению более сложных продуктов — таких как пицца. Томас сказал, что все еще хочет попробовать пиццу в будущем. Рассматривая схему MyPlate, Томас отметил, что многие из его приемов пищи теперь соответствуют этой схеме. Он поделился: "Это небо и земля в сравнении с тем, как я питался до начала лечения".

Терапевт рассмотрела симптомы ИОРПП, наблюдавшиеся у пациента при первом обращении, и отметила значительный прогресс. К концу курса лечения Томас больше не подходил под описание этого заболевания. Пациент повторно сдал анализы, и они показали, что нехватка витамина С и цинка была восполнена. Терапевт помогла Томасу разработать план по предотвращению рецидивов с использованием стратегий КПТ-ИОРПП, показавших наибольшую эффективность применительно к случаю Томаса. Они выделили стресс — на работе и в семье — в качестве одного из основных триггеров, повышающих вероятность рецидива и возвращения к старым паттернам пищевого поведения. Томас отметил, что доступность приготовленных продуктов из всех пяти групп (дома и на работе) повышает вероятность того, что он будет продолжать следовать выбранному пути. В дополнение

к этому регулярные совместные приемы пищи с женой, а также праздничные обеды с друзьями по особым случаям помогают пациенту продолжать употреблять продукты, введенные в рацион в рамках лечения.

**Результаты и выводы.** После 20 сессий КПТ-ИОРПП Томас начал успешно употреблять продукты из всех пяти групп и больше не подходит под диагностические критерии ИОРПП. Он поделился, что в последние два месяца лечения ему удалось сблизиться с друзьями и членами семьи. Они заметили значительные изменения в его образе питания и были очень рады за него и заинтригованы такими успехами. Томас отметил, что основными факторами, позволившими ему добиться успеха, стали его мотивация к изменениям, время, отведенное на работу над ИОРПП еженедельно (а лучше — ежедневно), безоценочное отношение к своему образу питания, а также многократная экспозиция с новыми продуктами. Более того, его спонтанные дегустации и желание продолжать практиковаться с различными способами приготовления тех продуктов, которые ему не понравились при первой дегустации, указывали на положительный исход в будущем. Подводя итоги, следует отметить, что Томас обратился за помощью с хронической формой ИОРПП средней тяжести, сопровождавшейся сенсорной чувствительностью и нехваткой питательных веществ, которые являлись следствием пищевых ограничений. Он добился отличных результатов в КПТ-ИОРПП. Этот случай показывает, что взрослые пациенты с ИОРПП, самостоятельно обратившиеся за помощью (т.е. без давления со стороны членов семьи), обычно имеют очень высокую мотивацию к изменениям, что, в свою очередь, является залогом успешного лечения.

---

## Выводы и дальнейшие рекомендации

Что в имени твоём? Введение диагноза под названием ИОРПП позволило валидировать опыт людей всех возрастов, испытывающих клинически значимое избегающее и/или ограничительное пищевое поведение. Ранее, до появления этого диагноза в медицинской номенклатуре, подобным проявлениям не уделяли должного внимания, а значит, люди, страдающие от симптомов ИОРПП, не могли получить необходимую помощь. Когда диагноз ИОРПП был внесен в *DSM-5*, это дало толчок новым исследованиям относительно феноменологии и клинического ведения этого гетерогенного заболевания. И хотя формальный диагноз является относительно новым, сама проблема существует уже долгое время, а поэтому и пациенты, и профессионалы, работающие с расстройствами пищевого поведения, с распростертыми объятиями встретили результаты исследований и предлагаемую терапевтическую методику.

Наше желание разработать КПТ-ИОРПП было порождено насущной необходимостью: пациенты с ИОРПП и их родители часто обращались за помощью к нашей Программе лечения и исследования расстройств пищевого поведения в Массачусетской больнице общего профиля в Бостоне. За те годы, что прошли с момента признания ИОРПП как официального диагноза, количество исследований этой проблемы значительно возросло, что позволило командам ученых и клиницистов по всему миру узнать больше об этом гетерогенном заболевании, встречающемся у представителей разнообразных групп населения. Взяв за основу наш богатый опыт в сфере лечения расстройств пищевого поведения и тревожных расстройств, а также изучив доступную литературу по расстройствам приема пищи, мы начали разрабатывать методику, которая помогла бы решить проблемы пациентов, приходящих к нам за помощью. После того как мы определили, что именно поддерживает данное заболевание, мы разработали терапевтическую методику, в основе которой

лежат интервенции, используемые для работы с определенными симптомами. После почти четырех лет тестирования и последующих улучшений эта методика стала тем, что на сегодняшний день известно под названием КПТ-ИОРПП.

КПТ-ИОРПП является новой методикой, и мы все еще продолжаем совершенствовать ее. Наши исходные данные — включая описания случаев, приведенные в этой книге, а также данные нашего открытого экспериментального лечения 20 пациентов — позволяют предположить высокую эффективность КПТ-ИОРПП. Большинство пациентов, проходящих лечение в рамках нашей методики, начинают чувствовать себя гораздо лучше, увеличив объем и разнообразие потребляемой пищи. Им удается набрать вес и подрасти на несколько сантиметров, снизить зависимость от пищевых добавок в виде напитков, восполнить нехватку питательных веществ, а также сгладить психологические последствия. Многим пациентам удается полностью выздороветь. По окончании курса лечения они больше не подходят под диагностические критерии ИОРПП. Эти предварительные результаты доказывают эффективность структурированного краткосрочного лечения. Наша методика позволяет достигнуть устойчивых изменений в лучшую сторону даже в случае с пациентами, у которых данное заболевание присутствовало почти всю жизнь.

Случай одного из наших юных пациентов позволяет подвести итог всему вышесказанному. После завершения курса лечения КПТ-ИОРПП, состоявшего из 20 сессий, за время которого ему удалось увеличить количество овощей в рационе с 0 до 5, 12-летний Стив отметил: “Если бы полгода назад мне кто-нибудь сказал, что я люблю салат «Цезарь», я бы подумал, что этот человек сошел с ума. Но сейчас я очень люблю это блюдо. Раньше я был уверен, что я просто ненавижу овощи. Но сейчас я понимаю, что это не совсем так”. Мать Стива заметила, что в результате лечения ее сын не только стал более охотно пробовать новые продукты, но также стал более гибким и открытым к новому опыту в других жизненных сферах.

Пилотное испытание показало многообещающие результаты. Однако теперь нашей методике предстоит пройти рандомизированное контролируемое клиническое исследование для того, чтобы

проверить КПТ-ИОРПП с использованием достоверной контрольной группы. И хотя не существует другого опубликованного руководства, индивидуализированного для работы с пациентами с ИОРПП в возрасте от 10 лет и старше, они могут вскоре появиться, так как внимание к этому диагнозу среди специалистов сферы расстройств пищевого поведения неуклонно растет. Более того, клиники, занимающиеся лечением расстройств приема пищи и расстройств пищевого поведения в амбулаторных условиях и в стационаре, нутрициологические центры и программы по эрготерапии могут предоставить кандидатов для участия в исследованиях.

В дальнейшем мы планируем изучить результаты исследования для того, чтобы узнать, какие из компонентов КПТ-ИОРПП являются необходимыми или достаточными для того, чтобы произошли предполагаемые изменения. В ходе разработки нашей методики мы работали над тем, чтобы сузить КПТ-ИОРПП, убирая все необязательные компоненты, делая нашу методику максимально эффективной и простой. Например, в ранней версии КПТ-ИОРПП мы просили пациентов определить плюсы и минусы ИОРПП для того, чтобы повысить вовлеченность в процесс терапии и увеличить мотивацию к изменениям. И хотя некоторым пациентам это действительно помогало, в конце концов мы поняли, что эта интервенция не была необходимой и что лучше посвятить время сессии тому, чтобы уделить внимание важности изменений в самом начале лечения. Действительно, мы заметили, что пациенты, которые в итоге добиваются успеха, начинают изменять свое пищевое поведение еще до того, как мы просим их сделать это. Поскольку ранние изменения на самом деле имеют преимущества, теперь мы просим всех пациентов вносить изменения в свой образ питания с самой первой сессии. В дополнение к этому мы разрабатываем специальное мобильное приложение, которое пациенты смогут использовать, чтобы отмечать количество дегустаций и отслеживать, какие продукты им удалось ввести в рацион. Мы планируем протестировать полезность этого приложения в рамках КПТ-ИОРПП с надеждой, что его применение увеличит процент выполненных домашних заданий и даже позволит ускорить прогресс.

