

Несмотря на то что психогенное переедание и очищение изучалось на протяжении многих столетий, только относительно недавно нервная булимия, а затем и психогенное переедание были подробно описаны в медицинской литературе и приняты как серьезные психические расстройства. В течение и после 1970-х годов в клиниках большинства промышленно развитых стран резко возросло количество случаев нервной булимии. Это побудило клиницистов искать эффективные методы лечения булимии, но в то время их не было. Практически одновременно начались два отдельных направления исследований. В первом направлении изучалась польза антидепрессантов; это было началом фармакологических исследований расстройств пищевого поведения. Второе направление исследований методов лечения оценивало эффективность психотерапии, известной как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), что ознаменовало начало психотерапевтических исследований расстройств пищевого поведения. Эти два направления исследований в конечном итоге объединились, чтобы изучить преимущества сочетания лекарств и психотерапии.

Лечение антидепрессантами

Раннее представление о том, что нервная булимия является формой депрессии, побудило клиницистов ис-

пользовать лекарственные препараты для лечения этого расстройства. Как упоминалось ранее, нервная булимия и психогенное переедание часто сопровождается депрессией, и именно поэтому некоторые интерпретируют нервную булимию как форму депрессии. Однако сейчас мы знаем, что эти два расстройства совершенно разные. В действительности исследователи обнаружили, что антидепрессанты могут вылечить депрессию, не влияя на булимию, или наоборот. Тем не менее исследователи из Гарвардского университета провели исследование, в котором сравнивали эффекты *антидепрессантов* и *плацебо* (вещество без явных лечебных свойств) на нервную булимию. Они обнаружили, что антидепрессанты лучше справлялись с сокращением количества переяданий и очищений, чем плацебо. Это открытие привело к большому количеству исследований различных антидепрессантов, при этом самые крупные из них со временем начали изучать эффекты “Флуоксетина” (*Prozac*). Одним из важных открытий относительно “Флуоксетина” было то, что для заметной эффективности при лечении булимии его нужно было назначать в гораздо более высоких дозах, чем при лечении депрессии. При нервной булимии или психогенном переядании эффективная доза составляет 60 мг в день по сравнению с 10–40 мг при депрессии. Большинство людей считают, что лекарство лучше принимать на ночь, потому что оно оказывает легкое седативное действие. Тем не менее некоторые полагают, что *Prozac* оказывает стимулирующее воздействие и предпочитают принимать препарат по утрам. Кроме того, важно принимать лекарство после последнего эпизода очищения в течение дня, чтобы не удалить всю или часть дозы из организма. Как и все препараты, *Prozac* имеет побочные эффекты, которые некоторые люди не переносят. Помимо того что *Prozac* вызывает сонливость или оказывает стимулирующее действие, он может вызвать расстройство желудка,

слабость и тремор рук, а также снижение полового влечения и сексуальной активности.

Оказалось, что почти все типы антидепрессантов эффективны как при нервной булимии, так и при психогенном переедании. Как мы рассмотрим далее, антидепрессанты не так эффективны, как КПТ, хотя в сочетании с КПТ они могут повысить ее эффективность.

Еще один препарат, который применяется для лечения психогенного переедания, — это “Топирамат”, лекарство, используемое для лечения судорог у пациентов с эпилепсией. Хотя мы точно не знаем, как это лекарство помогает контролировать переедание, некоторые исследования показывают, что “Топирамат” более эффективен в уменьшении перееданий, чем плацебо. Также исследования показали, что он приводит к средней потере веса около 5 кг у людей с избыточным весом. “Топирамат” вызывает побочные эффекты, включая слабость, внезапный голод, затрудненное мышление, спутанность сознания, перепады настроения и депрессию. На момент написания этой книги не было проведено исследований, сравнивающих “Топирамат” с когнитивно-поведенческой терапией, поэтому относительная эффективность этих двух методов лечения неизвестна.

Психотерапия

В лечении нервной булимии и психогенного переедания продемонстрировали свою перспективность два вида психотерапии: *когнитивно-поведенческая терапия* и *интерперсональная (межличностная) психотерапия (ИПТ)*. КПТ базируется на модели нервной булимии, описанной в главе 2 (см. рис. 2.2), и служит основой для этого пособия по самопомощи. Если мы внимательно рассмотрим данную модель, то увидим, что терапия может быть направлена на ряд факторов: самооценка, диета, межличностные отношения, которые приводят к негативным

чувствам, озабоченность собственным весом и телосложением. КПТ направлена на устранение ограничений строгой диеты, восстановление нормального паттерна питания и сокращение триггеров переедания. Эти цели вытекают из клинической оценки, согласно которой они были основными факторами, поддерживающими психогенное переедание и очищение. Когда эти факторы изменяются, переедание, как правило, прекращается, а при нервной булимии исчезает очищение, хотя также следует уделить особое внимание лечению злоупотребления слабительными и мочегонными средствами.

