

მკირფასო კოლეგა,

მადლობას მოგახსენებთ, რომ დაინტერესდით კვლევით: “ნერვული ანორექსიის სამი ფსიქოთერაპია: რანდომიზებული კლინიკური კვლევა”¹, რომელიც ერთმანეთს ადარებს კოგნიტურ-ქცევით თერაპიას, ინტერპერსონალურ თერაპიასა და სპეციალისტთა მხარდამჭერ კლინიკურ მართვას.

წინამდებარე მკურნალობის სახელმძღვანელო წარმოგიდგენთ სპეციალისტთა მხარდამჭერი კლინიკური მართვის მკურნალობის პირობებს. კვლევის კონტექსტში თავიდან ამ მიდგომას ეწოდა “სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა” (SSC). ტერმინი “სპეციალისტთა მხარდამჭერი კლინიკური მართვა” (specialist supportive clinical management, SSCM) უკეთ ასახავს თერაპიის პროცესს, რომელიც კლინიკური მართვისა და მხარდამჭერითი ფსიქო-თერაპიის კომბინაციაა. ამ თერაპიას ასევე უწოდებენ “არასპეციფიკურ მხარდამჭერ კლინიკურ მართვას” (NSCM).

წინამდებარე მკურნალობის სახელმძღვანელო ჯერ კიდევ სამუშაო ვერსიაა, რომელიც კლინიკურ ცდებამდე დაიწერა. მას შემდეგ გამოვაქვენეთ SSCM-ის აღწერა კვლევის პროცესში თერაპიის განხორციელების საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე², რომლის აქცენტებიც გარკვეულწილად განსხვავდება სახელმძღვანელოში მოცემული აქცენტებისგან. არსებობს ანგარიშები შემდეგ საკითხებზე: სპეციალისტთა მიერ მკურნალობის პროტოკოლის დაცვა³, მონაწილეთა კვლევამდელი წონის სტატუსის მიმართება სიმპტომებთან და ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასთან⁴, მკურნალობის ნაადრევი შეწყვეტის გამოკვლევა⁵, SSCM-ის შინაარსობრივი ანალიზი⁶, და კლინიკური ცდის გრძელვადიანი შედეგები⁷. კლინიკურ ცდაში თერაპიას ახორციელებდნენ კვებითი აშლილობების გამოცდილი სპეციალისტები რეგულარული სუპერვიზიის პირობებში.

სახელმძღვანელო უფასოა. სანაცვლოდ, ვისურვებდით ნებისმიერი სტატიის, მასალის, დისერტაციის, ანგარიშის ან პუბლიკაციის კოპიას, რომლის შემუშავებისასაც თქვენ გამოიყენეთ ჩვენი სახელმძღვანელო, და თხოვნა გვაქვს, გააკეთოთ სათანადო ციტირებები, რომლებიც მოცემულია ქვემოთ. გთხოვთ, წინამდებარე საწყისი გვერდი თან დაურთოთ მკურნალობის სახელმძღვანელოს.

ვირჯინია მაკინტოში (ავტორთა სახელით) Virginia V W McIntosh

ანორექსიის მკურნალობის პროგრამა

- ¹ McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741-747.
- ² McIntosh, V. V. W. and Jordan, J. (2009). Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. In *Interventions for Body Image and Eating Disorders: Evidence and Practice* (eds. S. J. Paxton & P. J. Hay), pp. 75-94. IP Communications: Melbourne, Australia.
- ² McIntosh, V. V. W., Jordan, J. and Bulik, C. M. (2009). Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. In *The Treatment of Eating Disorders* (eds. C. Grilo and J. E. Mitchell). Guilford: New York.
- ² McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M. and Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39(8), 625-632.
- ² Jordan, J., McIntosh, V. V. W., & Bulik, C. M. (2015). Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-5). Singapore: Springer Singapore.
- ² Jordan, J., McIntosh, V., & Bulik, C. (2020). Specialist supportive clinical management (SSCM) for anorexia nervosa: What it is (and what it is not). *Australasian Psychiatry*, 28(2), 156-159. <https://doi.org/10.1177/1039856219875024> s
- ³ McIntosh, V. V. W., Jordan, J., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Carter, F. A., Carter, J. D., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2005). Measuring therapist adherence in psychotherapy for anorexia nervosa: scale adaptation, psychometric properties, and distinguishing psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 15, 339-344.
- ³ McIntosh, V.V.W., Jordan, J., Carter, J.D., Luty, S.E., Carter, F.A., McKenzie, J.M., Frampton, C.M.A., Joyce, P.R., , 2016. Assessing the distinctiveness of psychotherapies and examining change over the course of treatment for anorexia nervosa with CBT, IPT and SSCM. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 958-962.
- ⁴ McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2004). Strict versus lenient weight criterion in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 51-60.
- ⁵ Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, F. A., Joyce, P. R., Frampton, C. M. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., & Bulik, C. M. (2014). Clinical characteristics associated with premature termination from outpatient psychotherapy for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22, 278-284.
- ⁶ McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., Jordan, J., & Loughlin, A. (2022). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa: Analysis of therapy content and relation to outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 55(5), 717-722.
- ⁷ Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. M., Bulik, C. M. Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 647-654.

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა თერაპევტის სახელმძღვანელო

(სამუშაო ვერსია)

Virginia V McIntosh, BA(Hons), Dip Clin Psyc ¹

Jennifer Jordan, MA, Dip Clin Psyc ¹

Peter R Joyce, FRANZCP ¹

Janice M McKenzie, FRANZCP ¹

Suzanne E. Luty, BM BS, B Med Sci ¹

Frances A Carter, MA, Dip Clin Psyc ¹

Cynthia M Bulik, PhD ²

¹ Department of Psychological Medicine, Christchurch School of Medicine,
Christchurch, New Zealand

² Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

Address correspondence to:

Virginia McIntosh

University Department of Psychological Medicine

Christchurch School of Medicine,

PO Box 4345

Christchurch, NEW ZEALAND.

Telephone: +64-3 372 0400. FAX: 64-3 372 0407. Electronic Mail: gmcintosh@chmeds.ac.nz

მთარგმნელები: ია შეყრილაძე (გვ. 1 – 56)

ნინო პატატიშვილი (გვ. 57-70)

იზა კობიაშვილი (გვ. 71-85)

ქეთი კალატოზიშვილი (გვ. 86-100)

მარიამ ფანჯიკიძე (გვ. 101-107)

რედაქტორი: ია შეყრილაძე

Copyright, 1997

Do NOT Copy or Use Without Permission

რედაქტორისგან: უღრმეს მადლობას ვუხდით ავტორებს წინამდებარე სახელმძღვანელოს გაზიარებისთვის. განსაკუთრებულ მადლიერებას გამოვხატავთ ლონდონის კინგს კოლეჯის და ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კლინიკური ფსიქოლოგიის პროფესორის, ევროპის აკადემიის წევრის, ქეთევან ჭანტურიას, მიმართ სახელმძღვანელოს თარგმნის უფლების მოპოვებისა და ლექცია-სემინარებისთვის, რამაც საშუალება მოგვცა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სახელმძღვანელოს ქართული ვერსია მოგვეწოდებინა მკითხველისათვის.

სახელმძღვანელოს შესავალი

წინამდებარე სახელმძღვანელოს მიზანია სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის პირობებისა და პროცედურების აღწერა მიდგომის ოპტიმალური განხორციელებისათვის, როგორც ანორექსიის მკურნალობის კვლევაში ჩართული სპეციალისტებისთვის, ასევე იმ თერაპევტებისთვის, რომლებიც ნერვული ანორექსიის მქონე ქალებთან მუშაობენ სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მიდგომით.

სარჩევში მოცემულია სახელმძღვანელოს სხვადასხვა თავი. სექცია **თემის მიმოხლვა** განიხილავს რამდენიმე რელევანტურ საკითხს, მათ შორის, მოიცავს ნერვული ანორექსიის კვლევებისა და ფსიქოთერაპიების მიმოხილვას. **შესავალი სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში** მიმოიხილავს მიდგომის თეორიულ საფუძვლებს. **სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის განხორციელება ნერვული ანორექსიისას** წარმოგვიდგენს მიდგომის სესიების დეტალურ შინაარსს. **რეკომენდებული საკითხავი მასალა** გვთავაზობს ლიტერატურის სიას, რომელთა გაცნობაც თერაპევტებისთვის უაღრესად სასარგებლო იქნება. **ბიბლიოგრაფია** მოიცავს სახელმძღვანელოში ციტირებულ წყაროებს.

სარჩევი

სახელმძღვანელოს შესავალი	1
სარჩევი	2
გამოყენებული აკრონომები	5
თემის მიმოხილვა	
შესავალი ნერვულ ანორექსიაში	6
კლინიკური მახასიათებლები	7
კვლევები ნერვული ანორექსიის მკურნალობის შესახებ	10
ფსიქოთერაპიები ნერვული ანორექსიისათვის	14
ანორექსიის მკურნალობის პროგრამის მიმოხილვა	15
კვლევის შესავალი	15
ანორექსიის მკურნალობის კვლევის სქემა	15
შეფასების ფაზა	16
მკურნალობის ფაზა	16
მიდევნების (Follow-up) ფაზა	16
სამი ფსიქოთერაპიის სპეციფიკის დადგენა: კოგნიტურ ქცევითი თერაპია (CBT) , ინტერპერსონალური თერაპია (ITP) და სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (SSC)	16
შესავალი სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში	19
კლინიკური მართვა	19
მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია	20
შესავალი სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში ნერვული ანორექსიისთვის	21
სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მახასიათებლები	26
თერაპიის წინაპირობები	27
ინტერპერსონალური კონტექსტის ფაქტორები	27
დაშვებული ინტერვენციები	29
რა არ არის სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა	29
სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის განხორციელება ნერვული ანორექსიისას	31
სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის სესიათა მიზნების მიმოხილვა	31

თერაპიის წესები	31
თერაპიული სესიების მიმოხილვა	32
საწყისი ფაზა	33
თერაპევტის ამოცანები მკურნალობის პირველ ფაზაზე	33
თერაპიული ალიანსის დამყარება	33
პაციენტისთვის ანორექსიის მკურნალობის კვლევის სტრუქტურის გაცნობა	34
ორიენტაცია თერაპიისკენ	35
შეფასება	36
სამიზნე სიმპტომების დადგენა	36
პაციენტის ორიენტირება სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში	38
წონა	39
ნორმალური კვების წახალისება და ხელშეწყობა	39
სამიზნე წონის დიაპაზონის დადგენა	41
შუა ფაზა	42
საბოლოო ფაზა	44
დასრულებასთან დაკავშირებული საკითხები	44
სამომავლო ფოკუსი	44
რეკომენდებული საკითხავი მასალა	46
დანართები	47
ნერვული ანორექსიის მოდელი	47
სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა, სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალის ფორმა	48
ბიბლიოგრაფია	49
საგანმანათლებლო მოდულები	57
რა არის ნერვული ანორექსია?	57
გავრცელება	57
რა იწვევს ნერვულ ანორექსიას?	58
დიეტის შედეგები	60
დიეტასა და წონაში მკვეთრ კლებასთან დაკავშირებული პრობლემები	60
სოციოკულტურული გავლენები კვებით აშლილობებზე	61
დიეტების არაეფექტურობა	65
გაწმენდის არაეფექტურობა	68
გამწმენდები	68
მადის დამთრგუნველი საშუალებები	70