КПТ-ИОРПП подходит для большинства пациентов — но не для всех. Несмотря на то, что одни пациенты хорошо справляются с задачами терапии, другие продолжают страдать от избегающего/ограничительного пищевого поведения и в конце курса лечения. Специалисты, работающие с ИОРПП, остро нуждаются в дополнительных исследованиях, чтобы создать оптимальную методику для тех, кто не добивается должного результата при помощи КПТ-ИОРПП, а также для тех, кто не подходит для лечения в рамках КПТ-ИОРПП (в частности — для пациентов, нуждающихся в амбулаторном или стационарном наблюдении). Например, для участия в КПТ-ИОРПП подходят только те пациенты, которые употребляют хоть какие-то калории из пищи и напитков. Если пациент получает питание через зонд, мы рекомендуем сначала пройти отмену энтерального питания и лишь после этого начинать КПТ-ИОРПП. Переход от зондового кормления к КПТ-ИОРПП до сих пор остается не исследован. С другой стороны, хотя проведение индивидуального или семейного формата КПТ-ИОРПП является необходимым для многих, отдельные элементы самопомощи или родительской поддержки могут оказаться достаточными для пациентов с более легкой формой ИОРПП. Версия КПТ-ИОРПП, основанная на самопомощи и родительской поддержке, сможет быть использована для помощи большему числу пациентов. Но эту методику еще необходимо протестировать. И наконец, ранее мы работали только с пациентами в возрасте от 10 лет и старше. Так как избегающее/ограничительное пищевое поведение очень часто встречается и у детей дошкольного и даже преддошкольного возраста, необходимо изучить, можно ли адаптировать КПТ-ИОРПП для работы с младшими пациентами — основываясь преимущественно на родительском наблюдении в ходе лечения.

Многое пока еще неизвестно относительно ИОРПП. Патологические механизмы (один или несколько) этого заболевания — одна из областей, которые необходимо изучить. Наша команда исследователей предполагает, что определенные нейробиологические факторы (например, взаимосвязи между нейронным аппетитом, системой вознаграждения, страхом и сенсорными системами) являются причиной повышенной сенсорной чувствительности, тревоги

и плохого аппетита и могут проявляться в рамках нормы. В исследовании R01, финансируемом Национальным институтом здоровья США, мы рассматриваем связь между предполагаемыми физическими причинами ИОРПП и многолетним течением этого заболевания. Более того, наша модель КПТ-ИОРПП предполагает, что эти биологические причины являются преморбидным фактором риска возникновения избегающего/ограничительного пищевого поведения, подкрепляемым непосредственно пищевыми ограничениями и избеганием. На данный момент мы проверяем, могут ли эти нейробиологические факторы указать на возможные результаты терапии и можно ли их изменить в ходе лечения. Более того, хотя исследования, проведенные в сфере генетики поведения, предполагают, что пищевые предпочтения и масса тела являются генетическим фактором, существует острая необходимость в том, чтобы исследовать эффективность ИОРПП для членов одной семьи и близнецов при помощи методик молекулярной генетики. Мы также не знаем, могут ли хронические пищевые ограничения и постоянное употребление одних и тех же предпочитаемых продуктов привести к эпигенетическим изменениям в микробиоме кишечника, поддерживающим это расстройство пищевого поведения. Все эти темы должны быть изучены в рамках будущих исследований.

По мере продвижения вперед мы планируем использовать растущую базу биологических и поведенческих данных для того, чтобы определить цели терапии так, чтобы они совпадали с методическими рекомендациями относительно терапии, предоставленными НИЗ. Мы надеемся, что наше руководство по КПТ-ИОРПП поможет вам в клинической практике и изучении ИОРПП. Будем рады, если вы внесете свой вклад в лечение этой группы пациентов, которая зачастую остается без должного внимания.



# Приложение 1. Оценка компетентности в КПТ-ИОРПП

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько вы следуете основным принципам КПТ-ИОРПП в рамках любой отдельно взятой сессии. В каждом из нижеприведенных пунктов оцените, насколько вы справились с заданием, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — иногда;
- 3 — в половине случаев;
- 4 — в большинстве случаев;
- 5 — всегда;
- НП — не применимо.

Показатели	Оценка
<b>1. Коммуникационный стиль общения терапевта</b>	1–5
• Терапевт ведет себя уважительно, открыт к взаимодействию	
<b>2. Позитивный настрой</b>	1–5
• Терапевт преисполнен надежды и верит в то, что пациенту удастся достичь успеха в лечении	
<b>3. Концентрация внимания</b>	1–5
• Терапевт внимательно слушает пациента, проявляет к нему эмпатию и соответствующим образом реагирует на его переживания, а также помогает пациенту оставаться сфокусированным на симптомах ИОРПП и связанных с ними убеждениях	
• Терапевт не поощряет, когда пациент отходит от темы, и сам старается этого не делать (кроме ситуаций, когда необходимо установить контакт или помочь пациенту расслабиться)	

---

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>4. Вовлеченность членов семьи</b>	1–5 или НП
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт помогает членам семьи оставаться вовлеченными в процесс терапии следующим образом               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Индивидуальный формат КПТ-ИОРПП: пациент и терапевт проводят большинство сессий один на один, кроме тех случаев, когда визит одного из родных был заранее запланирован. В случае с подростками родители могут присоединиться в последние 10–15 мин. сессии</li> <li>○ Семейный формат КПТ-ИОРПП: один или оба родителя присутствуют на всех сессиях</li> </ul> </li> </ul>	
<b>5. Знания терапевта</b>	1–5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт обладает высоким уровнем знаний об особенностях ИОРПП и его лечения</li> </ul>	
<b>6. Уровень эмпатии терапевта</b>	1–5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт валидирует сложности и разочарование пациента</li> <li>• Терапевт не говорит, что причиной избирательного или недостаточного питания является “упрямство” или “скверный характер” пациента</li> </ul>	
<b>7. Гибкость терапевта</b>	1–5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт выбирает стратегии и модули КПТ-ИОРПП в соответствии с поддерживающими механизмами заболеваниями, характерными для каждого отдельно взятого пациента</li> </ul>	
<b>8. Подкрепление</b>	1–5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт подкрепляет тяжелый труд и прогресс пациента</li> <li>• Терапевт подкрепляет разговоры пациента об изменениях</li> </ul>	
<b>9. Работа с сенсорной чувствительностью (если необходимо)</b>	1–5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт помогает пациенту изучить все пять продуктов при помощи 5 вопросов</li> <li>• Терапевт поощряет нейтральное и безоценочное описание продуктов</li> <li>• Терапевт делает акцент на том, что цель дегустации состоит в том, чтобы просто попробовать их, а не в том, чтобы сразу же сформировать вкусовое пристрастие к ним</li> </ul>	1–5 или НП
<b>10. Работа со страхом неприятных последствий (если необходимо)</b>	1–5 или НП
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт разрабатывает виды экспозиции в соответствии со страхами пациента</li> <li>• Терапевт разрабатывает посильные эксперименты и виды экспозиций (не вызывающие слишком сильной тревоги)</li> <li>• Терапевт поощряет многократную практику в домашних условиях</li> </ul>	

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>11. Работа с отсутствием интереса к приему пищи или пище в целом (если необходимо)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт поощряет осознанное отношение пациента к чувству голода и сытости</li> <li>• Терапевт разрабатывает виды интероцептивной экспозиции, соответствующие особенностям каждого пациента</li> </ul>	1–5
<p><b>12. Решение распространенных проблем</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт не ожидает, что пациенту сразу же понравится новый продукт (“Ты только попробуй! Тебе обязательно понравится!”)</li> <li>• Терапевт не утверждает, что вероятность происшествия пугающего события составляет 0% (“Да не может такого случиться, чтобы ты подавился этой пищей”)</li> </ul>	1–5
<p><b>13. Признание заслуг пациента в успешном исходе лечения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт признаёт, что пациенту удалось добиться хороших результатов благодаря тому, что он прилагал усилия. Терапевт не ставит себе в заслугу достижения пациента</li> </ul>	1–5
<p><b>14. Домашние задания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт задает домашние задания в соответствии с симптомами и методами КПТ-ИОРПП, используемыми для работы с ними</li> <li>• Когда у пациента возникают сложности с выполнением домашних заданий, терапевт:</li> <li>• пытается разобраться в том, что именно помешало выполнению задания;</li> <li>• просит пациента оценить вероятность выполнения задания и задает его только в том случае, если эта вероятность оказывается высокой</li> </ul>	1–5
<b>15. Оценка общей компетентности</b>	1–5

