

Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.

В ПЛЕНУ У ЕДЫ:

булимия, анорексия, vomiting



Издание 3-е, стереотипное

Серия: «Современные методы в психотерапии»

УДК 59.99+616-39+615.8
ББК 53.57
Н 283

Серия: «Современные методы в психотерапии»

Научный редактор Е. Первышева
Перевод с итальянского О. Игошиной

Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.

Н 283 В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения. Пер. с итал. О.Е. Игошиной. 3-е, стер. — М.: 1000
Бестселлеров, 2019. — 320 с.

ISBN 978-5-906907-68-4

Стратегически-конструктивистский терапевтический подход, предложенный Джорджио Нардонэ для решения проблем пищевого поведения, привлекает внимание своей конкретностью и эффективностью. Подход основывается на том, что такие расстройства, как анорексия, булимия и vomiting (вызываемая рвота), возникают в результате нарушения взаимодействия человека с самим собой и с окружающей действительностью. В этой ситуации усилия, прилагаемые для решения проблемы, лишь подпитывают ее. Стратегическое вмешательство, при котором упор делается на понимание того, как функционирует расстройство, а не на выявление причин его появления, позволяет разорвать этот порочный круг и решить проблему в краткие сроки.

Книга адресована психотерапевтам, консультантам, а также читателям, заинтересованным в решении проблем пищевого поведения средствами психотерапии.

УДК 59.99+616-39+615.8
ББК 53.57

© Nardone G., Verbitz T., Milanese R., 2009
© О.Е. Игошина, перевод, 2016
© ООО «И-трейд», 2019

ISBN 978-5-906907-68-4

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию.....	8
-------------------------------------	---

Глава 1

ОТ ОПИСЫВАЮЩЕГО ДИАГНОЗА К ОПЕРАТИВНОМУ ДИАГНОЗУ

1.1. Определение проблемы с оперативной точки зрения	11
1.2. Диагностическая классификация расстройств питания	20
1.2.1. Нервная анорексия	20
1.2.2. Нервная булимия	23
1.2.3. Другие нарушения пищевого поведения	26
1.3. Основные результаты исследования-вмешательства	27

Глава 2

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1. От общей модели краткосрочной терапии к специфическим протоколам терапевтического вмешательства	32
2.2. Критерии оценки результатов.....	38

Глава 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ: РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Эффективность терапевтического вмешательства	43
3.1.1. Анорексия	47
3.1.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)	51
3.1.3. Вызываемая рвота, или vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами)	53
3.1.4. Заключительные рассуждения об эффективности.....	55

3.2. Экономичность терапевтического вмешательства.....	56
3.2.1. Анорексия.....	59
3.2.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)	59
3.2.3. Вызываемая рвота, или vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами)	59
3.2.4. Заключительные рассуждения об экономичности	60

Глава 4

АНОРЕКСИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

4.1. Формирование и устойчивое существование анорексии.....	61
4.1.1. Жертвенная анорексия	62
4.1.2. Абстинентная анорексия	63
4.2. Терапевтическое вмешательство при анорексии	66
4.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при жертвенной анорексии	67
4.2.1.1. Первая стадия	67
4.2.1.2. Вторая и третья стадии.....	68
4.2.1.3. Четвертая стадия (последняя сессия).....	69
Пример клинического случая 1: жертвенная анорексия	70
4.2.2. Протокол терапевтического вмешательства при абстинентной анорексии	82
4.2.2.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	82
4.2.2.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)	89
4.2.2.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии).....	93
4.2.2.4. Четвертая стадия (последняя сессия)	95
Пример клинического случая 2: абстинентная анорексия	95

Глава 5

БУЛИМИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

5.1. Формирование и устойчивое существование булимии	133
5.1.1. Ботерианская булимия	134
5.1.2. Булимия йо-йо	136

5.2. Терапевтическое вмешательство при булимии	137
5.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при булимии	138
5.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	138
5.2.1.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)	141
5.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)	148
5.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия)	150
Пример клинического случая 3: булимия	150
5.3. Неконтролируемое пищевое поведение (binge eating)	168
Пример клинического случая 4: binge eating	171

Глава 6

ВЫЗЫВАЕМАЯ РВОТА (VOMITING): ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

6.1. Формирование и устойчивое существование vomiting'a	211
6.2. Терапевтическое вмешательство при vomiting'e	216
6.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при vomiting'e	217
6.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	217
6.2.1.2. Вторая стадия (со второй-третьей до пятой сессии)	220
6.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)	225
6.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия).....	228
Пример клинического случая 5: vomiting 1	228
Пример клинического случая 6: vomiting 2.....	249
Пример клинического случая 7: vomiting 3	282
6.3. Смешанные случаи	311
Заключение	313
Список литературы	315

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Вы держите в руках второе издание книги «В плену у еды: Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызываемая рвота)»¹, переработанное и долгожданное. Книга представляет собой методическое руководство по работе со всем спектром нарушений — от анорексии и булимии до вызываемой рвоты, которая в настоящее время встречается гораздо чаще, чем два первых нарушения, и требует особых методов лечения.