არაჯანსაღი/უწყესრიგო კვების ციკლი	71
ბიოლოგიური და გენეტიკური თეორიების როლი წონის მდგომარეობასა და სხეულის ფორმაში	73
განსაზღვრული წერტილის (Set Point) თეორია	74
შიმშილის შედეგები	80
კვებასთან დაკავშირებული დამოკიდებულება და ქცევა	81
ბულიმია	82
ემოციური ცვლილებები	83
სოციალური და სექსუალური ცვლილებები	86
კოგნიტური ცვლილებები	86
ფიზიკური ცვლილებები	86
ფიზიკური აქტივობა	87
საზოგადოების სიმსუქნის ფობია	89
ვარჯიში როგორც წონის კონტროლი	92
რას გეუბნება რეალურად სასწორი?	94
კვებითი აშლილობების შედეგები	95
ელექტროლიტების დარღვევები	95
კარდიოლოგიური დარღვევები	95
სტომატოლოგიური პრობლემები	96
კუჭ-ნაწლავის გართულებები	96
შეშუპება და გაუწყლოვნება	97
ნევროლოგიური პათოლოგიები	98
თირკმლის დისფუნქცია	98
ენდოკრინული დარღვევები	98
დერმატოლოგიური ცვლილებები	99
საკვები და კვებითი ქცევა	100
ხასიათი და პიროვნება	100
შემეცნება	100
ძილი და სექსუალური ინტერესი	100
კვება და კვებითი აშლილობისგან გამოჯანმრთელება	101
ძვლების ჯანმრთელობა	105

გამოყენებული აკრონიმები

შევეცადეთ, მინიმალურად გამოგვეყენებინა აკრონიმები. გამოყენებული აკრონიმებია:

გამოყენებული აკრონიმები	
აკრონიმი	მნიშვნელობა
ATS	ანორექსიის მკურნალობის კვლევა (Anorexia Treatment Study)
AN	ნერვული ანორექსია (anorexia nervosa)
BN	ნერვული ბულიმია (bulimia nervosa)
CBT	კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია (cognitive-behavioural therapy)
IPT	ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (interpersonal psychotherapy)
SSC	სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (specialist supportive care)
BMI	სხეულის მასის ინდექსი (body mass index)

თემის მიმოხილვა

შესავალი ნერვულ ანორექსიაში

ნერვული ანორექსია არის გაურკვეველი ეტიოლოგიის კვებითი აშლილობა, რომლისთვისაც არ არსებობს განსაზღვრული მკურნალობის მეთოდი (Hsu, 1986). მიუხედავად სტაციონარული მკურნალობის სიძვირისა (Crisp, Norton, Gowers, Halek, Bowyer, Yeldham, Levett, & Bhat, 1991) და სადაო ეფექტიანობისა (Crisp et al., 1991; Morgan, Purgold, & Welbourne, 1983), მწირია კლინიკური კვლევები ამ ურთულესი მდგომარეობის ამბულატორიული ფსიქოთერაპიების ეფექტიანობაზე. ნერვული ანორექსია ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით: უარი, შენარჩუნდეს სხეულის წონის ნორმალური დიაპაზონის მინიმალური ზღვრის დონე (მაგ. წონის კლება, რომელსაც მივყავართ სხეულის მასის ნორმაზე 85%-ით ნაკლებ წონასთან); წონაში მატების ან გასუქების უკიდურესი შიში, მიუხედავად სიგამზდრისა; საკუთარი სხეულის წონისა და ფორმის განცდის/აღქმის დარღვევა, სხეულის წონის შეუსაბამო გავლენა საკუთარი თავის შეფასებაზე, ან მცირე წონის სერიოზულობის უარყოფა, და ამენორეა (American Psychiatric Association, 1994). ნერვული ანორექსიის დაწყების საშუალო ასაკი არის 17 წელი. ანორექსიის გავრცელება ქრისტიანულში (ახალი ზელანდია) 0.3%-ს უტოლდება 25-44 წლის ქალებში (Wells, 1989). იმ კვლევების თანახმად, რომლებმაც ანორექსიის სუბკლინიკური გამოვლინებანი იკვლიეს, სუბკლინიკური ნერვული ანორექსია უფრო გავრცელებულია (Bunnell, Shenker, Nussbaum, Jacobson, & Cooper, 1990; Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs, & Szmuckler, 1983; Meadows, Palmer, Newball, & Kenrick, 1986; Wells, 1989) და შესაძლოა განიხილებოდეს, როგორც სრული სინდრომის წინამორბედი.

ვოლტერსისა და კენდლერის თანახმად (Walters & Kendler, 1995), მოსახლეობის მდებდრობითი ტყუპების შერჩევაზე ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ფართე განმარტებით, ნერვული ანორექსიის პრევალენტობა ცხოვრების განმავლობაში უდრის 3.70%-ს. აშშ-ში მინესოტას შტატში ძირითადი სამედიცინო მდგომარეობების ინციდენტობაზე ჩატარებული ლონგიტუდური კვლევის მიხედვით, ასთმისა და დიაბეტის შემდეგ ნერვული ანორექსიის პირველადი ავადობა მესამე ადგილს იკავებდა ახლავაზრდა ქალებში, სამედიცინო მდგომარეობათა ინციდენტობას შორის (Lucas, Beard, O'Fallon, & Kurland, 1991). ირკვევა, რომ ნერვული ანორექსია მემკვიდრეობითია (Strober, Morrell, Burroughs, Salkin, & Jacobs, 1985; Walters & Kendler, 1995) და ხშირად რამდენიმე კომორბიდულ მდგომარეობასთან ერთად იჩენს თავს, მათ შორის დიდ დეპრესიასა და შფოთვით აშლილობებთან (Eckert, Goldberg, Halmi, Casper, & Davis, 1982; Fornari, Kaplan, Sandberg, Mathews, Skolnick, & Katz, 1992; Hendren, 1983; Smith & Steiner, 1992; Toner, Garfinkel, & Garner, 1988; Walters & Kendler, 1995). ნერვულ ანორექსიასთან დაკავშირებული სიკვდილობა თვალშისაცემად მაღალია და ფასდება, როგორც დაახლოებით 5% ათწლეულზე (Sullivan, in press). გარდაცვალებათა ნახევარი

გამოწვეულია კვებით აშლილობებთან დაკავშირებული გართულებებით, დაახლოებით 25% - სუიციდით და დარჩენელი ნაწილი კი სხვა მიზეზებით.

კლინიკური მახასიათებლები

ნერვული ანორექსიის დიაგნოსტური კრიტერიუმები



ნერვული ანორექსიის DSM-5-TR კრიტერიუმები¹

A. საკვების/ენერგიის მიღების შეზღუდვა მოთხოვნებთან შედარებით, რასაც მივყავართ მნიშვნელოვნად დაბალ წონასთან ასაკის, სქესის, განვითარების ტრაექტორიისა და ფიზიკური ჯანმრთელობის კრილში. *მნიშვნელოვნად დაბალი* წონა განისაზღვრება, როგორც წონა, რომელიც ნორმის მინიმუმზე ნაკლებია, ან ბავშვებსა და მოზარდებში, მისაღების მინიმუმზე ნაკლებია.

B. წონაში მატების ან გასუქების უადრესად ძლიერი შიში, ან წონის მატების საწინააღმდეგო მდგრადი ქცევა, მიუხედავად ძალიან მცირე წონისა.

C. წონისა და ფორმის დამახინჯებული განცდა, წონისა და ფორმის უკიდურესი გავლენა საკუთარი თავის შეფასებაზე, ან მცირე წონის სერიოზულობის მდგრადი აუღიარებლობა

კოდირების შენიშვნა: ICD-10-CM-ის კოდი დამოკიდებულია ქვეტიპზე (იხ. ქვემოთ). დააზუსტეთ:

F50.01 შეზღუდვითი ტიპი: ბოლო 3 თვის მანძილზე ინდივიდს არ ჰქონია უკონტროლო, უზომო ჭამის განმეორებითი ეპიზოდები ან კუჭის წმენდის ქცევა (თვითგამოწვეული პირღებინება ან ლაქსატივების, შარდმდენების ან ოყნის ავადმომხმარება). ეს ქვეტიპი აღწერს სურათს, რომლის დროსაც წონის კლება უპირატესად მოჰყვება დიეტას, მარხვას, და/ან უკიდურეს ვარჯიშს.

F50.02 უკონტროლო, უზომო ჭამის/გაწმენდითი ტიპი: ბოლო 3 თვის განმავლობაში, ინდივიდს ჰქონია უკონტროლო, უზომო ჭამის განმეორებითი ეპიზოდები ან კუჭის წმენდის ქცევა (თვითგამოწვეული პირღებინება ან ლაქსატივების, შარდმდენების ან ოყნის ავადმომხმარება).

დააზუსტეთ თუ:

ნაწილობრივ რემისიაში: მას შემდეგ, რაც წარსულში ნერვული ანორექსიის ყველა კრიტერიუმი იყო დაკმაყოფილებული, A კრიტერიუმი (სხეულის დაბალი წონა) გარკვეული პერიოდის განმავლობაში აღარ დაკმაყოფილებულა, მაგრამ კვლავ კმაყოფილდება ან B კრიტერიუმი (წონაში მატების ან გასუქების ინტენსიური შიში ან ქცევა, რომელიც ეწინააღმდეგება წონის მატებას) ან C კრიტერიუმი (საკუთარი წონისა და ფორმის აღქმის დარღვევები).

სრულ რემისიაში: მას შემდეგ, რაც წარსულში ნერვული ანორექსიის ყველა კრიტერიუმი იყო დაკმაყოფილებული, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში არც ერთი კრიტერიუმი აღარ დაკმაყოფილებულა.

დააზუსტეთ მიმდინარე სიმწვავე:

სიმწვავის მინიმალური დონე ეფუძნება მიმდინარე სხეულის მასის ინდექსს (BMI) ზრდასრულებისათვის (იხ. ქვემოთ) ან, ბავშვებისა და მოზარდებისათვის, BMI პროცენტილს. მოცემული დიაპაზონები ეყრდნობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სიგამხდრის კატეგორიებს ზრდასრულებისათვის; ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში, გამოყენებულ უნდა იქნეს შესაბამისი BMI პროცენტილები. სიმწვავის დონე შესაძლოა გაიზარდოს კლინიკური სიმპტომების, ფუნქციური შეფერხების ხარისხისა და მეთვალყურეობის საჭიროების ასახვად.

მსუბუქი: BMI ≥ 17 კგ/მ².

საშუალო: BMI 16–16.99 კგ/მ².

მწვავე: BMI 15–15.99 კგ/მ².

უკიდურესი: BMI <15 კგ/მ².

ამდენად, ანორექსიის ძირითადი მახასიათებლებია: უარი ადეკვატური სხეულის წონის შენარჩუნებაზე, გასუქების შიში მიუხედავად მცირე წონისა და საკუთარი სხეულის დარღვეული აღქმა. ანორექსია ნებისმიერ ასაკში შეიძლება დაიწყოს, თუმცა ყველაზე ხშირად იგი სიყმაწვილის ასაკში და ადრეულ ახალგაზრდობაში აღმოცენდება. ქალებს ის გაცილებით უფრო ხშირად ემართებათ, ვიდრე მამაკაცებს. ანორექსია შეიძლება ნებისმიერ სოციოეკონომიკურ ფენას შეეხოს, თუმცა მდგომარეობა განსაკუთრებით გავრცელებულია დასავლურ კულტურებში იმ დონემდე, რომ ზოგიერთი მკვლევარი მას „კულტურასთან შეჭიდულ სინდრომს“ უწოდებს (Garner, Garfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson, & Kelly, 1986; Stoylen & Laberg, 1990). ირკვევა, რომ ნერვული ანორექსია გაცილებით დიდი დოზითაა წარმოდგენილი საშუალო კლასის წარმომავლობის ინდივიდებში (Kendell, Hall, Hailey, & Babigan, 1973).