# Приложение 2. Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: оценка от сессии к сессии

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: первый этап

### Сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<p><b>1. Знакомство (если терапевт еще не знаком с пациентом и/или его родителями)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Представиться и поприветствовать пациента (а также поприветствовать каждого из членов его семьи в отдельности)</li> </ul>	1-7
<p><b>2. Ознакомить пациента с планом сессии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно</li> </ul>	1-7
<p><b>3. Взвесить пациента</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Взвесить пациента и сообщить ему его вес</li> </ul>	1-7
<p><b>4. Провести общее психообразование об особенностях ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Совместно с пациентом рассмотреть раздаточный материал "Что такое ИОРПП?"</li> </ul>	1-7
<p><b>5. Провести психообразование обо всех поддерживающих механизмах, присутствующих у пациента</b>  <i>Рассмотреть следующие раздаточные материалы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Что происходит, если вы употребляете ограниченный набор продуктов?"</li> <li>• "Что происходит, если вы становитесь слишком осторожным в питании после негативного опыта с пищей?"</li> <li>• "Что происходит, если вы ограничиваете объем потребляемой пищи?"</li> </ul>	Оцените работу с каждым из раздаточных материалов от 1 до 7
<p><b>6. Провести психообразование об особенностях ИОРПП:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотреть раздаточный материал "Как лечить ИОРПП"</li> </ul>	1-7
<p><b>7. Включить обсуждение проблем, предложенных пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1-7
<p><b>8. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Задать проведение самонаблюдения или наблюдения родителями</li> <li>• Попросить пациента внести первые изменения в:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ объеме потребляемой пищи (если у пациента наблюдается дефицит массы тела), увеличив дневной калораж на 500 ккал;</li> <li>○ пищевом разнообразии (если нет дефицита массы тела); это можно сделать, изменив способ подачи предпочитаемых блюд, снова введя продукты, которые пациент употреблял ранее, минимизировав избегающее поведение либо меняя продукты, употребляемые в рамках приемов пищи</li> </ul> </li> </ul>	1-7

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е.&gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>
<p><b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволяя пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволяя пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	<p>1–7</p>

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: первый этап

### Сессия вторая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1–7
• Внимательно проверить отчет о самонаблюдении (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) или наблюдении родителей (семейный формат), а также следование регулярному расписанию приемов пищи	
• Узнать, удалось ли пациенту произвести первые изменения относительно объема и разнообразия употребляемой пищи, а также обсудить результат	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>4. Создать индивидуализированную формулировку</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Составить индивидуализированную формулировку симптомов ИОРПП со слов пациента или его родителей</li> <li>• Подчеркнуть, что сейчас именно избегание определенных продуктов и пищевых ситуаций, связанных с приемом пищи, поддерживает порочный круг ИОРПП</li> </ul>	1–7
<b>5. Попросить пациента начать придерживаться регулярного расписания приемов пищи, продолжая при этом употреблять предпочитаемые продукты</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента съесть 3 приема пищи и 2-3 перекуса в день</li> <li>• Обсудить, насколько нынешнее расписание питания пациента соответствует расписанию, предложенному терапевтом, а также определить, какие именно изменения необходимо ввести на следующей неделе</li> </ul>	1–7
<b>6. Подчеркнуть критичную важность набора веса (только для пациентов с дефицитом массы тела)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотреть раздаточный материал под названием “Почему необходимо набрать вес и как это сделать?”</li> </ul>	
<b>7. Запланировать проведение терапевтического приема пищи (только для пациентов с недостаточной массой тела)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Запланировать проведение терапевтического приема пищи, попросив пациента (или его родителей) принести на следующий прием полноценный прием пищи, состоящий из предпочитаемых продуктов пациента в объеме, необходимом для набора веса</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести на следующую сессию одно блюдо, позволяющее увеличить пищевую гибкость (например, новый способ подачи предпочитаемого продукта или блюдо, которое пациент употреблял в прошлом)</li> </ul>	
<b>8. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>9. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение или наблюдение родителей</li> <li>• Попросить пациента произвести изменения относительно:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ объема потребляемой пищи (если у пациента наблюдается дефицит массы тела), увеличив дневной калораж по меньшей мере на 500 ккал;</li> <li>○ пищевого разнообразия (если у пациента нет дефицита массы тела), незначительно изменив способ подачи предпочитаемых блюд или снова начав употреблять ранее любимые продукты, минимизировав избегающее поведение, либо меняя местами приемы пищи</li> </ul> </li> </ul>	1–7
<p><b>10. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>
<p><b>11. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: первый этап

### Сессия третья (только для пациентов с дефицитом массы тела)

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1–7
• Внимательно проверить отчет о самонаблюдении (индивидуальный формат КПТ-ИОРПП) или наблюдении родителей (семейный формат), а также следование регулярному расписанию приемов пищи	
• Узнать, удалось ли пациенту увеличить дневной калораж по меньшей мере на 500 ккал	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>4. Увеличить объем потребляемых продуктов при помощи терапевтического приема пищи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предложить пациенту (и его родителям) начать есть пищу, которую он принес с собой</li> <li>• Напрямую попросить пациента увеличить объем потребляемой пищи ("Съешь еще один кусочек пиццы"), а также похвалить за какие-либо достижения ("Ты почти доел картофельное пюре! Молодец!"), либо же попросить родителей сделать это</li> <li>• Помочь пациенту съесть на один кусочек больше, чем он изначально планировал съесть, или попросить родителей, чтобы они помогли пациенту достичь этого</li> </ul>	1–7
<p><b>5. Увеличить пищевое разнообразие при помощи одного кусочка нового блюда</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь пациенту съесть хотя бы один кусочек предпочитаемого продукта в новой подаче, либо же показать родителям, как они могут помочь своему ребенку достичь этого</li> </ul>	1–7
<p><b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<p><b>7. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение или наблюдение родителей</li> <li>• Попросить пациента продолжать употреблять достаточное количество калорий (т.е. употреблять то же количество калорий, если пациенту удалось набрать вес, или увеличить суточный калораж, если набор веса не произошел) либо попросить родителей, чтобы они проследили за этим</li> </ul>	1–7
<p><b>8. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b>	1–7
Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: первый этап

### Сессия четвертая (только для пациентов с дефицитом массы тела)

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1-7
• Проверить, получается ли у пациента следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также определить, какие еще изменения необходимо произвести	
• Узнать, удалось ли пациенту увеличить дневной калораж по меньшей мере на 500 ккал	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>4. Продолжать акцентировать внимание на важности набора веса</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вместе с пациентом или его родителями решить, как можно увеличить калорийность приемов пищи и перекусов, продолжая употреблять предпочитаемые блюда.</li> </ul>	
<b>5. Продолжить работать над увеличением пищевой гибкости (необязательно)</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если пациенту удалось набрать вес, необходимо предложить ему увеличить пищевую гибкость: 1) меняя местами приемы пищи и перекусы, продолжая употреблять предпочитаемые блюда; или 2) попробовав новые способы приготовления и подачи предпочитаемых блюд</li> </ul>	
<b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	
<b>7. Дать практическое задание на дом</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение или наблюдение родителей</li> <li>• Попросить пациента продолжать употреблять достаточное количество калорий (т.е. употреблять то же количество калорий, если пациенту удалось набрать вес, или увеличить суточный калораж, если набор веса не произошел) либо попросить родителей, чтобы они проследили за этим</li> <li>• Если пациенту удалось набрать вес, стоит попросить его увеличить пищевую гибкость</li> </ul>	
<b>8. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<p><b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: второй этап

### Сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1-7
• Проверить, получается ли у пациента следовать регулярному расписанию приемов пищи, проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей), а также увеличивать пищевую гибкость	
• Узнать, удалось ли пациенту увеличить суточный калораж по меньшей мере на 500 ккал	
<b>4. Продолжать акцентировать внимание на важности набора веса</b>	1-7
• Вместе с пациентом или его родителями решить, как можно увеличить калорийность приемов пищи и перекусов, продолжая употреблять предпочитаемые блюда	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>5. Провести психообразование о дефицитах питательных веществ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотреть раздаточный материал “Наиболее распространенные дефициты питательных веществ, вызванные ИОРПП”</li> <li>• Спросить пациента о том, была ли у него диагностирована нехватка каких-либо питательных веществ или наблюдаются у него симптомы определенных дефицитов</li> </ul>	
<p><b>6. Продолжить работать над увеличением пищевой гибкости</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предложить пациенту продолжать увеличивать пищевую гибкость: 1) меняя местами приемы пищи и перекусы, продолжая употреблять предпочитаемые блюда; или 2) снова начав употреблять продукты, которые пациент употребляет редко — особенно те продукты, которые могут помочь восполнить нехватку определенных питательных веществ, наблюдающихся у пациента (либо являющихся потенциальными при нынешнем рационе)</li> </ul>	1–7
<p><b>7. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<p><b>8. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение или наблюдение родителей и увеличивать пищевую гибкость</li> <li>• Попросить пациента продолжать употреблять достаточное количество калорий (т.е. употреблять то же количество калорий, если пациенту удалось набрать вес, или увеличить суточный калораж, если набор веса не произошел) либо попросить родителей, чтобы они проследили за этим</li> </ul>	1–7
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b> Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: второй этап