Переиздание книги «В плену у еды», безусловно, означает, что модель психотерапии профессора Джорджио Нардонэ, ученика и последователя Пола Вацлавика, становится все более известной в России и все чаще специалисты используют ее в своей работе. Краткосрочная стратегическая терапия зарекомендовала себя как эффективное и экономичное сфокусированное вмешательство, которое применяется для решения любого типа проблем, как на индивидуальном уровне, так и на уровне отношений (семья, пара), не только в клиническом, но и в более широком социальном контексте — образовательном и организационном.

В Центре стратегической терапии профессора Нардонэ (Ареццо, Италия) были разработаны новаторские протоколы работы с разнообразными патологиями (тревожно-фобические расстройства, нарушения пищевого поведения, депрессия и др.) на основе систематического применения новейшей методологии исследования: исследования-вмешательства, логика которого, следуя логике проблемы, позволяет найти решение, которое объясняет механизм ее функционирования и устойчивого существования.

¹ Книга была выпущена издательством «Эксмо» в 2010 г.

Протоколы терапевтического вмешательства были апробированы на выборке пациентов, превышающей десятки тысяч случаев, и показали возможность достижения повторяемых результатов в разнообразных социокультурных контекстах. Это позволяет утверждать, что Краткосрочная стратегическая терапия по методу профессора Дж. Нардонэ является современной технологией психотерапии, отвечающей таким критериям, как эффективность, экономичность, предсказуемость, повторяемость и транслируемость (возможность обучения специалистов, которые, используя модель в своей работе, могут добиться результатов, незначительно отличающихся от результатов, достигнутых автором подхода).

Модель дает возможность не только достигать запланированных целей — решения проблем в краткие сроки, — но и проводить оценку промежуточных результатов, что позволяет терапевту корректировать вмешательство в ходе работы, внося необходимые и предусмотренные изменения в свои действия, таким образом, страхуя себя от неудачи в финале.

Вместе с тем эффективное использование технологии предполагает не только овладение логикой исследования-вмешательства, но и умение адаптировать метод в каждом конкретном случае к неповторимому жизненному контексту пациента, особенностям его личности. Это требует использования специфических способов коммуникации и построения терапевтических межличностных отношений, различающихся в зависимости от типа проблем.

Нет стратегической терапии без стратегической коммуникации. Требования к коммуникации стали своего рода визитной карточкой подхода Дж. Нардонэ: разработанный им Стратегический диалог — уточненная модель проведения первой клинической беседы — позволяет уже на этом этапе добиться первых терапевтических изменений. Главным действующим лицом в ходе Стратегического диалога является пациент. Терапевт задает вопросы, которые направляют пациента; но именно пациент — тот, кто занимает активную позицию: отвечая на вопросы терапевта, он вовлекается в процесс совместного открытия того, как существует и поддерживается его проблема, и — через свои ответы — подводится к пониманию того, как он может решить свои проблемы. С помощью сфокусированных

вопросов можно уже на первой сессии привести пациента к новому восприятию ситуации, которое изменяет его реакции на проблему и благодаря которому необходимость и неизбежность изменений становятся очевидными.

Все вышеописанные особенности подхода подробно рассмотрены в книге и снабжены примерами клинических случаев, иллюстрирующими применение модели Краткосрочной стратегической терапии ко всем типам нарушений пищевого поведения.

Работать на основе данного подхода могут специалисты (психологи, врачи), прошедшие обучение в Центре стратегической терапии (Ареццо), что закрепляется выдачей сертификатов программы «Мастер» международного образца. Российское представительство центра действует в России с 2003 г. Информацию о работе Джорджио Нардонэ, деятельности представительства и программе обучения можно получить на сайте <http://centroditerapiastrategica.ru/>.

*С надеждой на интерес к нашей работе,
от имени Представительства Центра
стратегической терапии в России,
Первышева Елена (научный редактор) и
Игошина Ольга (переводчик)*

Глава 1

ОТ ОПИСЫВАЮЩЕГО ДИАГНОЗА К ОПЕРАТИВНОМУ ДИАГНОЗУ

Если переставить местами слова, значение меняется, а другое значение производит другие эффекты.