ანორექსიას ხშირად თან ახლავს ფსიქიატრიული აშლილობებისა და ფსიქოლოგიური შეფერხებების მთელი რიგი. დიდი დეპრესია და გუნება-განწყობილების სხვა აშლილობები, სხვადასხვა შფოთვითი მდგომარეობები, განსაკუთრებით ობსესიურ-კომპულსიური მიდრეკილებები, ალკოჰოლისა და სხვა ნივთიერებების ავადმთხმარება და პიროვნული აშლილობები ხშირად აღინიშნება აშლილობის პარალელურად ან პაციენტის წარსულში (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Bulik, 1992; Eckert et al., 1982; Gillberg & Rastam, 1992; Halmi, 1974; Halmi, Eckert, March, Sampugnaro, Apple, & Cohen, 1991; Hendren, 1983; Herzog, Keller, Lavori, Kenny, & Sacks, 1992b; Herzog, Nussbaum, & Marmor, 1996; Sohlberg & Strober, 1994; Strober, 1980; Vitousek & Manke, 1994). განსაკუთრებით საინტერესოა მიმართება ნერვულ ანორექსიას და - ნერვულ ბულიმიას შორის. ანორექსიის მქონე ქალთა დაახლოებით ნახევარს რაღაც ეტაპზე უვითარდება ბულიმია, ხოლო ბულიმიის მქონე ქალების დაახლოებით 10%-ს აქვს ანორექსიის გამოცდილება. უახლესი მონაცემების მიხედვით, ანორექსიისა და ბულიმიის ანამნეზის მქონე ქალებს უფრო მძიმე გართულებები ეკვეთებათ კლინიკურ მახასიათებლებსა და პიროვნულ და ფსიქომეტრულ ტესტებში (Bulik, Sullivan, McKee, Weltzin, & Kaye, 1995). ფიზიკური, სექსუალური ან ემოციური ძალადობის გამოცდილება ხშირად სახეზეა ანორექსიის მქონე ქალთა კლინიკურ პოპულაციაში. რაც შეეხება პიროვნული აშლილობების არსებობას კვებითი აშლილობების დროს, პიროვნული აშლილობებისა და ბულიმიის მქონე ქალებზე ჩატარებულმა უახლესმა კვლევამ აჩვენა, რომ მათ არ ჰქონდათ მკურნალობის უარესი შედეგები. უფრო მეტიც,

ამდენად, სხვა ფსიქიკური აშლილობისა თუ პიროვნული აშლილობის არსებობამ არ უნდა იმოქმედოს თქვენს განსჯაზე ინდივიდის მკურნალობის პოტენციალთან დაკავშირებით.

ანორექსიასთან ასოცირდება მთელი რიგი სამედიცინო და ფიზიკური მდგომარეობები:

- კახეთის

- შეშუპება/ედემა (შეშუპება ზედმეტის სითხის გამო) (სავარაუდოდ გამოწვეულია გახანგრძლივებული დგომით და გაძლიერებული კაპილარული გამტარობით)
- A ვიტამინის ნაკლებობა
- ჰორმონული პათოლოგიები
- ამენორეა
- შეფერხებული პერისტალტიკა -> შენელებული ნაწლავის დაცარიელება
- პეტექია
- კანქვეშა სისხლჩაქცევები (გაძლიერებული კაპილარული გამტარობის გამო)
- სხეულის ფიზიოლოგიური პროცესების საერთო შენელება: შემცირებული სხეულის ტემპერატურა; გულისცემა; სუნთქვა; ბაზალური მეტაბოლიზმი
- სხეულის წყლის დაკარგვით (პირღებინებისა თუ ლაქსატივებით გამოწვეული დიარეით) გამოწვეული გაუწყლოვნება
- სისხლში კალიუმის დაბალი დონე პირღებინებისა და ლაქსატივების ავადმჯობრების გამო, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გულის დისრითმია და უცარი სიკვდილიც კი
- არეული მენსტრუალური ციკლი ან მისი არარსებობა
- გულის ფატალური გადიდება (პირღებინების გამომწვევი წამლის („Ipecac“) გამოყენების გამო)
- იშვიათად, პირღებინებით გამოწვეული ნაწლავური ან ეზოფაგური ნახევები

სხვა გართულებები –

- დეპრესიული გუნება-განწყობილება
- ლაბილური გუნება-განწყობილება
- ჩაციკლვა საკვებსა და ჭამაზე
- მომატებული გაღიზიანებადობა
- ბრაზის ხშირი შემოტევები
- შფოთვა (ფრჩხილების კვნეტა, თამბაქოს მოხმარება)
- აპათია
- თვითდაზიანება
- სოციალური აქტივობების ინტერესის დაკარგვა, იზოლაცია და განდგომა
- დაგეგმვის უნარის შეფერხება
- გადაწყვეტილების მიღების უნარის შეფერხება



კვლევები ნერვული ანორექსიის მკურნალობის შესახებ

ნერვული ანორექსიის მკურნალობის ისტორიაში გამორჩეული ადგილი უკავია ფილოსოფიასა და კლინიკურ გამოცდილებას. იშვიათია ინტერვენციების ემპირიული ცდები. აშლილობის ადრეული მიდგომები მოიცავდა პაციენტის ოჯახისგან მოცილებას (Gull, 1874), ინტენსიურ სისტემურ ოჯახურ თერაპიას (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978) და სრულ ჰოსპიტალიზაციას ნაზოგასტრული კვებითა და იძულებითი მედიკამენტური მკურნალობით (Browning & Miller, 1968; Dally & Sargant, 1966; Nemiah, 1950). ქვევითი ინტერვენციები დომინანტური გახდა 1970-იან წლებში, მოიცავდა რა

როგორც მკაცრი, ასევე შედარებით ღმობიერი სტაციონარული პროგრამის ბევრ ვერსიას (Halmi, Powers, & Cunningham, 1975; Touyz, Beumont, Glaun, Philips, & Cowie, 1984). მიუხედავად იმისა, რომ სტაციონარული პროგრამის ოპერანტული ფაზისას პაციენტებმა შესაძლოა წონაში მოიმატონ, გაწერის შემდეგ ძალიან ხშირია რეციდივი (Herzog, Sacks, Keller, Lavouri, vonRanson, & Gray, 1992a; Windauer, Lennerts, Talbot, Touyz, & Beumont, 1993). წონის მატებაზე წამყვანი ფოკუსი შესაძლოა ეფექტური იყოს „ანორექსიის“ მკურნალობისთვის, თუმცა ამგვარი მიდგომა არაა მიმართული აშლილობის ფსიქოლოგიურ ასპექტებზე ანუ „ნერვოზაზე“. ნერვული ანორექსიის მკურნალობის წამყვანი ფორმის თვალსაზრისით, ფარმაკოლოგიური ჩარევა არ იძლევა დამაიმედებელ შედეგებს. გზამკვლევები გვთავაზობენ ანტიდეპრესანტების გამოყენებას, როდესაც კომორბიდული დეპრესიული მდგომარეობა არ უმჯობესდება წონის მატებასთან ერთად (Walsh, Oldman, Franklin, Fairburn, & Cowen, 1995) და უკვე არსებობს გარკვეული მტკიცებულება იმისა, რომ ფლუოქსეტინი ეხმარება წონის შენარჩუნებას ანორექსიული ქალების შემთხვევაში (Kaye, Weltzin, Hsu, & Bulik, 1991). თუმცაღა, ფარმაკოთერაპია ვერ გვთავაზობს ნერვული ანორექსიისაგან განკურნების შესაძლებლობას.

დღესდღეობით, ნერვული ანორექსიის მქონე ქალებს, რომელთაც მცირე სხეულის წონა აქვთ, სთავაზობენ მრავალკომპონენტიან სტაციონარულ და დღის მკურნალობის პროგრამებს. მსოფლიოში მრავალი სტაციონარული პროგრამა იყენებს ქცევითი და კოგნიტურ-ქცევითი ტექნიკების კომბინაციას. ზოგიერთი ცენტრი ერთმნიშვნელოვნად ოჯახურ მიდგომას ეყრდნობა. ახალი ზელანდიის მონაცემების თანახმად, ანორექსიის პირველი სტაციონირების შემთხვევაში, სტაციონარში გაჩერების საშუალო ხანგრძლივობა უდრის 64 ± 46 დღეს, ხოლო პაციენტთა ერთ-მესამედზე მეტს ესაჭიროება სულ მცირე ერთი ხელახალი ჰოსპიტალიზაცია პირველი ხუთი წლის განმავლობაში (McKenzie & Joyce, 1992). ნერვული ანორექსიის მქონე პაციენტთა სტაციონარში გაჩერების საშუალო ხანგრძლივობა აღემატება ყველა სხვა ფსიქიატრიული აშლილობის მქონე პაციენტების სტაციონირების ხანგრძლივობას, გარდა ორგანული მდგომარეობებისა (Russell, Szmukler, Dare, & Eisler, 1987). სტაციონარული მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა კრაისტჩარჩში (ახალი ზელანდია) უტოლდება 60 დღეს და ერთი დღის მკურნალობის ღირებულება ერთ პაციენტზე უდრის \$251, ჯამში კი ერთი სტაციონირება ჯდება \$15,050 (პირადი კომუნიკაცია, Healthlink South). მკურნალობის საკონტროლო ცდების არარსებობის პირობებში ცოტა რამ ვიცით ამ მიდგომის ეფექტიანობის შესახებ, მიუხედავად მისი სიძვირისა და პაციენტისა და მისი ოჯახის ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი არეულობის შეტანისა (McKenzie & Joyce, 1992).

ნერვული ანორექსიის კონტროლირებული ცდები

რასელმა და კოლეგებმა ერთმანეთს შეადარეს ნერვული ანორექსიისა და ნერვული ბულიმიის მქონე ქალების ოჯახური თერაპია და ინდივიდუალური მხარდაჭერითი თერაპია (Russell et al., 1987). ფსიქოთერაპია დაიწყო სტაციონარში წონის აღდგენის ფაზის შემდეგ. ოჯახური თერაპია ცალსახად უპირატესი მკურნალობის მეთოდი აღმოჩნდა ნერვული ანორექსიის მქონე იმ პაციენტებისათვის,

რომელთაც აშლილობა 19 წლის ასაკამდე დაეწყოთ და მიმდინარეობის ხანგრძლივობა სამ წელს არ აღემატებოდა. პაციენტები, რომელთაც 19 წლის ასაკის შემდეგ დაეწყოთ ნერვული ანორექსია, უპირატესობას ანიჭებდნენ ინდივიდუალურ მხარდამჭერით თერაპიას. თვრამეტ წლამდე ასაკის ანორექსიული გოგონების შემდგომმა საპილოტე გამოკვლევამ ცხადყო, რომ როგორც ოჯახური თერაპია, ასევე ოჯახის კონსულტირება მნიშვნელოვან სარგებელთან ასოცირდებოდა არაქრონიკული ანორექსიის მქონე ახალგაზრდა ინდივიდების შემთხვევაში (le Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992).