### Сессия вторая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1–7
• Проверить, получается ли у пациента следовать регулярному расписанию приемов пищи, проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей), а также увеличивать пищевую гибкость	
• Узнать, удалось ли пациенту увеличить дневной калораж по меньшей мере на 500 ккал	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>4. Провести психообразование о то, какие виды продуктов должен включать в себя здоровый рацион</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотреть раздаточный материал "ChooseMyPlate"</li> <li>• Обсудить, какие виды продуктов представлены недостаточно либо чрезмерно в рационе пациента</li> </ul>	1-7
<p><b>5. Поработать с таблицей пяти основных групп продуктов</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить таблицу "Пять основных групп продуктов"</li> <li>• Предложить пациенту отметить, какие продукты он: 1) употребляет на регулярной основе; 2) какие продукты хочет попробовать</li> <li>• Убедиться, что пациент включил в список "продуктов, которые он хочет попробовать", продукты, которые помогут восполнить существующие дефициты питательных веществ</li> </ul>	
<p><b>6. Подготовиться к работе с первым (или единственным) поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести небольшие порции 5 продуктов из списка "продуктов, которые пациент хочет попробовать" для проведения первой экспозиции в рамках сессии (только для модуля сенсорной чувствительности)</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) подумать о том, с какими страхами он хочет поработать в рамках третьего этапа (только для модуля страха неприятных последствий)</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести 5 любимых продуктов для проведения первой экспозиции в рамках сессии (только для модуля отсутствия интереса)</li> </ul>	1-7
<p><b>7. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1-7

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>8. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать употреблять достаточное количество калорий (т.е. употреблять то же количество калорий, если пациенту удалось набрать вес, или увеличить суточный калораж, если набор веса не произошёл) либо попросить родителей, чтобы они проследили за этим</li> <li>• Попросить пациента продолжить думать о том, какие еще продукты он хочет попробовать в рамках третьего этапа (или попросить его принести 5 продуктов из этого списка в том случае, если третий этап начинается с модуля сенсорной чувствительности)</li> </ul>	1–7
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП
<p><b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль сенсорной чувствительности, сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1-7
• Проверить, получается ли у пациента следовать регулярному расписанию приемов пищи, проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей), а также увеличивать пищевую гибкость	
• Определить, какие еще изменения в пищевом поведении необходимо произвести	
• Убедиться, что пациент принес пять продуктов, которые он хочет попробовать	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>4. Провести психообразование о необходимости многократной экспозиции для формирования вкусового пристрастия к новым продуктам</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Описать эффект экспозиции, используя в качестве примера ситуации из жизни пациента (связанные с питанием и с другими сферами жизни)</li> <li>• Изучить раздаточный материал “Пять шагов к знакомству с новыми продуктами”</li> </ul>	1–7
<p><b>5. Провести первую экспозицию в рамках сессии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь пациенту попробовать каждый из принесенных пяти продуктов, используя технику пяти шагов</li> <li>• Попросить пациента отметить эти продукты в таблице пяти основных групп продуктов</li> <li>• Определить ситуации, в которых пациент сможет продолжать проводить многократную экспозицию хотя бы некоторым из этих продуктов в домашних условиях в течение следующей недели</li> </ul>	
<p><b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<p><b>7. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей), увеличивать пищевую гибкость, а также практиковаться с новыми продуктами</li> <li>• Спросить у пациента, с какими из продуктов, продегустированных в рамках сессии, он желает практиковаться на следующей неделе</li> <li>• Попросить пациента определить 5 продуктов из списка пяти основных групп продуктов, которые он хочет попробовать на следующей неделе</li> </ul>	1–7
<p><b>8. Использование техник, противоречащих КПП-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b> Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль сенсорной чувствительности, сессия вторая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Убедиться, что пациент (или его родители) ведет отчет о том, какие продукты он продолжал пробовать в течение прошедшей недели</li> <li>• Убедиться, что пациент отметил количество дегустаций в таблице пяти основных групп продуктов</li> <li>• Убедиться, что пациент принес пять продуктов, которые он хочет попробовать</li> </ul>	
<b>4. Провести экспозицию в рамках сессии</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь пациенту попробовать каждый из принесенных пяти продуктов, используя технику пяти шагов</li> <li>• Определить ситуации, в которых пациент сможет продолжать проводить многократную экспозицию хотя бы с некоторыми из этих продуктов в домашних условиях в течение следующей недели</li> </ul>	
<b>5. Провести черту между дегустацией и введением продукта в рацион</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить раздаточный материал “Стратегии, позволяющие ввести новые продукты в рацион в домашних условиях”</li> <li>• Совместно с пациентом (или его родителями) определить стратегии из вышеприведенного раздаточного материала, которые могут помочь ему ввести в рацион продукты, выбранные пациентом для дегустации</li> </ul>	
<b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	
<b>7. Дать практическое задание на дом</b>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей), увеличивать пищевую гибкость, а также практиковаться с новыми продуктами</li> <li>• Спросить у пациента, какие из продегустированных продуктов он хочет продолжать пробовать на следующей неделе, а какие — ввести в рацион</li> <li>• Попросить пациента пробовать или вводить в рацион по одному продукту каждый день</li> <li>• Попросить пациента определить 5 продуктов из списка пяти основных групп продуктов, которые он хочет попробовать на следующей неделе</li> </ul>	

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>8. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>
<p><b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволяя пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволяя пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	<p>1–7</p>

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль сенсорной чувствительности, последующие сессии

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Убедиться, что пациент (или его родители) ведет отчет о том, какие продукты он продолжал пробовать в течение прошедшей недели</li> <li>• Убедиться, что пациент отметил количество дегустаций в таблице пяти основных групп продуктов (например, в рабочей тетради)</li> <li>• Убедиться, что пациент принес пять продуктов, которые он хочет попробовать</li> </ul> <p><b>4. Провести экспозицию в рамках сессии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь пациенту попробовать каждый из принесенных пяти продуктов, используя технику пяти шагов</li> <li>• Убедиться, что пациент отметил продегустированные продукты в рабочей тетради</li> <li>• Определить ситуации, в которых пациент сможет продолжать проводить многократную экспозицию хотя бы с некоторыми из этих продуктов в домашних условиях в течение следующей недели</li> </ul> <p><b>5. Продолжать акцентировать внимание на важности введения новых продуктов в рацион</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь пациенту определить, какие продукты он уже с легкостью смог попробовать несколько раз, и какие из них он может ввести в приемы пищи и перекусы на следующей неделе</li> <li>• Воспользоваться схемой MyPlate для того, чтобы гармонично ввести новые продукты в рацион пациента, включив их в существующие приемы пищи и перекусы</li> </ul>	<p>1–7</p>
<p><b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	<p>1–7</p>

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>7. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей)</li> <li>• Спросить у пациента, какие из продегустированных продуктов он хочет продолжать пробовать на следующей неделе, а какие — ввести в рацион</li> <li>• Попросить пациента пробовать или вводить в рацион по одному продукту каждый день</li> <li>• Попросить пациента определить 5 продуктов из списка пяти основных групп продуктов, которые он хочет попробовать на следующей неделе</li> <li>• Предложить пациенту (или его родителям) принести на следующую сессию одно или несколько сложных блюд, состоящих из нескольких продуктов, перечисленных в списке пяти основных групп продуктов (кроме последней сессии третьего этапа)</li> </ul> <p><b>8. (Только для последней сессии модуля сенсорной чувствительности, если у пациента наблюдается несколько поддерживающих механизмов.) Подготовиться к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента (или его родителей) подумать о том, с какими страхами он хочет поработать в рамках третьего этапа (только для модуля страха неприятных последствий)</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести 5 любимых продуктов для проведения первой экспозиции в рамках сессии (только для модуля отсутствия интереса)</li> </ul>	1–7
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволяя пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволяя пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль страха неприятных последствий, сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Узнать, удастся ли пациенту питаться регулярно и увеличивать пищевую гибкость, а также определить, какие еще изменения необходимо произвести</li> </ul>	1–7
<b>4. Провести психообразование об избегании и экспозиции</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить раздаточный материал “Как избегание усиливает тревогу в долгосрочной перспективе”</li> </ul>	1–7
<b>5. Составить иерархию для проведения будущих экспозиций</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Объяснить пациенту концепцию шкалы субъективного дистресса/термометра страха</li> <li>• Совместно с пациентом составить иерархию экспозиции, включив в нее пункты, связанные с травмой пациента</li> </ul>	
<b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<b>7. Дать практическое задание на дом</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей) и увеличивать пищевую гибкость</li> <li>• Спросить пациента, не желает ли он добавить какие-то дополнительные пункты в иерархию экспозиции</li> <li>• Попросить пациента принести на следующую сессию продукты, необходимые для проведения экспозиции</li> </ul>	1–7
<b>8. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b>	1–7
Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль страха неприятных последствий, последующие сессии