Паскаль Блэз «Мысли»

Образованный обыватель приписывает некоторым принципам и методам безусловное совершенство и объективное значение, и в результате, после того как он их обнаружит, ему не остается ничего иного, как оценивать на их основе все происходящее, с тем чтобы подтвердить или опровергнуть его.

Артур Шопенгауэр «Посмертные записки»

1.1. Определение проблемы с оперативной точки зрения

Первой проблемой исследователя в клинической области является определение объекта исследования. Представление об объекте исследования тесным образом зависит от той теории, на которую опирается исследователь, сознательно или неосознанно рассматривающий действительность сквозь призму собственных интерпретаций. Современной конструктивистской эпистемологией давно уже выявлена проблема влияния наблюдателя на наблюдаемые им феномены: ею подчеркивается тот факт, что в результате любой операции по получению знаний в фокус размышлений попадает не только объект наблюдения, но и наблюдающий его субъект (*Heisenberg, 1958; Roshental, Jacobson, 1968; Watzlawick, 1981; von Foerster, 1987; Arcuri, 1994*).

Несмотря на то что этот эпистемологический постулат в данный момент превалирует во всех науках, начиная с физики, в области

клинической психологии и психотерапии преобладает тенденция, согласно которой признается возможным простое объективное описание изучаемых феноменов.

С точки зрения конструктивизма, напротив, утверждается, что не существует одной-единственной реальности, что существует множество реальностей, которые определяются в зависимости от точки зрения: *как, каким образом и почему* мы познаем определяет то, *что* мы познаем (Salvini, 1988). Стало быть различным точкам зрения соответствуют различные реальности и различные способы понимания проблем. Этот факт особенно очевиден в той сложной области, которая занимается изучением и решением психологических и поведенческих проблем; эта область характеризуется все возрастающим количеством теорий и вытекающих из них подходов, зачастую противоречащих друг другу.

Чтобы лучше это проиллюстрировать, полезно обратиться к следующей истории (Nardone, 1998, р. 9–10).

«Однажды в очень жаркий день отец со своим маленьким сыном отправляется на осле из одного южного города Италии в дальние края к родственникам.

Отец садится на осла, а сын идет рядом с ними; когда они проходят мимо группы людей, отец слышит как они говорят: “Посмотрите-ка, какой жестокий отец! Сам сидит на осле, а маленький сын в такую жару должен идти пешком”.

Тогда отец слезает с осла, сажает на него сына, и они продолжают свой путь.

Проходя мимо следующей группы людей, отец слышит как они говорят: “Вы только посмотрите: старый отец в такую жару идет пешком, а сын удобно расселся на осле! Что же это за воспитание?”

Тогда отец думает, что лучше всего им вместе ехать на осле, и они продолжают свой путь таким образом.

Немного погодя они проходят мимо группы людей и отец слышит: “Вы посмотрите, какая жестокость! Им совсем не жалко бедное животное, которое в такую жару должно везти такую тяжесть”.

Тогда отец слезает с осла, снимает с него сына, и они втроем продолжают свой путь.

Они проходят мимо группы людей и слышат: “Ты посмотри, какие глупцы! В такую жару они идут пешком, в то время как у них есть осел, на котором они могли бы ехать...”».

Как уже понял читатель, история может продолжаться до бесконечности. Она показывает нам, каким образом можно по-разному воспринимать одну и ту же действительность и создавать о ней разные представления, которые вызывают у людей разные реакции.

В отношении расстройств питания интересно отметить, насколько отличаются друг от друга описания причин их возникновения в зависимости от того, какого научного подхода придерживается исследователь.

С точки зрения психиатров, приверженцев биологической школы, наверняка существует специфический ген, отвечающий за каждое расстройство питания; с точки зрения авторов, разделяющих теорию вытеснения, не подлежит сомнению, что 90% женщин, страдающих каким-либо расстройством питания, подверглись сексуальному насилию¹; в психодинамическом подходе расстройство питания может быть связано с тем, что не преодолены архаичные комплексы, и в частности, поскольку этим расстройством страдают в основном женщины, комплекс Электры. Для сторонников теории отношений очевидной причиной расстройств питания являются взаимоотношения внутри семьи, и, в частности, особую роль в возникновении этих расстройств играет динамика отношений между матерью и дочерью и конфликтность родительской пары (Zerbe, 1993).