Недавние исследования показали, что послабление диеты является наиболее важным элементом в борьбе с компульсивным перееданием. Большинство людей, страдающих булимией, склонны либо морить себя голодом в начале дня, а затем переедать, либо придерживаются крайне неорганизованного режима питания. Такой паттерн питания может затруднить распознавание истинного чувства голода и сытости, являющихся ключевыми ощущениями, которые помогают всем нам регулировать свое питание. Основная цель послабления диеты состоит в том, чтобы установить нормальный режим питания, состоящий из трех приемов пищи и двух перекусов каждый день с регулярными интервалами. Сокращение времени между приемами пищи до не более 4 часов снижает чувство голода и вероятность переедания.

Есть много свидетельств важности послабления строгой диеты. В одном крупномасштабном исследовании было обнаружено, что ограничение питания влияет на результат когнитивно-поведенческой терапии. Она также способствует послаблению диеты на очень раннем этапе лечения, в течение первых двух или трех сеансов. В других исследованиях было обнаружено, что уменьшение очищения на 70% или более в течение первых шести сеансов было ключевым показателем возможного успеха в лечении как сразу после его окончания, так и при после-

дующем наблюдении, через 8–12 месяцев. Вероятный механизм этого раннего эффекта заключается в том, что послабление диеты приводит к уменьшению чувства голода, и, следовательно, снижается вероятность переедания. Когда переедание ослабляется, потребность в очищении соответственно уменьшается. Еще одно исследование показало, что 70% тех, кто смог установить регулярный режим питания (три приема пищи и два перекуса каждый день), смогли прекратить переедание и очищение к концу лечения. С другой стороны, только около 5% из тех клиентов, которые не изменили свой паттерн питания, смогли прекратить переедание и очищение.

Из результатов этих исследований можно заключить, что раннее изменение лечения очень важно. Это означает, что клиенты должны довольно быстро менять свой рацион, что связано с определенным психологическим риском и тревогой, поскольку клиенты боятся набрать вес. Важно спросить себя, готовы ли вы в краткосрочной перспективе поменять свое поведение и связанное с ним отношение к лечению. Вы должны быть готовы пойти на риск поправиться. Что примечательно, средний прирост массы тела при лечении нервной булимии практически равен нулю. Однако те, у кого вес ниже нормы, немного прибавляют в весе, а люди с избыточным весом, как правило, худеют, если перестают переедать.

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии была проверена в многочисленных контролируемых исследованиях, в ходе которых было установлено, что она действенна для лечения нервной булимии и психогенного переедания. Свыше 30 контролируемых исследований нервной булимии показали, что когнитивно-поведенческая терапия более эффективна, чем отсутствие терапии, недирективная психотерапия, плацебо, психодинамическая терапия (поддерживающая-экспрессивная терапия), управление стрессом и прием антидепрессантов. Хотя об эффективности когнитивно-поведен-

ческой терапии при психогенном переедании известно меньше, контролируемые исследования показывают, что она столь же (если не более) эффективна при лечении нервной булимии. Около половины людей с нервной булимией, завершивших курс лечения, выздоравливают с помощью когнитивно-поведенческой терапии, а еще у четверти наблюдается значительное улучшение. Цифры для психогенного переедания выше: выздоравливают 60–70% из тех, кто прошел курс терапии. В одном из самых длительных исследований Оксфордского университета Кристофер Фэйрберн и его коллеги наблюдали за клиентами с нервной булимией, проходившими курс когнитивно-поведенческой терапии, в течение 5 лет после лечения. Почти у 60% не было обнаружено расстройства пищевого поведения, а еще у 20% наблюдались субклинические расстройства с редкими эпизодами переедания и очищения по окончании исследования. Остальные не выздоровели, у небольшого процента была диагностирована нервная анорексия. Следовательно, частота рецидивов среди успешно вылеченных клиентов довольно низка, хотя иногда могут наблюдаться срывы и регресс, но положительные результаты сохраняются надолго.

Первоначально интерперсональная психотерапия применялась к клиентам с депрессией, позже ее стали назначать людям с нервной булимией, а затем и клиентам с психогенным перееданием. Это лечение основано на теории о том, что неправильное управление межличностными отношениями вызывает эмоциональное потрясение, которое в сочетании с хронической диетой провоцирует переедание. Комбинация голода и эмоционального потрясения обычно является триггером переедания. Ведь, когда вы голодны, справиться со своими эмоциями намного сложнее. Несмотря на неопровержимые доказательства того, что когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективным методом лечения нервной булимии, неожиданные результаты двух

исследований показали, что ИПТ, хотя и гораздо менее эффективна, чем КПТ в конце лечения, столь же эффективна, как КПТ, через 1 год после окончания лечения. Из-за более медленного действия ИПТ при нервной булимии предпочтительной и более оптимальной является когнитивно-поведенческая терапия.