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Узнать, удастся ли пациенту питаться регулярно и увеличивать пищевую гибкость, а также определить, какие еще изменения необходимо произвести</li> <li>• Спросить пациента, не желает ли он добавить какие-то дополнительные пункты в иерархию экспозиции и/или проверить проведение экспозиции, выполненной в качестве домашнего задания</li> </ul>	1–7
<b>4. Провести экспозицию выбранным продуктам</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента оценить вероятность пугающего исхода от 0 до 100%</li> <li>• Попросить пациента оценить свое состояние по шкале СД перед началом экспозиции</li> <li>• Определить, какие виды избегающего поведения пациент обычно использует, и попросить его не прибегать к ним</li> <li>• Попросить пациента оценить свое состояние по шкале СД после проведения экспозиции</li> <li>• Попросить пациента заново оценить вероятность пугающего исхода от 0 до 100%</li> </ul>	1–7
<b>5. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<b>6. Дать практическое задание на дом</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей) и увеличивать пищевую гибкость</li> <li>• Определиться, какие виды экспозиции с пищевыми продуктами пациент будет проводить на следующей неделе</li> <li>• Попросить пациента принести на следующую сессию продукты, необходимые для проведения экспозиции</li> </ul>	1–7

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>7. (Только для последней сессии модуля, если у пациента наблюдается несколько поддерживающих механизмов.)</b>  <b>Подготовиться к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа</b></p>	1–7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести пять продуктов, которые он хочет попробовать, из списка пяти основных групп продуктов (только для модуля сенсорной чувствительности)</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести 5 любимых продуктов для проведения первой экспозиции в рамках сессии (только для модуля отсутствия интереса)</li> </ul>	
<p><b>8. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	
<p><b>9. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p>	1–7
<p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль отсутствия интереса, сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Узнать, удастся ли пациенту питаться регулярно и увеличивать пищевую гибкость, а также определить, какие еще изменения необходимо произвести</li> </ul>	1–7
<p><b>4. Провести психообразование о стратегиях, помогающих употреблять пищу в достаточном объеме</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить раздаточный материал “Стратегии, помогающие употреблять пищу в достаточном объеме”</li> </ul>	1–7
<p><b>5. Провести интероцептивную экспозицию</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Объяснить пациенту концепцию шкалы субъективного дистресса/термометра страха</li> <li>• Продемонстрировать пациенту каждую из интероцептивных экспозиций (выпятить живот, выпить залпом стакан воды, покрутиться на стуле)</li> <li>• Предложить пациенту выполнить каждую из экспозиций и оценить свое состояние по шкале СД</li> <li>• Помочь пациенту выдержать неприятные ощущения вместо того, чтобы задействовать избегающее поведение</li> <li>• Спросить пациента, заметил ли он снижение СД в ходе проведения экспозиции</li> </ul>	
<p><b>6. Попросить пациента расширить записи о самонаблюдении, добавив к ним наблюдение за чувством голода и сытости</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента отслеживать сигналы голода и сытости</li> </ul>	
<p><b>7. Применить технику пяти шагов с предпочитаемыми продуктами</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить раздаточный материал о технике пяти шагов</li> <li>• Попросить пациента описать пять любимых продуктов, которые он принес с собой</li> </ul>	
<p><b>8. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>9. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей) и увеличивать пищевую гибкость</li> <li>• Попросить пациента продолжать проводить в домашних условиях те виды interoцептивной экспозиции, которые вызвали у него чувство дискомфорта</li> <li>• Убедиться, что пациент дополнит дневник о самонаблюдении оценкой чувства голода и сытости</li> <li>• Помочь пациенту определить пять предпочитаемых продуктов, которые он принесет на следующую сессию</li> </ul>	1–7
<p><b>10. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> <li>• Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП
<p><b>11. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: третий этап

### Модуль отсутствия интереса, последующие сессии

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1-7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1-7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
• (Только для пациентов с дефицитом массы тела) Подкрепить изменения, позволившие пациенту набрать вес, или, если пациенту не удалось набрать вес, составить вместе с пациентом (или его родителями) детальный план по набору веса на следующую неделю	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Узнать, удастся ли пациенту питаться регулярно и увеличивать пищевую гибкость, а также определить, какие еще изменения необходимо произвести</li> <li>• Проверить записи пациента об уровне голода и сытости, определить, в какое время суток он испытывает наиболее сильное чувство голода, и предложить пациенту увеличить объем потребляемой пищи в это время</li> </ul> <p><b>4. Провести дальнейшие interoцептивные экспозиции</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предложить пациенту провести виды экспозиции, связанные с неприятными ощущениями, испытываемыми пациентом во время приема пищи: вздутие (выпятить живот), чрезмерное чувство сытости (выпить залпом несколько стаканов воды) и/или тошнота (покрутиться на стуле)</li> <li>• Предложить пациенту выполнить каждую из экспозиций и оценить свое состояние по шкале СД</li> <li>• Помочь пациенту выдержать неприятные ощущения вместо того, чтобы задействовать избегающее поведение</li> <li>• Спросить пациента, заметил ли он снижение СД в ходе проведения экспозиции</li> </ul> <p><b>5. Применить технику пяти шагов с предпочитаемыми продуктами</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить раздаточный материал о технике пяти шагов</li> <li>• Попросить пациента описать пять любимых продуктов, которые он принес с собой</li> </ul>	1–7
<p><b>6. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>7. Дать практическое задание на дом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента продолжать следовать регулярному расписанию приемов пищи, а также проводить самонаблюдение (или наблюдение родителей) и увеличивать пищевую гибкость</li> <li>• Попросить пациента продолжать проводить в домашних условиях те виды interoцептивной экспозиции, которые вызвали у него чувство дискомфорта</li> <li>• Попросить пациента принести еще пять любимых продуктов на следующую сессию</li> <li>• Попросить пациента продолжать практиковаться в употреблении любимых продуктов на следующей неделе</li> </ul>	<p>1-7</p>
<p><b>8. (Только для последней сессии модуля сенсорной чувствительности, если у пациента наблюдается несколько поддерживающих механизмов.) Подготовиться к работе со следующим поддерживающим механизмом в рамках третьего этапа</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Попросить пациента (или его родителей) подумать о том, с какими страхами он хочет поработать в рамках третьего этапа (только для модуля страха неприятных последствий)</li> <li>• Попросить пациента (или его родителей) принести небольшие порции 5 продуктов из списка "продуктов, которые пациент хочет попробовать", для проведения первой экспозиции в рамках сессии (только для модуля сенсорной чувствительности)</li> </ul>	
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b> Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволяя пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволяя пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: четвертый этап

### Сессия первая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Проверить выполнение домашних практических заданий</b>	1–7
• Проверить, выполнил ли пациент задания, заданные на предыдущей сессии	
<b>4. Повторно рассмотреть индивидуализированную формулировку</b>	1–7
• Совместно с пациентом рассмотреть его индивидуализированную формулировку и определить, каких изменений удалось достичь за время лечения	

Показатели	Оценка
<p><b>5. Повторно рассмотреть таблицу пяти основных групп продуктов</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучит таблицу пяти основных групп продуктов, заполненную пациентом, и определить, какие продукты ему удалось успешно попробовать и/или ввести в свой рацион</li> <li>• Убедиться, что пациент употребляет по несколько продуктов из каждой группы</li> <li>• Рассмотреть схему MyPlate и убедиться, что недавние приемы пищи пациента в большей мере соответствуют этой схеме в сравнении с привычными приемами пищи, употребляемыми пациентом до начала лечения</li> <li>• Определить, какие изменения пациент может совершить в будущем для достижения большего успеха (например, продолжать пробовать новые продукты и продолжать практиковаться по завершении курса лечения)</li> </ul>	
<p><b>6. Обсудить, готов ли пациент завершить КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознакомить пациента с критериями выздоровления от ИОРПП</li> <li>• Определить, в каких сферах пациенту удалось достичь успеха</li> <li>• Определить сферы, в которых пациент все еще испытывает сложности, и, если необходимо, обсудить, где пациент может получить дополнительную поддержку по завершении КПТ-ИОРПП</li> </ul>	1–7
<p><b>7. Прекратить ведения дневника самонаблюдения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассказать пациенту, что нет необходимости вести отчет о самонаблюдении в рамках четвертого этапа КПТ-ИОРПП</li> </ul>	
<p><b>8. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	1–7
<p><b>9. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП

Окончание табл.

Показатели	Оценка
<p><b>10. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b></p> <p>Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволяя пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволяя пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.</p>	1–7

## Строгое следование принципам КПТ-ИОРПП: четвертый этап

### Сессия вторая

**Указания:** используйте эту шкалу для того, чтобы оценить, насколько строго вы придерживаетесь инструкций, содержащихся в этом руководстве по терапии. Оцените, насколько вы справились с каждым из нижеприведенных заданий, используя следующую шкалу:

- 1 — никогда;
- 2 — очень редко;
- 3 — редко;
- 4 — иногда;
- 5 — в половине случаев;
- 6 — в большинстве случаев;
- 7 — всегда.

**ВАЖНО:** используйте значения, отмеченные значком “•”, в качестве общих указаний относительно того, что терапевту необходимо выполнить в рамках сессии. Однако, поскольку эти указания являются очень детальными, оценивать стоит лишь то, что выделено жирным шрифтом.