კიდევ ერთმა კვლევამ ერთმანეთს შეადარა ოჯახური სისტემის ქცევითი თერაპია ეგოზე ორიენტირებულ ინდივიდუალურ თერაპიას ახალგაზრდა ანორექსიულ პაციენტებთან (Robin, Siegel, Koepke, Moye, & Tice, 1994). კვლევის თანახმად, ოჯახის ქცევითმა თერაპიამ სხეულის მასის ინდექსის უფრო მეტი ცვლილება გამოიწვია, ვიდრე ინდივიდუალურმა თერაპიამ, თუმცა ნერვული ანორექსიისა და ოჯახური ფუნქციონირების ფსიქოლოგიურ ასპექტებთან მიმართებით ორივე მიდგომა თანაბრად ეფექტიანი აღმოჩნდა (Robin et al., 1994). მიმოხილული კვლევები ხაზს უსვამს ოჯახური თერაპიის მნიშვნელოვან როლს არაქრონიკულ ახალგაზრდა ანორექსიულ პაციენტებთან. თუმცა, ოჯახური თერაპია ნაკლებად რელევანტური და მისაღებია ნერვული ანორექსიის მქონე უფროსი ასაკის პირებთან.

შენონმა და კოლეგებმა ერთმანეთს შეადარეს ნერვული ანორექსიის კოგნიტურ-ქცევითი მკურნალობა, ქცევითი მკურნალობა და რუტინული კლინიკური მართვა (Channon, De Silva, Hemsley, & Perkins, 1989). მიუხადავად იმისა, რომ მათ შედეგის თვალსაზრისით ვერ დაადგინეს სხვაობა თერაპიის ამ სამ ფორმას შორის, რთულია შედეგების ინტერპრეტაცია მხოლოდ რვა მონაწილიანი ჯგუფების საფუძველზე. ავტორებმა, ასევე, ვერ შეძლეს ვერანაირი მონაცემების წარდგენა იმის დასადგენად, თუ რამდენად ხსნიდა არასაკმარისი ეფექტის მაჩვენებელი მიღებულ შედეგებს (განსხვავებების არარსებობას).

კრისპმა და კოლეგებმა შემთხვევითი პრინციპით გადაანაწილეს ნერვული ანორექსიის მქონე 90 პაციენტი ოთხიდან ერთ-ერთ მკურნალობის პირობაში - სტაციონარული მკურნალობა, ამბულატორიული ინდივიდუალური და ოჯახური ფსიქოთერაპია, ამბულატორიული ჯგუფური ფსიქოთერაპია (პაციენტი და მშობლები), ან არანაირი შემდგომი თერაპია (ერთჯერადი შეფასება) (Crisp et al., 1991). მკურნალობის მიტოვება და მკურნალობის რეჟიმის დაუცველობა ხშირი იყო სტაციონარულ და შემდგომი თერაპიის გარეშე დარჩენილ ჯგუფებში. რაც შეეხება ცდის ყველა მონაწილეს, წონაში მატება მნიშვნელოვნად აღემატებოდა ორივე ამბულატორიულ ჯგუფში შემდგომი მკურნალობის გარეშე დარჩენილ ჯგუფთან შედარებით. სტაციონარულ და ამბულატორიულ ინდივიდუალურ ჯგუფებშიც სახეზე იყო მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებული შედეგები მენსტრუალურ ციკლთან მიმართებით და ნუტრიციულ სკალასა და მორგან-რასელის შედეგის სკალაზე. ამბულატორიული მკურნალობა ასევე საგრძნობლად ნაკლებად ინტენსიური და ბიუჯეტური იყო, ვიდრე სტაციონარული მკურნალობა.

გოვერსმა და კოლეგებმა დაადგინეს, რომ ამბულატორიული ინდივიდუალური და ოჯახური თერაპიის 12 სესია უფრო შედეგიანი იყო, ვიდრე ერთჯერადი შეფასება შედარებით უფროსი ასაკის ანორექსიული პაციენტების მკურნალობისთვის (Gowers,

Norton, Halek, & Crisp, 1994). ინდივიდებმა, რომლებმაც გაიარეს აქტიური მკურნალობა, მეტი მოიმატეს წონაში, მეტად შეინარჩუნეს წონა ორი წლის განმავლობაში და მეტი გაუმჯობესება აჩვენეს ორი წლის თავზე მენსტრუალური ციკლის, ნუტრიციული სტატუსის, საერთო ფსიქიკური მდგომარეობის, სოციოეკონომიკური ადაპტაციისა და გლობალური ფუნქციონირების თვალსაზრისით.

ჰოლმა და კრისპმა ანორექსიის მქონე 30 ზრდასრული ქალი (საშუალო ასაკი 19.5 წელი) შემთხვევითი პრინციპით გადაანაწილეს ორ ჯგუფში: დიეტოლოგიური რჩევების 12 სესია ან კომბინირებული ინდივიდუალური და ოჯახური ფსიქოთერაპიის 12 სესია (Hall & Crisp, 1983; Hall & Crisp, 1987). მათ აღმოაჩინეს, რომ მკურნალობის ორივე ფორმას მოჰყვა წონაში მატება და გაუმჯობესებული გლობალური კლინიკური შედეგი. თუმცა, მხოლოდ ფსიქოთერაპიის მიმღებ ჯგუფს აღენიშნებოდა გაუმჯობესებული ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება.

თრევერმა და კოლეგებმა ანორექსიის მქონე 30 ზრდასრული (18 წელზე მეტის) შემთხვევითი პრინციპით გადაანაწილეს ამბულატორული მკურნალობის ორ ჯგუფში: საგანმანათლებლო ქცევითი თერაპია და კოგნიტურ-ანალიტიკური თერაპია (Treasure, Todd, Brolly, Tiller, Nehmed, & Denman, 1995). საგანმანათლებლო ქცევითი თერაპია მოიცავდა: საკვების მიღების მონიტორინგს; ყოველკვირეული ამოცანების დასახვას, საკვების მიღების ზრდასა და გამრავალფეროვნებასთან დაკავშირებით; წონასა და ფორმასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვას; ნუტრიციის, მეტაბოლიზმის, ანორექსიისა და ბულიმიის შესახებ განათლებას. კოგნიტურ-ანალიტიკური თერაპია მოიცავდა შემდეგს: ხდებოდა პაციენტის ისტორიისა და პრობლემების ერთობლივად, ხელახლა დაწერა და ფორმულირება; პაციენტი იღებდა სერიულ დიაგრამულ ფორმულირებას მათი ქცევის ვიზუალური ინტერპრეტაციით და აზროვნების, ემოციებისა და ქმედების არაჯანსაღი პატერნების გამოკვეთით; ყოველკვირეულად ხდებოდა პრობლემების იდენტიფიცირება და მათზე ფოკუსირება. ავტორებმა აღმოაჩინეს, რომ ორივე ჯგუფში პაციენტებმა მოიმატეს წონაში და გააუმჯობესეს მენსტრუალური ფუნქციონირება.

რომ შევაჯამოთ, ნერვული ანორექსიის კლინიკური კვლევები ცოტაა. კვლევებმა, რომლებმაც შეისწავლეს ახალგაზრდა და არაქრონიკული პაციენტები, სახარბიელო შედეგები აჩვენეს ოჯახზე დაფუძნებული ინტერვენციების გამოყენების სასარგებლოდ. ცოტა რამ არის ცნობილი იმის შესახებ, თუ რომელია მკურნალობის საუკეთესო ფორმა ნერვული ანორექსიის მქონე უფროსი ასაკის პაციენტებისათვის, რომლებიც აღარ ცხოვრობენ ოჯახთან ერთად. ახალი ზელანდიის მიმდინარე კვლევა მიგვანიშნებს, რომ ანორექსიის დაწყების საშუალო ასაკი გადმომისამართებულ პაციენტებში უდრის 17 წელს (Sullivan et al., in progress) და ქვეყნის სტატისტიკის მიხედვით კი იმ პირების საშუალო ასაკი, ვინც მკურნალობას აკითხავს, უტოლდება 20 ± 8 (McKenzie & Joyce, 1992). არსებითია იმის ცოდნა, თუ როგორ უნდა ვუმკურნალოთ ანორექსიის მქონე უფროსი ასაკის პირებს.

ფსიქოთერაპიები ნერვული ანორექსიისათვის

მიუხედავად ანორექსიის მკურნალობის სისტემური კვლევის სიმწირისა, მრავალი რამ დაიწერა კლინიკური პერსპექტივიდან. ნერვული ანორექსიის ადრეული ფსიქოანალიტიკური ინტერპრეტაციით, აშლილობა კონცეპტუალიზდა როგორც ქალური სექსუალობისა და ორალური განაყოფიერების ფანტაზიების უარყოფა შიმშილის გზით. აღნიშნული ხედვის თანახმად, ამ ყველაფერს თან ახლავს პრეგენიტალურ დაცვით მექანიზმებზე რეგრესია, რომლებიც დაკავშირებულია ფალოსურ-ოიდიპურ და გვიან სეპარაცია-ინდივიდუაციის ფაზასთან, და ანორექსიის სიმპტომები განიხილება, როგორც აღმოცენებადი სექსუალური ლტოლვისაგან დამცავი მექანიზმი (Sours, 1980).

გვიანი ფსიქოდინამიური თეორია ნერვულ ანორექსიას განიხილავს, როგორც სიყმაწვილის ნორმალური განვითარების პროცესების დისფუნქციას. ანორექსიის ფსიქოდინამიური მოდელების თანახმად, ანორექსიული პაციენტი იდენტიფიცირებას ახდენს საკუთარ დაჩიავებულ სხეულთან და საკუთარ დაჩიავებულ მდგომარეობას აღიქვამს თვითგამოხატვის ფორმად. ამდენად, ნერვული ანორექსია განიხილება როგორც პირადი და ინტერპერსონალური სირთულეების „არაჯანსაღი გადაწყვეტა“ (Bruch, 1973). ბრუქი წერდა „არაეფექტურობის ყოვლისმომცველ გრძნობაზე“, რასაც ხშირად განიცდიან ანორექსიული პაციენტები საკუთარ თავთან მიმართებით და სხვებთან ურთიერთობისას. ბრუქი რეკომენდაციას უწევდა მკურნალობას, რომელიც მიზნად ისახავს ინდივიდის გრძნობების, შეგრძნებებისა და რწმენების აღმზრას. მისი მიდგომა რადიკალურად განსხვავდებოდა ტრადიციული ინტერპრეტაციული მიდგომისაგან. ბრუქის თანახმად, ინტერპრეტაციულმა ფსიქოთერაპიამ შესაძლოა გააძლიეროს პაციენტის უსუსურობის განცდა და მისი რწმენა იმის თაობაზე, რომ სხვებმა იციან ის, რაც მან არ იცის. ბრუქის თერაპიული მოდელი მოიცავს პაციენტთან აშლილობის არსისა და მნიშვნელობის - ის, რომ ზედმეტი ჩაცვიკლა ჭამასა და წონაზე ასრულებს სიღრმისეული პრობლემებისა და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის გადაფარვის ფუნქციას - განხილვა-გაზიარებას (Bruch, 1962; Bruch, 1973; Bruch, 1976; Bruch, 1977; Bruch, 1978a; Bruch, 1978b).