Кроме того, в последние годы возникло направление, которое тесно связывает расстройства питания с зависимостью (например, с алкоголизмом и наркоманией), даже была создана анонимная ассоциация «*Overeaters Anonymous — ОА*» (A.A.VV., 1980; Malenbaum et al., 1988). Основной постулат этого направления заключается в том,

¹ По этому поводу интересно отметить, насколько варьирует оценка присутствия сексуального насилия в опыте субъектов, страдающих нарушениями питания, в разных исследованиях. Согласно Шварцу и Коэну (Schwartz e Cohen, 1996) и Каруза и Манара (Caruso e Manara, 1997), она составляет 26% (Manara et al., 1996); 40% у Холла (Hall et al. 1989); 58% у Кирни-Кук (Kearney-Cooke, 1988); 60% для Уоллер (Waller, 1992); вплоть до 69–70% у Оппенхеймера (Oppenheimer et al. 1985) и у Фольсом и Кран (Folsom e Krahn, 1993).

что булимия и анорексия считаются патологией, от которой нельзя излечиться, но которой можно управлять с помощью групп взаимопомощи.

Тем не менее необходимо отметить, что хотя каждое направление и имеет свои теоретико-прикладные концепции, кажется, что большинство ученых разделяют идею о том, что расстройства питания являются «своего рода функциональным адаптированием субъекта к реальности, которая воспринимается как неуправляемая» (*Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956; Costin, 1996*).

Стратегический конструктивистский подход (*von Foerster, 1973; von Glasersfeld, 1981,1995; Maturana, Varela, 1980; Stolzenberg, 1978; Varela, 1981; Watzlawick, 1976, 1981, Nardone, 1991*) не опирается ни на какую теорию о «человеческой природе» и, следовательно, не использует определений, относящихся к «норме» и «патологии». В этом подходе считается, что человеческие проблемы являются продуктом взаимодействия субъекта с реальностью; в этом процессе именно те усилия, которые субъект и окружающие его люди прикладывают, чтобы вызвать изменения, поддерживают проблемную ситуацию неизменной. Устойчивое существование проблемы держится на «предпринятых попытках решения»¹ (*Watzlawick et al., 1974; Nardone, 1994; Watzlawick, Nardone, 1997*), и если эти попытки неэффективны, проблема еще больше усложняется. В результате формируется то, что мы называем патологической «перцептивно-реактивной системой»², в рамках которой субъект с настойчивым упорством использует стратегию решения проблемы, которая кажется эффективной или показала свою эффективность в прошлом

¹ «Предпринятые попытки решения» являются основным конструктом стратегического подхода в терапии. Для более подробного знакомства с этой концепцией см. *Watzlawick (1977, 1981), Watzlawick et al. (1974), Fisch et al. (1982), Nardone, Watzlawick (1990), Nardone (1991, 1993, 1995a, 1995b), Watzlawick, Nardone (1997)*.

² Под перцептивно-реактивной системой субъекта понимаются характерные для него способы восприятия окружающей среды и реакций на нее, которые выражаются в трех основных типах взаимозависимых отношений: отношения субъекта с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром (*Nardone, 1991*).

при решении подобной проблемы, но которая в настоящей ситуации приводит к воспроизведению и усугублению проблемы (Nardone, Watzlawick, 1990¹).

Постоянное повторение неудачных попыток подпитывает проблему и приводит к созданию «кибернетической самотворящей системы»², обеспечивающей устойчивое существование проблемы; круговая динамика взаимодействия между восприятием проблемы и реакциями субъекта поддерживает стабильность и равновесие системы, несмотря на ее дисфункциональность для субъекта.

Целью стратегического вмешательства в подобной ситуации становится разрыв замкнутого круга, создавшегося между предпринятыми попытками решения проблемы и ее устойчивым существованием. Для этого необходимо разрушить патологическое равновесие системы и изменить способ, с помощью которого субъект построил дисфункциональную реальность, стоящую за его расстройством.

Стало быть для решения проблемы, вместо того чтобы искать в прошлом причины ее возникновения, следует понять, каким образом функционирует система восприятия окружающей действительности и реакций на нее *hic et nunc*³, в актуальной ситуации субъекта и каковы способы устойчивого существования проблемы. Следует попытаться перейти от знания, основанного на «почему», к знанию, основанному на «как, каким образом». Такой переход приводит к тому, что терапевтический процесс превращается из медленного и постепенного в быстрое и эффективное вмешательство.

¹ Опубликовано на русском языке: Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. М.: Издательство Института психотерапии, 2006.

² Термин «самотворение» относится к системе, которая сама определяет собственную организацию. Такова типичная организация живых существ, поскольку они являются автономными единицами, способными к постоянному самовоспроизведению, самоподдержанию и самопостроению благодаря собственной внутренней динамике. «В случае самотворящей единицы действие создает существо, и в этом заключается особенность способа ее организации» (Maturana, Varela, 1985, p.53).