Показатели	Оценка
<b>1. Ознакомить пациента с планом сессии</b>	1–7
• Объяснить ход сессии так, чтобы пациенту все было ясно	
<b>2. Взвесить пациента</b>	1–7
• Взвесить пациента и сообщить ему его вес	
<b>3. Обсудить успехи, которых пациенту удалось достичь за время, прошедшее после прошлой сессии</b>	1–7
• Обсудить, удалось ли пациенту поддерживать здоровый вес (если необходимо) и продолжить вводить новые продукты (если необходимо)	

Продолжение табл.

Показатели	Оценка
<p><b>4. Составить план по предотвращению рецидивов заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Совместно с пациентом составить план по предотвращению рецидивов заболевания, включающий в себя:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ стратегии по улучшению пищевого поведения;</li> <li>○ перечень потенциальных триггеров, которые могут вызвать рецидив;</li> <li>○ перечень сигналов, предупреждающих о том, что у пациента начинается рецидив;</li> <li>○ стратегии КПТ-ИОРПП, которые пациент планирует продолжать использовать после завершения курса лечения;</li> <li>○ цели, которых пациент хочет достигнуть после завершения курса лечения</li> </ul> </li> </ul>	<p>1–7</p>
<p><b>5. Обсудить проблемы, предложенные пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• С уважением отнестись к обсуждению проблем и вопросов, предложенных пациентом, либо же перенести их обсуждение на следующую сессию. При этом стоит избегать тем, не связанных с ИОРПП</li> </ul>	<p>1–7</p>
<p><b>6. Завершить курс лечения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Завершить последнюю сессию на позитивной ноте, признав заслуги пациента в достижении успеха в лечении, а также выразив оптимистические надежды относительно будущего прогресса по завершении курса лечения</li> </ul>	
<p><b>7. Использование техник, противоречащих КПТ-ИОРПП</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволять пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии (т.е. &gt;25 из 50 мин.)</li> <li>• Поощрять обсуждение внутренних конфликтов, которые могли стать причиной ИОРПП</li> <li>• Позволять пациенту играть с едой</li> <li>• Просить родителей, чтобы они "оставили ребенка в покое" или "не давили на него", чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи</li> </ul>	<p>Оцените, сколько минут вы уделите работе с техниками, противоречащими ИОРПП</p>

*Окончание табл.*

Показатели	Оценка
<b>8. Общая оценка следования принципам КПТ-ИОРПП</b>	1–7
Если терапевт не использовал когнитивно-поведенческие стратегии работы с ИОРПП или включил в сессию стратегии, не соответствующие принципам КПТ (например, позволял пациенту отклоняться от запланированных интервенций в течение большей части сессии, поощрял обсуждение внутренних конфликтов пациента, которые могли стать причиной ИОРПП, позволял пациенту играть с едой или просил родителей, чтобы они “оставили ребенка в покое” или “не давили на него”, чтобы помочь ему увеличить объем и разнообразие потребляемой пищи), общая оценка не должна превышать 5 баллов.	

# Библиография

1. Academy for Eating Disorders Medical Care Standards Committee Guide. *Eating disorders: A guide to medical care* (3rd ed.). Reston, VA: Academy for Eating Disorders, 2016.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, 2013.
3. American Society for Enteral and Parenteral Enteral Nutrition. *Adult nutrition support core curriculum* (3rd ed.) Silver Spring, MD: ASEPEN, 2017.
4. Andony, L.J., Tay, E., Allen, K.L., et al. Therapist adherence in the strong without anorexia nervosa (SWAN) study: A randomized controlled trial of these treatments for adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1170–1175, 2015.
5. Bailey, R.L., Gahche, J.J., Lentino, C.V. et al. Dietary supplement use in the United States, 2003–2006. *The Journal of Nutrition*, 141(2), 261–266, 2010.
6. Barlow, D.H., Leitenberg, H., Agras, W.S., et al. The transfer gap in systematic desensitization: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy*, 7(2), 191–196, 1969.
7. Becker, A.E., Thomas, J.J. & Pile, K.M. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in *DSM-V*? *International Journal of Eating Disorders*, 42, 620–635, 2009.
8. Benini, L., Todesco, T., Dalle Grave R., et al. Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *The American Journal of Gastroenterology*, 99(8), 1448–1454.
9. Benoit, D., Wang, E.E. & Zlotkin, S.H. Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral intervention in early childhood: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 237, 498–503, 2000.
10. Berry, R.C., Novak, P., Withrow, N., et al. Nutrition management of gastrointestinal symptoms in children with autism spectrum disorder: Guideline from an expert panel. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(12), 1919–1927, 2015.
11. Birch, L.L. & Fisher, J.O. Mother's child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054–1061, 2000.

12. Birch, L.L. & Marlin, D.W. I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite*, 3(4), 353–360, 1982.
13. Birch, L.L., McPhee, L., Shoba, B.C., et al. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite*, 9(3), 171–178, 1987.
14. Boettcher, H., Brake, C.A. & Barlow, D.H. Origins and outlook of interoceptive exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 41–51, 2016.
15. Boschen, M.J. Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 407–419, 2007.
16. Boswell, J.F., Anderson, L.M. & Anderson, D. A. Integration of interoceptive exposure in eating disorder treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(2), 194–210, 2015.
17. Breen, F.M., Plomin, R. & Wardle, J. Heritability of food preferences in young children. *Physiology & Behavior*, 88(4), 443–447, 2006.
18. Brewerton, T.D. & D'Agostino, M. Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorder program. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(10), 920–922, 2017.
19. Brownell, K.D. & Horgen, K.B. *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. Chicago: Contemporary Books, 2017.
20. Bryant-Waugh, R. Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 420–423.
21. Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., et al. Development of the PICA, ИОПІІІ, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10 to 22. *International Journal of Eating Disorders*, in press.
22. Buie, T., Campbell, D.B., Fuchs, G.J., et al. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: A consensus report. *Pediatrics*, 125(Supplement 1), S1–S18, 2010.
23. Byars, K.C., Burklow, K.A., Ferguson, K., et al. A multi-component behavioral program for oral aversion in children dependent on gastrostomy feedings. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37, 473–480, 2003.

24. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 11(2), 163–183, 2002.
25. Chatoor I. *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington, DC: National Center for Clinical Infant Programs, 2009.
26. Chorpita, B.F., Vitali, A.E. & Barlow, D. H. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: An experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(4), 307–315, 1997.
27. Coniglio, K., Mancuso, C., Izquierdo, A., et al. I want it now! Reward preferences among individuals with avoidant/restrictive food intake disorder. Poster presentation at the annual Association for Behavioral and Cognitive Therapies conference, San Diego, CA, 2017.
28. Cooke, L. & Webber, L. *Stress-free feeding: How to develop healthy eating habits in your child*. London: Robinson, 2015.
29. Craighead, L. W. *The appetite awareness workbook: How to listen to your body and overcome bingeing, overeating, and obsession with food*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2006.
30. Craske, M.G., Antony, M.M. & Barlow, D.H. *Mastering your fears and phobias*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
31. Craske, M.G. & Barlow, D.H. Panic disorder and agoraphobia, In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 1–59). New York: Guilford, 2001.
32. Craske, M.G. & Barlow, D.H. *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
33. Dodrill, P. *Feeding problems and oropharyngeal dysphagia in children*. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, 3(5), 1055–1060, 2014.
34. Dovey, T.M., Staples, P.A., Gibson, E.L., et al. Food neophobia and “picky/fussy” eating in children: A review. *Appetite*, 50(2), 181–193, 2008.
35. Dunn Klein, M. & Morris, S.E. *Homemade blended formula handbook*. Tucson, AZ: Mealtime Notions, 2007.
36. Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franko, D.L., et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for *DSM-V*. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245–250, 2008.
37. Eddy, K.T., Thomas, J.J., Hastings, E., et al. Prevalence of *DSM-5* avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 464–470, 2015.