ნერვული ანორექსიის ოჯახური თერაპია ეფუძნება ანორექსიის მქონე ინდივიდების ოჯახთა დაკვირვებას, რომელთა შორისაც ხშირია წევრებს შორის ათქვეფა, ზედმეტი მზრუნველობა, რიგიდულობა, კონფლიქტთა გადაჭრის სიმწირე და ავადმყოფობის ფარის გამოყენება მშობლების გადაუწყვეტელ კონფლიქტებთან მიმართებით. მინუხინი და პალაცოლი რეკომენდაციას უწევდნენ თერაპიას, რომელიც მიზნად ისახავს ოჯახის დისფუნქციური სისტემის შეცვლას (Minuchin et al., 1978; Palazzoli, 1978; Rosman, Minuchin, Baker, & Liebman, 1977; Rosman, Minuchin, Liebman, & Baker, 1976). მინუხინმა და კოლეგებმა ანორექსიის ოჯახური თერაპიის მიზნები აღწერეს როგორც, პირველ რიგში, დისფუნქციური ტრანზაქციული პატერნების ჰომეოსტაზის დარღვევა და შემდეგ კი, ოჯახის უფრო ღია და ჯანსაღი კომუნიკაციით რეორგანიზება (Minuchin et al., 1978).

კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია მიიჩნევს, რომ დამახინჯებული კოგნიციები სხეულის ფორმას, წონას, ჭამასა და პირად კონტროლზე იწვევენ კვებისა და წონის

დისფუნქციას. მკურნალობა მოიცავს საკვების, ჭამის, სხეულის წონისა და ფორმის შესახებ არაჯანსაღი კოგნიციების დადგენასა და ეჭვქვეშ დაყენებას.

ნერვული ანორექსიის მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის საერთო მთავარი მახასიათებელია ნუტრიციული ინფორმაციის, განათლებისა და რჩევების უზრუნველყოფა. წონის მნიშვნელოვანი კლებისას რეკომენდებულია კვების აღდგენა, როგორც ნებისმიერი ფსიქოთერაპიული ჩარევის წინაპირობა, რაც ხშირად სტაციონარში ხორციელდება. ფსიქოთერაპიასთან ერთად რეკომენდებულია ნორმალური კვების განახლებისა და წონის აღდგენის მხარდაჭერა და გამხნეება (Casper, 1992; Channon et al., 1989; Crisp et al., 1991; Crisp, 1967; Hall & Crisp, 1987; Hsu, 1990; Robin et al., 1994; Russell, 1981; Steinhausen, 1995; Treasure et al., 1995; Williams, Touyz, & Beumont, 1987; Yager, 1994).

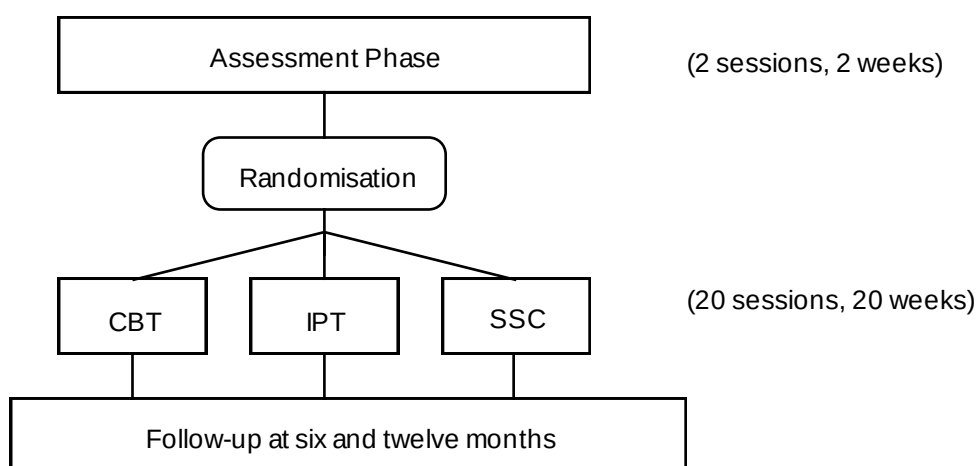
ანორექსიის მკურნალობის პროგრამის მიმოხილვა

კვლევის შესავალი

ანორექსიის მკურნალობის კვლევა დაიგეგმა და დაიწერა ახალი ზელანდიის ქალაქ ქრაისტჩარჩში პ. რ. ჯოისის, ფ. კარტერის, ვ. ვ. მაკინტოშის, ჯ.მ. მაკკენზისა და ს. მ. ბულიკის მიერ 1996 და 1997 წლებში ახალი ზელანდიის ჯანდაცვის კვლევების საბჭოს საგრანტო პროექტის სახით. გრანტი დაფინანსდა 1996 წლის დეკემბერში პროექტის 1997-1999 წლებზე გათვლით. კვლევის მთავარი მიზანია ნერვული ანორექსიის მქონე 120 ქალის სამი ტიპის ფსიქოლოგიური მკურნალობისადმი რეაგირების შედარება.

ანორექსიის მკურნალობის კვლევის სქემა

Figure 1: Schematic of the Anorexia Treatment Study.



შეფასების ფაზა

კვლევა იწყება სიღრმისეული ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული და ქცევითი შეფასებით, რომელიც მოიცავს სამ სესიას ორი კვირის განმავლობაში. ცდის პირებს ასევე ასწავლიან საკვების მიღების თვითმონიტორინგს და აღირიცხება მათ მიერ საკვებისა და სითხის მიღება ერთი კვირის განმავლობაში.

მკურნალობის ფაზა

ცდის პირთა ერთი-მესამედისათვის მკურნალობის ფაზა შეადგენს სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის 20 კვირას, რომელიც აღწერილია წინამდებარე სახელმძღვანელოში. ცდის პირთა მეორე ერთი-მესამედი გაივლის ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპიის 20-კვირიან კურსს, ხოლო მესამე ერთი-მესამედი გაივლის კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის 20-კვირიან კურსს. ოცი სესია გადანაწილდება 20-კვირიან პერიოდზე. გადანაწილება გასხვავებული იქნება სხვადასხვა თერაპიის შემთხვევაში. სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა სესიების ყველაზე მოქნილი გადანაწილების საშუალებას იძლევა. მკურნალობის დასრულების 3, 6, 9 და 12 თვის თავზე მოხდება ცდის პირთა მდგომარეობის გამოკვლევა. ამის შემდეგ კი ცდის პირებთან კონტაქტი წელიწადში ერთხელ შედგება.

მიდევნების (Follow-up) ფაზა

პირველი ერთი წლის მანძილზე ყველა ცდისპირთან შედგება მკურნალობის შემდგომი კონტაქტი მკურნალობის დასრულებიდან სამი თვის ინტერვალებით. ნახევარი წლისა და ერთი წლის შემდგომი შეფასებები მოიცავს პირად ინტერვიუს, თვითანაგარიშის კითხვარების შევსებას, სხეულის ხატის შეფასებას და წონის დადგენას. სამი და ცხრა თვის თავზე შეფასებები კი მოიცავს ხანმოკლე სატელეფონო გასაუბრებას ანორექსიის წამყვანი სიმპტომების შესახებ. მიდევნების პერიოდის შემდეგ, დაგეგმილია ცდის პირებთან კონტაქტი წელიწადში ერთხელ. თუმცა, აღნიშნული კონტაქტების გრძელვადიანი განხორციელება დამოკიდებული იქნება შემდგომ დაფინანსებაზე.

სამი ფსიქოთერაპიის სპეციფიკის დადგენა: კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია (CBT), ინტერპერსონალური თერაპია (ITP) და სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (SSC)

არასპეციფიური თერაპიული ფაქტორები

ლიტერატურაში საინტერესო დებატებს შეხვდებით ფსიქოთერაპიის „სპეციფიური“ და „არასპეციფიური“ ფაქტორების შესახებ. სპეციფიურ ფაქტორებში იგულისხმება თერაპიის ცალკეული ტიპისთვის დამახასიათებელი ეფექტები. მაგალითად, კოგნიტურ-ქცევით თერაპიაში, სპეციფიურ ფაქტორად ითვლება ის, თუ რამდენად

წარმატებით შეცვლის თერაპია დამახინჯებულ კოგნიციებსა და დისფუნქციურ დამოკიდებულებებს. ინტერპერსონალურ თერაპიაში იგივე ეხება დისფუნქციებს ინტერპერსონალურ კრილში. არასპეციფიურ ფაქტორებში კი იგულისხმება ასპექტები, რომლებიც საერთოა ყველა ტიპის ფსიქოთერაპიული ურთიერთობისთვის.

ცხადია, თითოეულ მიდგომას თავისი მომხრეები ჰყავს, რომლებიც ხმამაღლა საუბრობენ ამა თუ იმ მიდგომის მნიშვნელობაზე. თუმცა, მონაცემები არ მიუთითებს თერაპიის რომელიმე ფორმის უპირატესობაზე. აშშ-ს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დეპრესიის კვლევამ ერთმანეთს შეადარა მკურნალობის სამი ფორმის (ანტიდეპრესანტული მკურნალობა, კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია და ინტერპერსონალური თერაპია) ეფექტიანობა და მწირი მტკიცებულება მიიღო იმისა, რომ მკურნალობის ცალკეულ მოდალობასთან დაკავშირებული ფაქტორები კავშირში იყო მკურნალობის შედეგთან (Imber, Pilkonis, Sotsky, Elkin, Watkins, Collins, Shea, Leber, & Glass, 1990).

უადრესად მნიშვნელოვანია, რომ თერაპევტებმა ანორექსიის კვლევაში შეინარჩუნონ და გააღვივონ „არასპეციფიური“ ფაქტორები თითოეული ფსიქოთერაპიის გამოყენებისას. არასპეციფიური ფაქტორები მოიცავს პაციენტთან თბილი და ემპათიური ურთიერთობის დამყარებას, მკურნალობის გეგმას, და ადამიანისთვის სიმპტომების ნათლად ახსნას.

თერაპიების სპეციფიკის შენარჩუნება

არსებითია, რომ თერაპევტები მუდმივად ინარჩუნებდნენ სამი ფსიქოთერაპიის - CBT, IPT და SSC - სპეციფიკას. რაღაც მომენტში შესაძლოა გართულდეს ბალანსის დაცვა „დაბინძურების“ თავიდან აცილებასა და თერაპიული ეფექტის მიღებას შორის.

გარკვეული თანაკვეთა იარსებებს სამივე ფსიქოთერაპიის გამოყენებისას, ვინაიდან არასპეციფიური ფაქტორები საერთოა ყველა ტიპის თერაპიისათვის. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ თერაპიები განხორციელდეს თავიანთი პროტოკოლების მიხედვით.

კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია და ინტერპერსონალური თერაპია ნათლად სტრუქტურირებული მიდგომებია საკუთარი თერაპიული ფილოსოფიით. კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია გულისხმობს აზროვნების იმ დისფუნქციური პატერნების დადგენასა და შეცვლას, რომელთაც მივყავართ პრობლემურ კვებასთან, და კვებითი აშლილობის ქცევის შემადგენელი კომპონენტებისა და პროცესების გააზრებას. შესაძლოა, ასევე, მოხდეს ინტერპერსონალური სირთულეების განხილვა იმის გასაგებად, თუ ამგვარი ფაქტორები რამდენად უწყობენ ხელს ანორექსიის აღმოცენებასა და განვითარებას, ან იმის გასაგებად, თუ რამდენად უბიძგებს პაციენტს ინტერპერსონალური საკითხები არაჯანსაღი კვებითი ქცევებისკენ. თუმცა, CBT-ის ფარგლებში ინტერპერსონალური სირთულეების განხილვა მიზნად არ ისახავს ამ სირთულეების სიღრმისეულ გააზრებასა და გადაჭრას. ინტერპერსონალური თერაპიის ფოკუსი კი სწორედ იმ ინტერპერსონალური ურთიერთობების დისფუნქციური პატერნების მოდიფიცირებაა,

რომლებიც წარმოადგენს პრობლემური კვების წინმსწრებ და ხელშემწყობ ფაქტორებს. კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები მხოლოდ შეფასების ფაზაზე განიხილება, როდესაც ინტერპერსონალური პრობლემური საკითხების დადგენა ხდება. ამის შემდეგ, თერაპიის ფოკუსი თანმიმდევრულად წარმართულია ინტერპერსონალურ სფეროში გამოკვეთილი სირთულეების სიღრმისეულ გამოკვლევაზე და კვების, წონისა და ფორმის საკითხებთან დაბრუნება არ ხდება.