³ Лат.: здесь и сейчас. — Примеч. пер.

Прикладные исследования (*Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993¹, 1995a; Fiorenza, Nardone, 1995*) выявили целую серию моделей ригидного взаимодействия субъекта с окружающей действительностью, что позволило разработать вместо описательной классификации расстройств, принятой в психиатрии и клинической психологии², специфическую типологию психологических расстройств, которые поддерживаются многократным повторением дисфункциональных попыток решения проблемы, питающим ее вместо решения (*Watzlawick, Nardone, 1997*). В этой новой классификации традиционные психопатологические категории³ заменяет конструкт «перцептивно-реактивная система».

Этот подход отличается от современной тенденции, выражающейся в том, что многие исследователи сначала отказываются от привычных нозографических классификаций, а затем возвращаются к их

¹ Опубликовано на русском языке. *Нардонэ Дж.* Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008.

² Не следует недооценивать реальное патологизирующее влияние на пациента и близких ему людей наклеивания психиатрических и психопатологических ярлыков (*Watzlawick, 1981; Nardone, 1994; Pagliaro, 1995*), выражающегося в эффекте «самореализующегося предсказания». Диагностические ярлыки, являясь перформативными лингвистическими актами (*Austin, 1962*), в результате сами создают реальность, на описание которой они претендуют. Кроме того, когда речь идет о расстройствах питания, встает также проблема распространения психодиагностических терминов среди широкой аудитории, что придает этим расстройствам все большее значение. Постоянное «рекламирование» подобных расстройств вызывает у публики большой интерес и растущую тревогу, и в результате расстройства питания для тех, кто ими страдает, становятся важным способом ощутить себя в центре внимания.

³ В случае обсессивно-фобических расстройств (агорафобия, панические атаки, обсессивно-компульсивное поведение и ипохондрия), например, пациент может предпринимать следующие специфические дисфункциональные попытки решения проблемы: избегать ситуаций, которые воспринимаются как опасные; постоянно обращаться за помощью и защитой к родственникам и друзьям; стремиться контролировать спонтанные физиологические реакции и окружающую реальность. Взаимоотношения субъекта, страдающего этими расстройствами, с самим собой, другими людьми и окружающим миром целиком и полностью основываются на подобных механизмах восприятия окружающей действительности и реакций на нее.

использованию. Например, Сельвини Палаццоли (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998) разделяет пациентов, страдающих анорексией, на четыре типа: зависимые, пограничные, обсессивно-компульсивные, нарциссические, — что соответствует некоторым типам расстройств личности, принятым в DSM-IV¹. С нашей точки зрения, подобная классификация представляет собой попытку привести факты в соответствие с той теорией, на которую опирается исследователь, и в результате данная классификация не имеет никакой оперативной ценности.

В свете изложенных выше теоретико-эпистемологических предпосылок при определении проблемы представляется совершенно необходимым перейти от диагноза чисто «описательного» к диагнозу, который мы определяем как «оперативный диагноз», или «диагноз-вмешательство».

В рамках описательного подхода, примерами которого являются DSM и большинство руководств по диагностике, предлагается статическое видение проблемы (которое можно сравнить с «фотографией»), в рамках которого перечисляются все основные характеристики расстройства. Такая классификация не дает никаких указаний на оперативном уровне в отношении того, как функционирует проблема и как она может быть решена.

Под оперативным же описанием подразумевается описание конструктивистско-кибернетического типа, отмечающее характеристики устойчивого существования проблемы; то, как проблема поддерживается благодаря сложной сети перцептивно-реактивных взаимодействий субъекта с его личной и межличностной действительностью (*Nardone, Watzlawick*, 1990). Такие модели устойчивого существования проблем определенного типа выявляются в ходе прикладных эмпирико-экспериментальных исследований («исследований-вмешательств»); цель их выявления — выработка решений, способных гарантировать все большую эффективность и экономичность терапевтического вмешательства.

¹ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) — принятая в США многоосевая нозологическая система. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АПА) (American Psychiatric Association, APA). — *Примеч. ред.*

Исследования-вмешательства основываются на посыле «познание через изменение» — точке зрения, согласно которой недостаточно одного лишь внешнего наблюдения для того, чтобы узнать, как действует проблема; необходимо вмешательство, способное вызвать изменения в системе и ее ответ, который раскроет способ ее функционирования.