38. Emond, A., Emmett, P., Steer, C., et al. Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 126(2), e337–e342, 2010.
39. Fairburn, C.G. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press, 2008.
40. First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., et al. *Structured clinical interview for DSM-5 disorders—research version (SCID-5-RV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.
41. First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S. & Spitzer, R. L. *Structured clinical interview for DSM-5 disorders—research version (SCID-5-RV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015.
42. Fischer, A.J., Luiselli, J.K. & Dove, M.B. Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(2), 154, 2015.
43. Fisher, M.M., Rosen, D.S., Ornstein, R.M., et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A “new disorder” in *DSM-5*. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49–52, 2014.
44. Fitzpatrick, K.K., Forsberg, S.E. & Colborn, D. Family-based therapy for avoidant restrictive food intake disorder: Families facing food neophobia. In K.L. Loeb, D. Le Grange & J. Lock (Eds.), *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: New applications* (pp. 256–276). New York: Routledge, 2015.
45. Forman, S.F., McKenzie, N., Hehn, R., et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with *DSM-5* restrictive eating disorders: Report of the national eating disorders quality improvement collaborative. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 750–756, 2014.
46. Frecka, J.M. & Mattes, R.D. Possible entrainment of ghrelin to habitual meal patterns in humans. *American Journal of Physiology: Gastrointestinal and Liver Physiology*, 294(3), G699–G707, 2008.
47. Garner, D.M. Psychoeducational principles in treatment. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 145–177). New York: Guilford, 1997.
48. Golding, J., Steer, C., Emmett, P., et al. Associations between the ability to detect bitter taste, dietary behavior, and growth: A preliminary report. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1170, 553–557, 2009.
49. Greer, A.J., Gulotta, C.S., Masler, E.A., et al. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive

- inter-disciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 612–620, 2007.
50. Hay, P., Mitchison, D., Collado, A.E., et al. Burden and health-related quality of life of eating disorders including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ИОППИ), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 21, 2017.
  51. Hilbert, A. & van Dyck, Z. Eating Disorders in Youth – Questionnaire. English version. University of Leipzig (online). Available at: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246>, 2016.
  52. Hunter, P.V. & Antony, M.M. Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: The role of interoceptive exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 84–91, 2009.
  53. Izquierdo, A.M., Plessow, F., Becker, K.R., et al. Belief bias toward thinness and dieting is present in anorexia nervosa independent of explicit weight/shape concern but not in avoidant/restrictive food intake disorder. Paper presentation at the Eating Disorders Research Society conference, Leipzig, Germany, 2017.
  54. Izquierdo, A.M., Thomas, J.J., Mancuso, C.J., et al. Restrictions apply: Comparing standardized caloric and macronutrient intake among individuals with low-weight eating disorders and healthy controls. Oral paper presentation at the International Conference on Eating Disorders, Chicago, IL, 2018.
  55. Jacobi, C., Schmitz, G. & Agras, W.S. Is picky eating an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 626–634, 2008.
  56. Kahn, B.E. & Wansink, B. The influence of assortment structure on perceived variety and consumption quantities. *Journal of Consumer Research*, 30(4), 519–533, 2004.
  57. Kandemir, N., Becker, K.R., Singhal, V., et al. Impact of low weight severity and menstrual status on bone in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 359–369, 2017.
  58. Kardas, M., Cermik, B.B., Ekmecki, S., et al. Lorazepam in the treatment of posttraumatic feeding disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(5), 296–297, 2014.
  59. Kendall, P.C. & Hedtke, K.A. *The coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Pub, 2006.
  60. King, L.A., Urbach, J.R., & Stewart, K.E. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*, 19, 106–109, 2015.

61. Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434–1440, 2001.
62. Kumar, R.K., Singhal, A., Vaidya, U., et al. Optimizing nutrition in preterm low birth weight infants – consensus summary. *Frontiers in Nutrition*, 4, 1–9, 2017.
63. Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785, 2015.
64. Lesser, J., Eckhardt, S., Ehrenreich-May, J., et al. Integrating family based treatment with the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A novel treatment for avoidant restrictive food intake disorder. Clinical Teaching Day Presentation at the International Conference on Eating Disorders in Prague, Czech Republic, 2017.
65. Linardon, J., Brennan, L. & de la Piedad Garcia, X. Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 905–919, 2016.
66. Lock, J. & Le Grange, D. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Publications, 2015.
67. Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., et al. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 90–95, 2015.
68. Lopes, R., Melo, R., Curral, R., et al. A case of choking phobia: Towards a conceptual approach. *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(1), 125–131, 2014.
69. Lucarelli, J., Pappas, D., Welchons, L., et al. Autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(1), 79-80, 2017.
70. Lukens, C.T. & Silverman, A. H. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 903–917, 2014.
71. Mancuso, C.J., Becker, K.R., Plessow, F., et al. But I'm really not hungry: Aberrant ghrelin release in individuals with ИОППИ and AN. Oral presentation at the Eating Disorders Research Society conference, Leipzig, Germany, 2017.
72. Marchi, M. & Cohen, P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112–117, 1990.

73. Marshall, J., Hill, R.J., Ware, R.S., et al. Multidisciplinary intervention for childhood feeding difficulties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60, 680–687, 2015.
74. Mascola, A.J., Bryson, S.W. & Agras, W. S. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, 11(4), 253–257, 2010.
75. Mascolo, M., Geer, B., Feuerstein, J., et al. Gastrointestinal comorbidities which complicate the treatment of anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 25(2), 122–133, 2017.
76. McElhanon, B.O., McCracken, C., Karpen, S., et al. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), 872–833, 2014.
77. McNally, R.J. Behavioral treatment of a choking phobia. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 17(3), 185–188, 1986.
78. McNally, R.J. Choking phobia: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 35(1), 83–89, 1994.
79. Mennella, J.A., Jagnow, C.P. & Beauchamp, G.K. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics*, 107(6), e88–e88, 2001.
80. Methven, L., Langreny, E. & Prescott, J. Changes in liking for a no added salt soup as a function of exposure. *Food Quality and Preference*, 26(2), 135–140, 2012.
81. Micali, N., Siminoff, E., Elberling, H, et al. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years. Association with psychopathology and parentally perceived impairment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(8), 572–580, 2011.
82. Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., et al. Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 573–578, 2005.
83. Misra, M. & Klibanski, A. *Anorexia nervosa and bone*. *Journal of Endocrinology*, 221(3), R163–R176, 2014.
84. Morris, S.E. & Klein, M. D. *Pre-feeding skills: A comprehensive source for feeding development*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders, 1987.
85. Murphy, J. & Zlomke, K.R. A behavioral parent-training intervention for a child with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(1), 23, 2016.
86. Murray, S.B., Thornton, C. & Wallis, A. Selective eating in a 9-year-old boy: Family therapy as a first-line treatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 270–275, 2013.

87. Nakai, Y., Nin, K., Noma, S.L., et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528–530, 2016.
88. Nicely, T.A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., et al. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 21, 2014.
89. Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., et al. Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(2), 257–270, 2001.
90. Nock, M.K. A multiple-baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(3), 217–225, 2002.
91. Norris, M.L., Robinson, A., Obeid, N., et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495–499, 2014.
92. Norris, M.L., Spettigue, W., Hammond, N.G., et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 170–173, 2017.
93. Nowak-Cooperman, K. & Quinn-Shea, K. Finding the balance: Oral eating and tube feeding: One pediatric hospital's experience with a hunger-based intensive feeding program. *ICAN: Infant, Child & Adolescent Nutrition*, 5(5), 283–297, 2013.
94. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/>, 2016, November 17.
95. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Folate-HealthProfessional/>, 2016, April 20.
96. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Iron-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
97. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed March 1, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Riboflavin-HealthProfessional/>, 2016, February 11.

98. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminA-HealthProfessional/>, 2016, August 31.
99. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminB12-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
100. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminC-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
101. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
102. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminK-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
103. Office of Dietary Supplements (US). Calcium. Bethesda, MD: US National Institutes of Health. Accessed February 6, 2018 at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Zinc-HealthProfessional/>, 2016, February 11.
104. Ollendick, T.H. & Davis, III, T.E. One-session treatment for specific phobias: A review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 275–283, 2013.
105. Ornstein, R.M., Essayli, J.H., Nicely, T.A., et al. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1067–1074, 2017.
106. Ornstein, R.M., Rosen, D.S., Mammel, K.A., et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed *DSM-5* criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 303–305, 2013.
107. Paul, C., Williams, K.E., Riegel, K., et al. Combining repeated taste exposure and escape prevention: An intervention for the treatment of extreme food selectivity. *Appetite*, 49, 708–711, 2007.

108. Pinhas, L., Nicholls, D., Crosby, R.D., et al. Classification of childhood onset eating disorders: A latent class analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 657–664, 2017.
109. Pizzo, B., Williams, K.E., Paul, C., et al. Jump start exit criterion: Exploring a new model of service delivery for the treatment of childhood feeding problems. *Behavioral Interventions*, 24, 195–203, 2009.
110. Pliner, P., Pelchat, M. & Grabski, M. Reduction of neophobia in humans by exposure to novel foods. *Appetite*, 20(2), 111–123, 1993.
111. Pulumo, R., Coniglio, K., Lawson, E.A., et al. *DSM-5* Presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Are categories mutually exclusive or overlapping? Poster presentation at the Eating Disorder Research Society meeting, New York, NY, 2016.
112. Rhodes, P., Prunty, M. & Madden, S. Life-threatening food refusal in two nine-year-old girls: Re-thinking the Maudsley model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 63–70, 2009.
113. Rolls, B.J., Rowe, E.A. & Rolls, E.T. How sensory properties of foods affect human feeding behavior. *Physiology & Behavior*, 29(3), 409–417, 1982.
114. Rowell, K., McGothlin, J. & Morris, S.E. *Helping your child with extreme picky eating: A step-by-step guide for overcoming selective eating, food aversion, and feeding disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2015.
115. Sant'Anna, A.M., Hammes, P.S., Porporino, M., et al. Use of cypriheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59(5), 674–678, 2014.
116. Satter, E. *How to get your kid to eat... But not too much*. Boulder, CO: Bull Publishing Company, 1987.
117. Satter, E. The feeding relationship. *Journal of the American Dietetic Association*, 86, 352–356, 1986.
118. Savage, J.S., Fisher, J.O. & Birch, L.L. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22–34, 2007.
119. Schermbrucker, J., Kimber, M., Johnson, N., et al. Avoidant/restrictive food intake disorder in an 11-year-old South American boy: Medical and cultural challenges. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 110, 2017.
120. Sharp, W.G., Jaquess, D.L., Morton, J.F., et al. Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(4), 348–365, 2010.