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (SSC) შემუშავდა ამ ორი მიდგომის (CBT და IPT) ტექნიკებისა და ფოკუსების გადაფარვის მინიმუმამდე დასაყვანად. SSC და CBT თანაკვეთა მოიცავს ფსიქოგანათლების გამოყენებას (თუმცაღა SSC ამას ნაკლებ ფორმალური მანერით ახდენს) და ნორმალური კვებისა და წონის აღდგენაზე ფოკუსს. SSC განსხვავდება CBT-სგან იმით, რომ არ აკეთებს კოგნიციებზე აქცენტს და არ მიმართავს კოგნიტურ რესტრუქტურირებას, ნაკლებად იყენებს სიტუაციის სისტემურ ანალიზს, ნაკლებად ახდენს ხაზგასმას კოგნიციებსა და კვებით ქვეცას შორის კავშირზე და არ სახავს კონკრეტულ ქცევით ამოცანებს (გარდა ჭამის გაძლიერებისა).

გარდა სამივე ფსიქოთერაპიის, და ზოგადად ყველა ტიპის ფსიქოთერაპიის, საერთო არასპეციფიური ფაქტორებისა (Omer & London, 1989), თანაკვეთა ნაკლებია SSC და IPT შორის. SSC არ მიმართავს IPT-ისთვის დამახასიათებელ ფოკუსს კვებით სირთულეებსა და ინტერპერსონალურ პრობლემებს შორის კავშირების დადგენაზე.

SSC-ში დაშვებულია კოგნიტური, აფექტური, ქცევითი და ინტერპერსონალური ასპექტების გამოკვლევა პაციენტის მიმდინარე სტატუსისა და სიტუაციის დასადგენად, თუმცა ეს არ უნდა განხორციელდეს სპეციფიური, ორგანიზებული, სისტემური კოგნიტურ-ქცევითი ან ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპიის მიდგომის მიხედვით. CBT და IPT-სთვის დამახასიათებელი ინტერვენციები არაა დაშვებული (Fawcett, Epstein, Fiester, Elkin, & Autry, 1987).

IPT და CBT-სთან შედარებით, SSC მეტ მოქნილობას გვთავაზობს სესიების სტრუქტურასა და შინაარსთან მიმართებით, განსაკუთრებით ცალკეული სესიის ფოკუსთან დაკავშირებით და, ამგვარად, კვებასთან ასოცირებული საკითხების გარდა იძლევა ფოკუსირების საშუალებას პაციენტის მიერ წამოჭრილ სხვა საკითხებზეც. წამოჭრილ პრობლემაზე ფოკუსირების ამგვარი მოქნილობა გამოკვეთილ იქნა ნერვული ანორექსიის მკურნალობის მნიშვნელოვან მახასიათებლად (Treasure et al., 1995).

დანართი I მოიცავს ხუთ სცენარს, რომლებიც ჩვეულებრივ აღმოცენდება ხოლმე ნერვული ანორექსიის მკურნალობისას, და გვთავაზობს აღნიშნული პრობლემების დაძლევის მონახაზს თითოეული თერაპიული მოდალობის (IPT, CBT და SSC) ჭრილში.

შესავალი სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (SSC) არის თერაპია, რომელიც შემუშავდა ანორექსიის მკურნალობის კვლევისათვის. აღნიშნული მიდგომა მიზნად ისახავს, რაც შეიძლება ახლოს გაიმეოროს ნერვული ანორექსიის კლინიკურ პრაქტიკაში არსებული ამბულატორული მკურნალობის ელემენტები. სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა აერთიანებს კლინიკურ მართვასა და მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიას. მიზანს წარმოადგენს მისი, როგორც ფსიქოთერაპიის არასპეციფიური ფორმის, სანდო შედარება CBT და IPT-სთან.

კლინიკური მართვა

კლინიკური მართვა განისაზღვრება როგორც ხარისხიანი ზრუნვა, რომლის მიწოდებაც ხდება კომპეტენტური კლინიკოსის მიერ მკურნალობის ცალკეულ რეჟიმთან ერთად ან მის გარეშე (Fawcett et al., 1987; Joyce, 1995). კლინიკური მართვა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს ჯანდაცვის პროფესიონალთა როლს, პირველ რიგში, „არ დააზიანო“ პრინციპის გატარებაში; შემდეგ, უსაფრთხოების უზრუნველყოფაში; და ბოლოს, განათლების, ზრუნვისა და მხარდაჭერის მიწოდებაში (Joyce, 1995). მხოლოდ ამ სამი წინაპირობის კონტექსტში იყენებს კლინიკოსი მკურნალობის რომელიმე ცალკეულ ფორმას.

ზოგადი ლიტერატურა სპეციალიზებული ფსიქოთერაპიების/მკურნალობისა და ხარისხიანი კლინიკური მართვის შედარებისას განსხვავებულ მიგნებებს გვთავაზობს. სხვაობა ეფექტიანობაში ცნობილ ნაყოფიერ თერაპიებსა (როგორიცაა კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია, ინტერპერსონალური თერაპია ან დეპრესიისას ანტიდეპრესანტით მკურნალობა) და ხარისხიან კლინიკურ მართვას შორის მცირედი ან უმნიშვნელოა (Joyce, 1995).

ზოგი ავტორის თანახმად, ის, რომ მნიშვნელოვანი ეფექტების სანდო დადგენა ვერ ხდება, შესაძლოა მიეწერებოდეს ყველა კლინიკური ინტერვენციისათვის საერთო არასპეციფიური ფაქტორების ნაკლებად აღიარებულ გავლენას. რობერტსისა და კოლეგების შეფასებით, არასპეციფიური ფაქტორების წვლილი შესაძლოა თერაპიული ეფექტის ორ-მესამედს უტოლდებოდეს (Roberts, Kewman, Mercier, & Hovell, 1993).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დეპრესიის მკურნალობის კოლაბორაციულმა კვლევამ ერთმანეთს შეადარა კლინიკური მართვა პლაცებო აბით, კლინიკური მართვა იმიპრამინით, კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია და ინტერპერსონალური თერაპია. ამ კვლევაში კლინიკური მართვა მოიცავდა შეფასებას, განათლებას, გამხნევებასა და მხარდაჭერას. კვლევაში ნებადართული იყო ცალკეული ფსიქოთერაპიული მეთოდების გამოყენება. დეპრესიის მსუბუქი და საშუალო ფორმების მკურნალობისას

კლინიკური მართვა პლაცებო აბით ისეთივე კარგ შედეგებთან აღმოჩნდა ასოცირებული, როგორც სხვა თერაპიები. თუმცა, როდესაც დეპრესია საშუალოზე მაღალი ან მძიმე იყო, კლინიკური მართვა პლაცებო აბით ნაკლებად ეფექტიანი იყო, ვიდრე ორივე ფსიქოთერაპია, რომლებიც, თავის მხრივ, ნაკლებად ეფექტიანები იყვნენ, ვიდრე კლინიკური მართვა იმიპრამინით. ეს შედეგები ხაზს უსვამს კლინიკური მართვის ეფექტიანობას დეპრესიის მკურნალობისას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის კოლაბორაციულ კვლევაში კლინიკური მართვის ერთ-ერთ უმთავრეს მიზნად გამოკვეთილი იყო პაციენტსა და კლინიკოსს შორის თერაპიული ურთიერთობის შენარჩუნება და გამყარება, რაც ხელს უწყობს მკურნალობის და მედიკამენტების რეჟიმის დაცვას.

კლინიკური მართვა ეფუძნება აშლილობის ანამნეზის სიღრმისეულ შეფასებას და პაციენტის განათლებას აშლილობის (სიმპტომები და დიაგნოზი) და მისი გამომწვევი მიზეზების (ეტიოლოგია) შესახებ და იმის შესახებ, თუ რა მოხდება, თუ მას არ მივხედავთ (შედეგები) და რა შეიძლება გაკეთდეს მის დასაძლევად (მკურნალობა) (Joyce, 1995). ჯოისი ხაზს უსვამს, რომ ამ საკითხების განხილვა ორმხრივი უნდა იყოს, ვინაიდან შესაძლოა პაციენტს კლინიკოსისაგან განსხვავებული უცნაური იდეები ჰქონდეს და ურთიერთსაწინააღმდეგო წარმოდგენებმა შესაძლოა შეაფერხოს მკურნალობის პროცესი. ხშირად პაციენტებს წინარწმენები და შიშები აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით და ამ ყველაფრის გაგება და გააზრება მნიშვნელოვანია ხარისხიანი კლინიკური მართვის განსახორციელებლად. პაციენტთან დიაგნოზის გაზიარება ამ მხრივ საშუალებას აძლევს კლინიკოსს გამოხატოს ზრუნვა, ხოლო პაციენტს - მიიღოს ის. აშლილობის შესახებ განათლება მიმდინარე პროცესია და იგი როგორც ზეპირად, ასევე წერილობით შეიძლება განხორციელდეს. სიტყვიერად გაზიარებული ცოდნითა თუ წერილობითი მასალის მიწოდებით კლინიკოსები საუბრობენ პაციენტთა ოჯახის წევრებთან და ახლობლებთან დიაგნოზსა და მართვის შესახებ.

კლინიკური მართვა მნიშვნელოვან როლს ანიჭებს აშლილობის ძირითადი სიმპტომების რეგულარულ მონიტორინგსა და განხილვას. ყოველივე ეს გულისხმობს „საკვანძო“ და „სამიზნე“ სიმპტომების დადგენას და მათზე შეთანხმებას პაციენტსა და კლინიკოსს შორის.

კლინიკური მართვა ასევე მოიცავს რეციდივის პრევენციას, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა გულისხმობდეს დაავადების დაბრუნების გამაფრთხილებელი ნიშნების ცოდნას. ასევე მნიშვნელოვანია ცხოვრებისეული ცვლილებების როლის გათვალისწინება პაციენტის გაუმჯობესების პროცესში (Joyce, 1995). ამდენად, კლინიკური მართვის ნაწილი მოიცავს კლინიკოსის მიერ სასარგებლო ცვლილებების წახალისებას და მხარდაჭერას.

მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია

მიუხედავად იმისა, რომ მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია ფართოდ გამოიყენება კლინიკურ პრაქტიკაში, მას ისტორიულად დინამიკურ თერაპიებთან შედარებით ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ. თუმცა, უკანასკნელი ათი-თხუთმეტი წლის განმავლობაში

მისი ეფექტიანობის აღიარება სულ უფრო და უფრო იმატებს ისეთ განსხვავებულ მდგომარეობებთან, როგორიცაა, შიზოფრენია, მოსაზღვრე აშლილობა, შფოთვა და აფექტური მდგომარეობები, ასევე ალკოჰოლის მოხმარებისა და ფსიქიატრიული მდგომარეობების ორმაგი დიაგნოზები. ამასთან, მიდგომის სარგებელი დასტურდება განსხვავებულ სამედიცინო კონტექსტში, მათ შორის ზოგად პრაქტიკაში. მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიის მზარდი გამოყენება უკავშირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობაში მზარდ სამედიცინო ფოკუსს (Rockland, 1993).

მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია განიმარტება როგორც დიალოგის სტილი, რომელიც იყენებს ტექნიკებს, როგორიცაა, კათარზისი, შექება, გამხნელება, რჩევა, თერაპევტის თვითგახსნა, ეგოს თხოვება (ego-lending) და მედიკამენტები (Winston, Pinsker, & McCullough, 1986). მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიაში ჩვეულებრივ პაციენტის თავდაცვის სტრატეგიები გაძლიერებულია, თუმცა არაჯანსაღი რეაქციების უკუგანმტკიცებაც შეიძლება მოხდეს; ზოგადად ინტერპრეტაცია არ გამოიყენება, თუმცა ზოგჯერ შესაძლოა ინტერპრეტაციული ინტერვენციების ჩართვა მხარდაჭერით კონტექსტში.

კონტემ და პლუტჩიკმა მიმოიხილეს მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიის შესახებ არსებული ემპირიული კვლევები (Conte & Plutchik, 1986). ფობიის მქონე პაციენტებთან მიმართებით არანაირი სხვაობა არ დადგინდა მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიისა და ქცევითი მიდგომების შედეგიანობას შორის. შიზოფრენიის შემთხვევაში, შედეგთაშორისი სხვაობები მინიმალური იყო ინსაიტზე ორიენტირებულ ექსპრესიულ ფსიქოთერაპიას და მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიას შორის, მიუხედავად ამ უკანასკნელის სესიების ნაკლები რაოდენობისა.

მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია, ასევე, სისტემურად შეადარეს ფსიქოანალიტიკურ ფსიქოთერაპიას (Wallerstein, 1988; Wallerstein, 1989). ვოლერსტაინმა დაასკვნა, რომ მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიულ მოდელებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი ცვლილების გამოწვევა (Wallerstein, 1988). რამდენიმე ავტორი აღნიშნავს ხშირ ჩვენებას მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიისათვის კლინიკურ პრაქტიკაში (Buckley, 1986; Rockland, 1993). (იხ. Rockland (Rockland, 1993) სასარგებლო მიმოხილვისათვის).

არაერთი ავტორი შენიშნავს, რომ პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიას მკურნალობის სხვა ფორმებთან შედარებით. დევალდის თანახმად, პაციენტთა უმრავლესობას სურს „მხარდაჭერითი და გამოკვეთილად სიმპტომებზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპია.“ (Dewald, 1994).

შესავალი სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში **ნერვული ანორექსიისათვის**

ანომალიური ნუტრიციული სტატუსი და კვებითი პატერნები ნერვული ანორექსიის ფუნდამენტური მახასიათებლებია. ნუტრიციული ფაქტორები დაავადების ეტიოლოგიისა და შენარჩუნების მნიშვნელოვან კომპონენტად განიხილება (Garner, 1993). დიეტის დაცვა აშლილობის დაწყების ტრიგერად მოიაზრება, რომელიც ხშირად გვევლინება, როგორც დაცვითი მექანიზმი, ან რეაქცია პირად ან ინტერპერსონალურ

მოწყვლადობაზე ან სტრესულ ცხოვრებისეულ მოვლენაზე (Rock & Curran-Celentano, 1996).

ნერვული ანორექსიის მკურნალობის ქვაკუთხედი ნორმალურ კვებაზე დაბრუნება და წონის აღდგენაა (American Psychiatric Association, 1993). მექანიზმები, რომელთა საშუალებითაც აღნიშნული მიზნების მიღწევა განიხილება, ვარიანტებს ცალკეული თერაპიის ფილოსოფიური ორიენტაციის შესაბამისად. თერაპიის ფსიქოდინამიური მოდელების თანახმად, ეგოს განვითარების საკითხებზე ფოკუსირება გამოიწვევს ნორმალური კვებისა და წონის აღდგენას. ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია კვებითი აშლილობებისათვის დაშვებას აკეთებს იმაზე, რომ არადადამკმაყოფილებელ ურთიერთობებსა და ინტერპერსონალურ ფუნქციონირებაზე მუშაობა მიგვიყვანს ნორმალურ კვებასთან. კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია ეფუძნება დაშვებას, რომ ნორმალური კვება აღდგება ჭამის, სხეულის წონისა და ფორმის მიმართ დისფუნქციური რწმენების ექვექცემ დაყენებასთან ერთად. ოჯახური თერაპია მიიჩნევს, რომ როდესაც ოჯახში არსებული ათქვეფილობისა და რიგიდულობის დისფუნქციური პატერნები შეიცვლება და ჩანაცვლდება კომუნიკაციის უფრო ფუნქციური პატერნებით, ნორმალური წონაც აღდგება.

ნერვული ანორექსიის მძიმე ფორმებში, როდესაც სხეულის წონა კრიტიკულ ზღვარს მიღმა ეცემა, წონის აღდგენის მიზნით რეკომენდებულია სტაციონირება (Beumont, Russell, & Touyz, 1993). თუმცა, ბევრი პაციენტის შემთხვევაში მსგავსი კრიტიკული წონის კლება არ ხდება. სტაციონარული მკურნალობის მაღალი ხარჯისა და კვებითი აშლილობების სტაციონარებში პერსონალის სიმწირის გათვალისწინებით მეტი შანსია, რომ ანორექსიის მქონე ადამიანი მკურნალობას ამბულატორულ ან დღის კლინიკაში გაივლის. მიუხედავად სტაციონარში სუპერვიზირებული წონის მატების საგულისხმო ეფექტიანობისა, ცნობილია, რომ ხშირია რეციდივი (Browning & Miller, 1968; Crisp, Kalucy, Lacey, & Harding, 1977; Engel, Wittern, Hentze, & Meyer, 1989; Herzog et al., 1992a; Hsu, Crisp, & Harding, 1979; Ratnasuriya, Eisler, Szmulker, & Russell, 1991; Steinhausen, Rauss-Mason, & Seidel, 1991; Toner, Garfinkel, & Garner, 1986; Windauer et al., 1993). შესაძლოა, რომ „თავს მოხვეულმა“ ან „ინსტიტუციურმა“ წონის მატებამ, რომელსაც სტაციონირების დროს აქვს ადგილი, ვერ შეუწყოს ხელი ნორმალური კვების აღდგენას ან ნორმალური წონის შენარჩუნებას სტაციონარული გარემოს მიღმა (Wilson, Touyz, O'Connor, & Beumont, 1985).

ბევრი ავტორი აღწერს, თუ როგორ წარმოადგენს ნორმალური წონისა და კვების აღდგენა ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების წინაპირობას ნერვული ანორექსიის მქონე ინდივიდებისათვის (Casper, 1992; Channon et al., 1989; Crisp et al., 1991; Crisp, 1967; Hall & Crisp, 1987; Hsu, 1990; Powers & Powers, 1984; Robin et al., 1994; Russell, 1981; Sours, 1980; Steinhausen, 1995; Treasure et al., 1995; Williams et al., 1987; Yager, 1994). რასელი რეკომენდაციას უწევს ანორექსიული პაციენტის ამბულატორულ მკურნალობაში ჩართვას სტაციონარში წონის აღდგენის შემდეგ, სადაც მას „ხელს შეუწყობენ რეგულარული კვებისა და ჯანსაღი წონის შენარჩუნებაში“ (Russell, 1981). თუმცა არ არის მოცემული მეტი ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იქნეს ეს მიღწეული. ზოგადად, ცოტა რამ დაწერილა ნერვული ანორექსიის პაციენტთა ამ ტიპის კლინიკური მართვის შესახებ, რაც შეიძლება ექსპლიციტურ გზამკვლევად გამოდგეს.

ცოტა ავტორს თუ განუხილავს უშუალოდ ნორმალური კვების სტაციონარიდან ყოველდღიურ სიტუაციებში გადატანის ხელშემწყობი სტრატეგიები. უილიამსი და კოლეგები რეკომენდაციას უწევენ კვებით კონსულტირებას და რჩევების მიწოდებას მკურნალობის ყველა ეტაპზე (Williams et al., 1987). ისინი აქცენტს აკეთებენ წონის მატების საჭიროების გარდა წონის შენარჩუნების სტრატეგიებსა და ენერგიის მოთხოვნების შესახებ ინფორმაციაზე, ასევე, ნორმალური კვების ხელახლა სწავლაზე.

ჰსუმ და კოლეგებმა დეტალურად აღწერეს ნერვული ბულიმიის ნუტრიციული კონსულტირების პროგრამა (Hsu, Holben, & West, 1990). ვინაიდან მათი ნუტრიციული კონსულტირება ეფუძნება დაშვებას, რომ ბულიმიური ქცევა განპირობებულია ნახევრად შიმშილით, ამ პროგრამის ბევრი პრინციპი გამოსადეგია ნერვული ანორექსიის კლინიკური მართვისთვისაც. პროგრამა მოიცავს ინსტრუქციებს საჭმლის ნორმალურ მიღებასთან, საკვების გამრავლფეროვნებასთან, კვების ტემპის შემცირებასთან და აკრძალული საკვების არაუკონტროლო ჭამასთან დაკავშირებით. პროგრამა სამი ფაზისგან შედგება. პირველი ფაზა (6 სესია) მიზნად ისახავს პაციენტის განათლებას კარგი კვების პრინციპების, საკუთარი ნუტრიციული საჭიროებების და დიეტასა და უკონტროლო ჭამას შორის კავშირის შესახებ. მეორე ფაზა (8 სესია) ფოკუსირდება პაციენტისთვის იმის სწავლებაზე, თუ როგორ შეარჩიოს ნუტრიციული საკვები, როგორ იყიდოს საკვები მათი ნუტრიციული შემადგენლობის გათვალისწინებით და როგორ დაგეგმოს პროდუქტებისა და საკვების საყიდლები. მესამე ფაზა (2 სესია) მოიცავს პაციენტისა და დიეტოლოგის ერთობლივ სადილს რესტორანში, სადაც ისინი განიხილავენ მენიუსა და რეციდივის პრევენციის სტრატეგიებს. გარდა დიეტოლოგთან 16 სესიისა, პაციენტს მიეწოდება კვებასთან, საკვებთან, საკვების შეძენასთან და ჭამასთან დაკავშირებული წერილობითი მასალა.

ანორექსიის მკურნალობის დროს მოსალოდნელი წონითი მატების შესახებ შედარებით მეტია ინფორმაცია. ზოგადად, ამბულატორიულ გარემოში მიზანს წარმოადგენს წონის ნელი, მაგრამ სტაბილური მატება (Huse & Lucas, 1983; Huse & Lucas, 1984; Rock & Yager, 1987; Strober & Yager, 1985).