Данная методология находится в полном согласии с той, которую Курт Левин в области социальной психологии назвал «исследование действием» (*action-research*) — исследование, которое изучает феномен «в поле» эмпирически и экспериментально, провоцируя изменения в событиях и наблюдая за последствиями (*Lewin, 1946*). В этом русле позиционируется и современная конструктивистско-кибернетическая эпистемология: как выразительно сформулировал в своем эстетическом императиве фон Ферстер, «если хочешь увидеть, научись действовать» (*von Foerster, 1973, p. 55*); а согласно фон Глазерсфельду, «человек может познать только то, что он сам делает», и «действие конструирует познание» (*von Glasersfeld, 1981, p. 26–29*).

На основании этого утверждается, что познание реальности возможно посредством вмешательства в нее, поскольку единственной познаваемой переменной, которую мы можем контролировать, является наша стратегия, а именно — наша «предпринятая попытка решения», которая — в том случае, если она является эффективной, — позволяет нам понять, как существовала проблема и что ее подпитывало. Таким образом, исследование-вмешательство основывается на логике конструкта «познать проблему посредством ее решения» (*Nardone, 1993*) (познать действительность посредством применения стратегий, способных изменить ее).

Из применения данного конструкта в клинической области явствует, что эффективная стратегия решения, повторенная на большой выборке субъектов, страдающих расстройством одного типа, позволяет раскрыть модель функционирования данного расстройства.

Проиллюстрировать метод «познания через изменение» можно с помощью аналогии с игрой в шахматы, в которой каждый игрок раскрывает для себя стратегию противника, наблюдая ходы, которыми противник отвечает на его собственные ходы. Однако игрок может получить действительное знание о стратегии игры противника только по завершении партии (а еще лучше — в случае выи-

грыша), поскольку именно выбранная им самим стратегия, если она эффективна, раскроет игру противника. Это позволит игроку в последующих партиях иметь в запасе стратегию, уже примененную с успехом, и легче и за меньшее количество ходов прийти к мату.

Изучая какую-либо психологическую патологию, можно действовать тем же способом: терапевтическая игра начинается с простейших маневров, но они должны суметь вызвать первую ответную реакцию. Затем шаг за шагом стратегия отлаживается — на основе ответных реакций пациента — с целью вызвать изменения в способах восприятия, эмоциях и поведении, обеспечивающих устойчивое существование его патологии.

Одна и та же стратегия, необходимым образом адаптированная к личной ситуации каждого пациента, может быть применена к патологиям, изоморфным той, для которой стратегия была разработана; это повышает эффективность и экономичность терапевтического вмешательства. В результате такое вмешательство будет основано не только на личных творческих способностях терапевта, но и прежде всего — на стратегии, зарекомендовавшей себя способной вызывать предусматриваемые результаты.

Использование терапевтического вмешательства данного типа в качестве *процесса систематического исследования* приводит — помимо всего прочего — к обогащению знания об устойчивом существовании специфических патологий, а эти знания, в свою очередь, приводят к дальнейшему улучшению стратегий, применяемых для решения проблемы. Это своего рода спираль, создаваемая и поддерживаемая взаимодействием эмпирического вмешательства и эпистемологического размышления, результатом которого становится разработка специфической и / или новаторской логики действия (Nardone, 1997b).

При исследовании различных типов расстройств питания — как и при изучении фобических расстройств — эта методология явилась важным инструментом получения оперативных знаний. Данные, собранные в результате исследования-вмешательства, позволили не только разработать эффективную психотерапевтическую модель для решения проблем этого типа, но и создать познавательную и операциональную модель, описывающую возникновение и устойчивое существование этих проблем.

В то же время новые знания, полученные на основе результатов вмешательства, позволили отточить процедуру вмешательства, определяя его постоянную самокорректировку в зависимости от результатов взаимодействия между проблемой и стратегиями ее решения¹. Как следует из приведенных выше теоретических и методологических посылок, дальнейшее изложение будет относиться не только к способам продуцирования изменений и решения проблем питания, но также к возникновению и устойчивому существованию этих проблем.

Несмотря на уже упомянутые ограничения, прежде чем перейти к непосредственному изложению результатов нашего исследования-вмешательства, мы все же считаем полезным привести классификацию расстройств питания согласно DSM-IV, для того чтобы пользоваться диагностическими формулировками психологических расстройств, которые признаны и используются в международном научном сообществе. Мы считаем, что использование общепринятого языка, известного всем исследователям в клинической области, позволит опираться в общении на одинаковые диагностические критерии и тем самым сведет к минимуму возможные недопонимания при обмене информацией между экспертами, которые следуют разным теоретико-прикладным подходам. Поэтому приводимая ниже классификация может рассматриваться как своего рода компромисс, как инструмент коммуникации.

1.2. Диагностическая классификация расстройств питания²

1.2.1. *Нервная анорексия*

Диагностические критерии

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста (например, больной теряет на 15% больше, чем минимальная масса тела); невозможность добиться

¹ Более подробно использованная методология описана в гл. 2.