Удивительно, но при расстройстве пищевого поведения с перееданием ИПТ оказалась столь же эффективной, как КПТ, по окончании лечения и при последующем наблюдении. Более того, во время последующего наблюдения результаты лечения сохранялись. Исход когнитивно-поведенческой терапии (и, вероятно, интерперсональной терапии) показывает, что в большинстве случаев клиенты, которые прекращают переедание, теряют вес, тогда как те, кто продолжают переедать, набирают вес. В одном из исследований потери массы тела при психогенном переедании разница между теми, кто не прекратил переедание, и теми, кто от него отказался, составляет 7 кг. Отчасти это было связано с тем, что те, кто не прекращал переедание, прибавляли в весе в течение периода наблюдения.

Другие виды психотерапии

Диалектическая поведенческая терапия

Один из потенциально эффективных методов лечения расстройств пищевого поведения, известный как *диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)*, изначально был разработан для лечения пациентов с расстройствами личности. ДПТ помогает людям лучше распознавать, понимать и контролировать свои эмоции. Данный вид психотерапии может быть полезен при лечении психогенного переедания, поскольку большинство людей, которые переедают, говорят, что негативные эмоции являются наиболее частым триггером их переедания. Кроме

того, вполне вероятно, что переедание — это способ избежать сильных негативных эмоций и их последствий. Поэтому исключительно для лечения психогенного переедания были разработаны более короткие версии первоначальной ДПТ. Некоторые исследования показывают, что ДПТ может быть полезной при лечении нервной булимии и психогенного переедания, хотя ее не сравнивали с когнитивно-поведенческой терапией. В первую очередь этот метод лечения направлен на то, чтобы помочь людям распознать свое эмоциональное состояние и увидеть, как эти эмоции приводят к перееданию. Затем они обучаются различным навыкам, которые помогут им лучше справляться с подобными эмоциональными состояниями. Некоторые из этих навыков мы рассмотрим во второй половине книги.

Комбинация психотерапии и препаратов

Если и лекарственные препараты, и психотерапия эффективны, приводит ли их комбинация к лучшим результатам, чем использование любого из них в отдельности? Теория предполагает, что, если два метода лечения работают по-разному, то в итоге в мозге человека они должны дополнять друг друга, и их комбинация будет более эффективной. Однако, если они работают одинаково, то пользы от добавления лекарств к психотерапии не будет. Этот вопрос изучался в нескольких контролируемых исследованиях. Результат исследований показал, что лекарства значительно усиливают эффекты психотерапии, но не так сильно, как психотерапия усиливает действие препаратов. Более того, обнаружено мало доказательств того, что лекарства повышают эффективность психотерапии в сокращении эпизодов переедания при психогенном переедании, но в то же время они могут способствовать потере веса. Отсутствие явной эффективности может быть связано с тем, что клиентам с компульсивным перееданием психотерапия помогает больше, чем клиентам

с нервной булимией, поэтому у лекарств меньше возможностей продемонстрировать улучшение. В большинстве исследований, сочетающих антидепрессанты и психотерапию, депрессия снижается более эффективно с помощью лекарств, чем с помощью психотерапии.

Применение антидепрессантов

Существует три способа использования лекарственных препаратов при нервной булимии или психогенном переедании. Некоторые клиенты могут не захотеть тратить время и усилия, необходимые для психотерапии. Для таких людей назначение препаратов может быть лучшим выбором. Однако помните, что у лекарств есть побочные эффекты и что антидепрессанты не так эффективны, как КПТ. Кроме того, неясно, как долго следует продолжать лечение антидепрессантами, прежде чем их можно будет безопасно отменить без рецидива. В некоторых случаях лекарства со временем теряют свою эффективность. Другой вариант — добавить лекарства для усиления эффекта когнитивно-поведенческой терапии. Обычно лекарства вводят в лечение, если в первые несколько недель психотерапии не было достаточного прогресса. В том случае, если клиенты не уменьшили количество очищений примерно на 70% по окончании шести сеансов лечения, у них будет меньше шансов на выздоровление, чем у тех, кто демонстрирует качественное улучшение. Для них, как правило, в качестве дополнения назначают какой-либо препарат. Наконец, поскольку депрессия препятствует нормальному ходу психотерапии, ее лечат с помощью антидепрессантов до начала КПТ.

Мы изучили доказательства того, что когнитивно-поведенческую терапию следует рассматривать как терапию первой линии при нервной булимии, а интерперсональную психотерапию и лекарства как терапию второй линии. При психогенном переедании как когнитивно-поведенческую, так и интерперсональную психотера-

пию следует рассматривать как терапию первой линии, за которой следует лечение антидепрессантами. Совсем недавно были разработаны и испытаны в ряде исследований короткие формы когнитивно-поведенческой терапии (подобные представленным в этом пособии), которые сравнивали с полной КПТ. Результаты этих исследований мы рассмотрим в следующей главе.