121. Sharp, W.G. & Postorino, V. Food selectivity in autism spectrum disorder. In L.K. Anderson, S.B. Murray & W.H. Kaye (Eds.), *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (pp. 126–146). New York: Oxford University Press, 2018.
122. Solomou, S. & Korbonits, M. The role of ghrelin in weight-regulation disorders: Implications in clinical practice. *Hormones (Athens)*, 13(4), 458–475, 2014.
123. Strandjord, S.E., Sieke, E.H., Richmond, M., et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673–678, 2015.
124. Sysko, R., Glasofer, D.R., Hilderbrandt, T., et al. The eating disorder assessment for *DSM-5* (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 452–463, 2015.
125. Tanaka, S., Yoshida, K., Katayama, H., et al. Association of Beck Depression Inventory score and Temperament and Character Inventory-125 in patients with eating disorders and severe malnutrition. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 36, 2015.
126. Thomas, J.J., Brigham, K.S., Zayas, L.V., et al. Case records of the Massachusetts General Hospital: An 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2377–2386, 2017b.
127. Thomas, J.J., Hartmann, A.S. & Killgore, W.D.S. Non-fat-phobic eating disorders: Why we need to investigate implicit associations and neural correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 416–419, 2013.
128. Thomas, J.J., Lawson, E.A., Micalim N., et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54, 2017a.
129. Thomas, J.J., Roberto, C.A. & Brownell, K.D. Eighty-five percent of what? Discrepancies in the weight cut-off for anorexia nervosa substantially affect the prevalence of underweight. *Psychological Medicine*, 39, 833–843, 2009.
130. Toomey, K.A., Ross, E. & Kortsha, B. SOS Basic Training Workshop. Little Rock, Arkansas, 2014. Sponsored by the Sensory Processing Disorder Foundation.
131. Villar, J., Giuliani, F., Barros, F., et al. Monitoring the postnatal growth of preterm infants: A paradigm change. *Pediatrics*, 141(2), e20172467, 2018.

132. Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., et al. *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
133. Williams, K. & Seiverling, L. *Broccoli boot camp: A guide for improving your child's selective eating*. Kindle Edition, 2016.
134. Williams, K.E. & Foxx, R.M. *Threatening eating problems of children with autism spectrum disorders and developmental disabilities: Interventions for professionals and parents*. Austin, TX: Pro-ed, 2007.
135. Williams, K.E., Paul, C., Pizzo, B., et al. Practice does make perfect: A longitudinal look at repeated taste exposure. *Appetite*, 51(3), 739–742, 2008.
136. Williams, K. E., Riegel, K. & Kerwin, M.L. Feeding disorder of infancy or early childhood: How often is it seen in feeding programs? *Child Health Care*, 38, 123–136, 2009.
137. Zajonc, R.B. Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality & Social Psychology*, 9(2p2), 1–27, 1968.
138. Zickgraf, H.F. & Ellis, J.M. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42, 2018.
139. Zickgraf, H.F., Franklin, M.E. & Rozin, P. Adult picky eaters with symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 26, 2016.
140. Zlomke, K. & Davis, T.E. One-session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3). 207–223, 2008.
141. Zucker, N., Covington, V. & Petry, J. Food scientists: Sensory-based exposure for very young children with a variant of avoidant/restrictive food intake disorder. Workshop presents at the International Conference on Eating Disorders, Boston, MA, 2015.

Це керівництво створено для практикуючих фахівців із розладів харчової поведінки у дітей, підлітків та дорослих. Методика когнітивно-поведінкової терапії унікаючого/обмежувального розладу їжі містить усі необхідні методи оцінки цього розладу, а також покрокове керівництво терапією. Книга представляє інтерес для фахівців з розладів харчової поведінки, гастроентерологів, а також фахівців широкого профілю, пацієнтів з УОРХП, їхніх батьків та всіх, хто цікавиться лікуванням розладів харчової поведінки.

---

*Науково-популярне видання*

Томас, Дженніфер Дж., Едді, Камрін Т.

## **Когнітивно-поведінкова терапія розлади уникнення/обмеження прийому їжі (УОРХП)**

(Рос. мовою)

Зав. редакцією *С.М. Тригуб*

Із загальних питань звертайтеся до видавництва “Діалектика” за адресою:  
info@dialektika.com, <http://www.dialektika.com>

Підписано до друку 17.01.2022. Формат 60x90/16  
Ум. друк. арк. 22,0. Обл.-вид. арк. 18,8

Видавець ТОВ “Комп’ютерне видавництво “Діалектика”  
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.  
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

# ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОКР

## НАВЫКИ ОСОЗНАННОСТИ, ПРИНЯТИЯ И ЭКСПОЗИЦИИ ДЛЯ ПОБЕДЫ НАД ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

*Мариса Т. Мацца*



[www.dialektika.com](http://www.dialektika.com)

Эта книга предназначена для людей с ОКР, которые решились сделать шаг навстречу счастливой и полноценной жизни вопреки расстройству. Автор предлагает программу лечения ОКР, построенную на сочетании методов терапии принятия и ответственности (АСТ) и экспозиции с предотвращением реакции (ЭПР). Упражнения из книги можно самостоятельно практиковать дома, причем пригодятся они как тем, кто лишь подозревает у себя ОКР, так и тем, кто уже годами живет с клиническим диагнозом, безуспешно перепробовав несколько курсов психотерапии. Инструменты АСТ в книге помогут не только облегчить симптомы расстройства, но и лучше понять свои истинные ценности и научиться воплощать их в реальности.

**ISBN 978-5-907458-46-8**

**в продаже**

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП) — это общепризнанный недуг пищевого поведения. От него страдают дети и взрослые, которые не могут удовлетворить собственные пищевые потребности в силу сенсорной чувствительности, страха неприятных последствий или отсутствия интереса к приему пищи. Эта книга — первая в своем роде. В ней авторы предлагают уникальную терапевтическую методику, разработанную специально для работы с ИОРПП.

### **В КНИГЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:**

- Обзор существующих исследований, изучающих проблему лечения избегающего/ограничительного расстройства приема пищи. Этот раздел книги поможет создать полную картину заболевания, его причин и последствий, влияющих на физическое и психическое здоровье.
- Сравнение ИОРПП с другими расстройствами пищевого поведения. Эти данные помогут провести четкую грань между различными диагнозами, проявления которых зачастую схожи между собой.
- Четко сформулированная пошаговая методика КПТ-ИОРПП — когнитивно-поведенческой терапии избирательного/ограничительного расстройства приема пищи. Книга содержит практическое руководство, готовое к использованию в работе с пациентами.
- Богатый раздаточный материал: психообразовательные материалы и шкалы оценки, призванные облегчить работу терапевта в диагностике и лечении ИОРПП.

**Дженнифер Дж. Томас** и **Камрин Т. Эдди** — содиректора Клинической и исследовательской программы расстройств пищевого поведения Общеклинической больницы шт. Массачусетс, а также доценты психиатрического отделения Гарвардской медицинской школы.

“Данное доступное практическое руководство, написанное двумя ведущими экспертами в области ИОРПП, станет отличным пополнением клинической библиотеки. Я предвижу, что очень быстро эта книга начнет повсеместно использоваться всеми, кто занимается лечением пациентов с таким заболеванием. До нынешнего момента почти не существовало научно обоснованных способов лечения ИОРПП. Это ясно написанная книга, основанная на надежных теоретических принципах. В ней авторы делятся своими выдающимися навыками, опытом и знаниями с широкой аудиторией, что может принести только пользу в уходе за пациентами”.

Доктор Рейчел Брайант-Во

“Довольно редко бывает такое, чтобы новый диагноз вводился в классификацию болезней без существующего подхода лечения с эмпирическими доказательствами. Однако именно это случилось с диагнозом ИОРПП. И вот теперь мы держим в руках тщательно продуманную поэтапную модель лечения, разработанную мировым ведущим центром по лечению расстройств пищевого поведения. Эта модель может быть персонализирована под любого пациента, а также под его семью. Она станет неоценимым вкладом для любого специалиста, занимающегося лечением расстройств пищевого поведения”.

Доктор Дэвид Х. Барлоу

ISBN 978-617-7987-55-9



Комп'ютерне видавництво  
“ДІАЛЕКТИКА”  
www.dialektika.com