² Диагностическая классификация вольно излагается по DSM-IV (APA, 1994, p. 597–603 tr. it.)

ожидаемой прибавки в массе тела во время периода роста, что приводит к снижению массы тела на 15% по сравнению с ожидаемой прибавкой¹.

Изначально потеря веса достигается ограничением общего количества принимаемой пищи. Вначале пациентки (обычно это женщины) отказываются от высококалорийной еды, затем приходят к питанию жестко ограниченным ассортиментом продуктов. Вдобавок к этому пациентки могут начать использовать некоторые типы очистительных процедур (например, вызывание рвоты, неоправданное использование слабительных и мочегонных средств) или становятся чрезмерно физически активны с целью потери веса.

Б. Сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если реальный вес не достигает нормы. С понижением веса страх потолстеть не уменьшается, и даже наоборот: во многих случаях озабоченность по поводу веса возрастает параллельно с реальной его потерей.

В. Изменение восприятия собственного веса или формы тела, или чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку, или отказ от признания серьезности того факта, что вес ниже нормы.

У страдающих анорексией наблюдаются изменения в представлениях о собственном теле (его форме и размерах): восприятие и оценка внешнего вида и веса становятся искаженными. Некоторые субъекты чувствуют толстым все свое тело, в то время как другие, даже признавая собственную худобу, воспринимают как «слишком толстые» некоторые части тела, обычно живот, ягодицы и бедра. Уровень самооценки чрезмерно зависит от восприятия веса и формы тела. Уменьшение веса считается замечательной победой и показателем железной самодисциплины, в то время как увеличение веса переживается как недопустимая потеря способности к контролю. Несмотря на то что некоторые из пациентов могут отдавать себе отчет в собственной худобе, как правило, они отрицают серьезность последствий крайней худобы для их физического здоровья.

¹ Обычно нормальный вес вычисляется с помощью индекса массы тела (Body Mass Index — BMI), выражающего отношение веса в килограммах к квадрату роста в метрах. За пограничное значение индекса массы тела принимается величина, которая не превышает или равна 17,5 kg/m².

Г. У женщин в период половой зрелости наблюдается аменорея, а именно — отсутствие не менее трех следующих друг за другом менструальных циклов (считается, что у женщины аменорея, если менструальный цикл наступает только в результате приема гормональных препаратов, например эстрогенов).

Обычно аменорея следует за потерей веса, но у меньшинства пациентов может предшествовать ей. В предпубертатный период расстройство может привести к позднему появлению менструации.

Подвиды

На основании присутствия или отсутствия в настоящий момент эпизодов регулярного переедания или очистительных процедур выделяются следующие подвиды расстройства:

а) *с ограничением приема пищи*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта не наблюдается регулярного переедания или очистительных процедур (например, вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм). Потеря веса достигается главным образом за счет диеты, голодания или чрезмерной физической активности;

б) *с перееданием и / или использованием очистительных процедур*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта наблюдается регулярное переедание и / или использование очистительных процедур в виде вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм. В некоторых случаях не наблюдается переедания, а пациент пользуется очистительными процедурами и при приеме небольшого количества пищи.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Когда страдающие нервной анорексией пациенты имеют вес явно ниже нормы, они могут демонстрировать депрессивные симптомы, такие как расстройства настроения, тенденция к изоляции, раздражительность, бессонница и снижение сексуального интереса; часто наблюдаются явно выраженные обсессивно-компульсивные симптомы, которые могут быть связаны или не связаны с едой (например, противоречивость идей в отношении еды, коллекционирование кулинарных рецептов, создание запасов еды); больные могут испытывать неловкость, когда едят в присутствии других людей, чувство-

вать себя неадекватными, ощущать необходимость контролировать окружение, могут проявлять умственную ригидность, отсутствие спонтанности в межличностных отношениях, подавлять инициативу и выражение эмоций.

1.2.2. Нервная булимия

Диагностические критерии

А. Часто повторяющиеся эпизоды обжорства. Подобный эпизод, или булимический кризис, характеризуется каждым из следующих признаков:

1) употребление за определенный период времени (как правило, не превышающий двух часов) количества пищи, значительно превышающего то, которое большая часть людей смогла бы съесть за такой же период времени и в сходных условиях.

Каждый отдельно взятый эпизод переедания не обязательно является в одном и том же контексте; не может считаться обжорством постоянное «перекусывание» небольшими количествами пищи в течение всего дня. Несмотря на то что типы пищи, потребляемой во время приступа переедания, сильно варьируют, обычно сюда входят высококалорийные продукты, такие как мороженое и торты. В любом случае обжорство характеризуется скорее аномальным количеством пищи, чем компульсивным влечением к определенному продукту. Обычно страдающие булимией стесняются своих патологических привычек в приеме пищи и стараются скрыть их, поэтому булимические кризисы проявляются в одиночестве, в обстановке максимальной секретности. Эпизод обжорства может быть запланированным или незапланированным и обычно (хотя и не всегда) характеризуется быстрым поглощением пищи. Часто эпизод продолжается до тех пор, пока субъект не почувствует себя «переполненным до болевых ощущений», и бывает спровоцирован плохим настроением, состоянием стресса, сильным чувством голода, вызванным ограничениями, связанными с диетой, чувством неудовлетворенности своим весом, формой тела или пищей. Во время поглощения пищи может наблюдаться временное улучшение настроения, но часто за ним следуют новый спад настроения и приступ безжалостной самокритики;

2) ощущение потери контроля во время эпизода обжорства (например, ощущение того, что невозможно перестать есть или невозможно контролировать, что и когда есть).

Субъект, особенно на ранних стадиях расстройства, может испытывать чувство отстраненности во время эпизода переедания: некоторые рассказывают о приступе обжорства как о своего рода потере чувства реальности. На более поздних стадиях ощущение потери контроля во время кризиса может исчезнуть, субъект испытывает невозможность противостоять неудержимому импульсу поглощения пищи или прервать уже начавшийся приступ. Потеря контроля во время эпизода обжорства не является полной: например, субъект может продолжать поглощение пищи, несмотря на телефонные звонки, но сразу прекращает его, если кто-то неожиданно входит в комнату.

Б. Часто повторяющееся и неоправданное компенсирующее поведение с целью предупреждения увеличения веса. Самым часто встречающимся способом, нейтрализующим результаты обжорства, является вызывание рвоты после приступа (80–90% случаев). Рвота ослабляет ощущение физического дискомфорта и страх потолстеть. Субъекты могут прибегать к различным стратегиям для провоцирования рвоты, например, пользуются пальцами или какими-либо предметами; как правило, на более поздних стадиях расстройства им удастся вызывать рвоту просто по желанию. В некоторых случаях именно рвота является искомым эффектом: субъект объедается для того, чтобы вызвать рвоту, или вызывает рвоту даже после приема небольшого количества пищи. Другие очистительные процедуры включают в себя неумеренное использование слабительных средств (1/3 случаев), мочегонных средств или других препаратов. Применение клизмы сразу после эпизода переедания встречается довольно редко и всегда сочетается с другими очистительными процедурами. Другими методами, компенсирующими последствия обжорства, являются голодание в последующие дни и чрезмерная физическая активность. (Физическая активность считается чрезмерной, когда она мешает выполнению других важных видов деятельности; когда она выполняется в необычное время в необычных местах; когда она выполняется, несмотря на неудовлетворительное физическое состояние.)

В. Эпизоды обжорства и компенсирующее поведение проявляются в среднем не менее двух раз в неделю в течение последних трех месяцев.

Г. Уровень самооценки чрезмерно зависит от формы тела и веса.

Д. Искажение восприятия проявляется не только во время эпизодов нервной булимии.

Подвиды

На основании наличия или отсутствия в настоящий момент очистительных процедур для компенсации эффектов обжорства выделяют следующие подвиды булимии:

а) *с очистительными процедурами*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно вызывает рвоту или неоправданно пользуется слабительными или мочегонными препаратами или клизмой;

б) *без очистительных процедур*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно практикует другие виды компенсирующего поведения (например, голодание или чрезмерная физическая активность), но не прибегает с регулярностью к провоцированию рвоты или к неоправданному использованию слабительных или мочегонных препаратов или клизм.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Субъекты, страдающие нервной булимией, как правило, имеют вес в пределах нормы, хотя некоторые из них могут иметь вес несколько выше или ниже нормы. Обычно они редуцируют питание между приступами обжорства, предпочитая низкокалорийные продукты и избегая тех, которые, по их мнению, могут привести к увеличению веса или спровоцировать эпизод неконтролируемого поглощения пищи. У данных субъектов более часто встречаются расстройства настроения (в большинстве случаев они сопровождают прогрессирование булимии) и депрессивные симптомы (например, снижение самооценки). Кроме того, у них часто встречаются симптомы тревожности (например, страх публичных ситуаций), которые обычно уменьшаются после лечения нервной булимии. Примерно в 1/3 случаев наблюдается зависимость или злоупотребление алкоголем и стимулирующими препаратами. Часто субъекты начинают прибегать к стимулирующим препаратам в попытках контролировать аппетит и вес.