ნერვული ანორექსიის უმრავლესობა თერაპიებისა მრავალასპექტოვანია და გარკვეული დოზით მოიცავს მხარდამჭერის ელემენტებს (Andersen, 1987; Engel & Wilfarth, 1988). ნერვული ანორექსიისა და ნერვული ბულიმიის დროს რეკომენდაციას უწევენ მხარდამჭერითი ფსიქოთერაპიის გამოყენებას ფარმაკოლოგიურ ინტერვენციებთან ერთად (Wells & Logan, 1987). განურჩევლად ცალკეული თერაპიული მოდალობის ფილოსოფიური ორიენტაციისა, უნივერსალურად აღიარებულია, რომ ანორექსიის მქონე ქალების მკურნალი თერაპევტები ყურადღებით უნდა იყვნენ კლინიკოსისა და პაციენტის ურთიერთობის მიმართ. სასურველია კლინიკოსები იყვნენ თბილი, მხარდამჭერი, გამხსნელობაზე ორიენტირებული, ემპათიური და ზედმიწევნით გულწრფელი.

მწირია მასალა ამ ტიპის მკურნალობის ნერვულ ანორექსიასთან გამოყენების დეტალებზე. საუბარია მკურნალობაზე, რომელიც აქცენტს აკეთებს თერაპიული ურთიერთობის არასპეციფიურ ფაქტორებზე (სიტბო, მხარდამჭერა და გამხსნელება) და ხარისხიან კლინიკურ მართვაზე (შეფასება, განათლება, ნორმალური კვებისა და წონის აღდგენის წახალისება). ესაა სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის ფუნდამენტური პრინციპები და წინამდებარე მკურნალობის სახელმძღვანელოს საგანი.

დღეისათვის რამდენიმე კლინიკურმა კვლევამ აღნიშნული ინტერვენცია (SSC) შეადარა ნერვული ანორექსიის უფრო სპეციფიკურ თერაპიებს. ჰომლა და კრისპმა (Hall & Crisp, 1983) ხაზი გაუსვეს სპეციალისტთა რესურსების სიმწირეს და ასევე იმას, რომ ნერვული ანორექსიის თერაპიის არც ერთი მიდგომის უპირატესობა არ დადასტურებულა მკურნალობის სხვა მიდგომებთან მიმართებით.

რასელმა და კოლეგებმა თავიანთ კლინიკურ კვლევაში ინდივიდუალური მხარდაჭერითი თერაპია შეადარეს ოჯახურ თერაპიას (Russell et al., 1987). ინდივიდუალური მხარდაჭერითი თერაპია ეფუძნებოდა “ნორმალურ კლინიკურ მიდევნებას (follow-up)” თუმცა უფრო სისტემატური ხასიათი ჰქონდა (ხშირი სესიებით), რათა ოჯახური თერაპიის ინტერვენციასთან მისი შედარება შესაძლებელი გამხდარიყო. შედეგებმა აჩვენა, რომ ინდივიდუალური მხარდაჭერითი თერაპია უკეთეს შედეგს იძლეოდა უფროსი ასაკის პაციენტებთან, რომელთაც ანორექსია 19 წლის ასაკის შემდეგ აღმოუცენდათ და აშლილობა სამ წელზე მეტი ხანს გაუგრძელდათ.

იმავე ავტორების მიერ ჩატარებულმა კიდევ ერთმა მსგავსმა კვლევამ ნერვული ანორექსიის მქონე მოზარდებზე უმნიშვნელო სხვაობა აჩვენა, ერთი მხრივ, ოჯახურ თერაპიას და, მეორე მხრივ, ინდივიდუალურ მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიასა და პაციენტთა მშობლების დამოუკიდებელ კონსულტირებას შორის (le Grange et al., 1992). ამ სტატიებში აღწერილი ინდივიდუალური მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია რამდენიმე მახასიათებლით ჰგავს სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვას. ეს მსგავსებებია: ფოკუსი სიმპტომებზე, აქცენტი წონასა და კვებაზე, თერაპევტის მხარდაჭერითი და განათლებაზე ორიენტირებული მიდგომა, და ფსიქოსოციალურ საკითხებზე ფოკუსირების შესაძლებლობა. მეორე კვლევაში ინდივიდუალური მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპია, ასევე, მოიცავდა კოგნიტური სტრატეგიების გამოყენებას, ინტერპრეტაციულ და სტრატეგიულ ელემენტებს და, მეტად იყო მიმართული ინტერპერსონალურ საკითხებზე, ვიდრე ანორექსიის მკურნალობის კვლევაში გამოყენებული სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა (le Grange et al., 1992).

შენონისა და კოლეგების კვლევაში რვა პაციენტმა, რომლებიც რუტინულ კლინიკურ მართვას გადიოდნენ, ისეთივე შედეგები აჩვენეს, რაც კოგნიტურ-ქცევითი ან უფრო მკაცრი ქცევითი თერაპიის პაციენტებმა (Channon et al., 1989). რუტინული კლინიკური მართვის ამ კვლევაში ეს ყველაფერი დაწვრილებით არ არის აღწერილი.

რობინისა და კოლეგების თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ ეგოზე ორიენტირებულმა ფსიქოთერაპიამ ნაკლებად გამოიწვია სხეულის მასის ინდექსის ცვლილება, ვიდრე ოჯახური სისტემის ქცევითმა თერაპიამ, ორივე მიდგომამ თანაბრად შეცვალა ახალგაზრდა ანორექსიული პაციენტების ფსიქოლოგიური და ოჯახური ფუნქციონირება (Robin et al., 1994; Robin, Siegel, & Moye, 1995).

თრეჟერმა და კოლეგებმა ანორექსიის მქონე 30 ზრდასრული პაციენტი შემთხვევითი პრინციპით გადაანაწილეს ამბულატორული მკურნალობის ორ ჯგუფში, ერთმანეთს შეადარეს რა საგანმანათლებლო ქცევითი თერაპია და კოგნიტურ-ანალიტიკური თერაპია (Treasure et al., 1995). საგანმანათლებლო ქცევითი თერაპია მოიცავდა საკვების ყოველდღიური მიღების მონიტორინგს და თერაპიის მიზნებს შეადგენდა საკვების რაოდენობის ყოველკვირეული ზრდა და გამრავალფეროვნება. წონის მატების მიზნის განხილვა მოიცავდა წონასთან და ფორმასთან დაკავშირებულ

საკითხებზე საუბარსაც. აღნიშნული თერაპია ასევე გულისხმობდა პაციენტის განათლებას ნუტრიციის, მეტაბოლიზმისა და კვებითი აშლილობების შესახებ. შედეგთა ობიექტური საზომების თვალსაზრისით, როგორცაა, წონის მატება და ნუტრიციული სტატუსის გაუმჯობესება, ორ ჯგუფს შორის სხვაობა არ გამოიკვეთა. თუმცადა, პაციენტის გაუმჯობესების სუბიექტური განცდის თვალსაზრისით უკეთესი შედეგი მოგვცა კოგნიტურ-ანალიტიკურმა თერაპიამ.

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მახასიათებლები

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის ფარგლებში ნერვული ანორექსია განიხილება, როგორც სერიოზული აშლილობა, რომელიც, განურჩევლად მისი ეტიოლოგიისა, ნარჩუნდება არასაკმარისი და დისფუნქციური კვებით. აშლილობის მკურნალობის საფუძველს წარმოადგენს ჯანსაღი კვების დაწყება და ნორმალური წონის აღდგენა. შესაბამისად, მიდგომის მთავარი მიზანია პაციენტის დახმარება, დაუბრუნდეს ჯანსაღ კვებას და აღიდგინოს ნორმალური წონა, რაც ხორციელდება ნუტრიციისა და ანორექსიის შესახებ განათლებისა და რჩევების მიწოდებით, ასევე ცხოვრების სტილის შეცვლის მხარდაჭერა-წახალისებით. მიდგომის დაშვების თანახმად, აშლილობის შემანარჩუნებელ მექანიზმებზე ზემოქმედებით შესუსტდება ანორექსიასთან დაკავშირებული შემაწუხებელი სიმპტომები, შეფერხებები და დისფუნქცია. ცნობილია, რომ სხვა ფაქტორებსაც შეუძლია პაციენტის კვებით ქცევებზე ზემოქმედება და, ამდენად, სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვას აქვს იმის მოქნილობა, რომ პაციენტის მიერ წამოჭრილ სხვა საკითხებსაც დაუთმოს ყურადღება.

ანორექსიის მკურნალობის კვლევისათვის შემუშავებული სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა ნაწილობრივ ეფუძნება და ბევრი მახასიათებლით ჰგავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დეპრესიის კვლევაში აღწერილ კლინიკურ მართვას (Fawcett et al., 1987; Joyce, 1995). მისი მახასიათებლები მოიცავს ფოკუსს სიმპტომებზე (ამ შემთხვევაში ნერვული ანორექსიის სიმპტომებზე) და არასპეციფიურ ფაქტორებზე, როგორიცაა თერაპიული ურთიერთობის გამოყენება პაციენტის მკურნალობაში ჩართვის შესანარჩუნებლად და მკურნალობის რეჟიმის დაცვის უზრუნველსაყოფად (ნორმალურ კვებასთან დაბრუნება).

თუმცა, კლინიკურ მართვასა და სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვას შორის არსებული მთავარი განსხვავება არის ის, რომ დეპრესიის კვლევაში გამოყენებული კლინიკური მართვა არ შედგებოდა აქტიური ფსიქოთერაპიისაგან მაშინ, როცა წინამდებარე კვლევა აქტიურად იყენებს მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიის პრინციპებზე დაფუძნებულ ინტერვენციებს (Dewald, 1994; Rockland, 1993). ანორექსიის მკურნალობის კვლევისათვის შემუშავებული სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მთავარი მახასიათებელია ის, რომ მიდგომა ცდილობს მინიმუმამდე დაიყვანოს კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიისა და ინტერპერსონალური თერაპიის გადაფარვა. შესაბამისად, სახელმძღვანელოში აღწერილი ეს მიდგომა გარკვეულწილად უფრო ჩარჩოებში ჩასმულია, ვიდრე მხარდაჭერითი ფსიქოთერაპიის სხვა ფორმები, ცდილობს რა CBT და IPT ტექნიკებისა და ფოკუსების თავიდან აცილებას. მისი მთავარი ფოკუსია ნერვული ანორექსიის სიმპტომების შემსუბუქება ნორმალური კვებისა და წონის აღდგენით.

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა მხარდაჭერით ფსიქოთერაპიასთან შედარებით ნაკლებად მიმართავს ინტერპრეტაციას (Dewald, 1994; Rockland, 1993). კლინიკურ პრაქტიკაში ფსიქოტროპული მედიკამენტების თანმდევი გამოყენება ზოგჯერ

რეკომენდებულია, თუმცა ფსიქოთერაპიულ ექსპერიმენტში ეს დაუშვებელია. იგივე შეზღუდვები ეხება თერაპიის დაწყებას და ხანგრძლივობას, რათა შედარება მოხდეს კვლევაში გამოყენებულ სხვა თერაპიებთან. მიდგომის საბოლოო მიზანია საუკეთესო და ყველაზე შედეგიანი მკურნალობის გამოკვეთა, რაც შეიძლება განახორციელოს ეკლექტურმა თერაპევტმა. ანორექსიის მკურნალობის კვლევის მოთხოვნების გამო, CBT და IPT ტექნიკების გამოყენება თავიდან უნდა იქნეს აცილებული.

ქვემოთმოცემული მასალა ნაწილობრივ ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დეპრესიის კლინიკური მართვის სახელმძღვანელოს (Fawcett et al., 1987), მაგრამ მოდიფიცირებულია ნერვული ანორექსიის მკურნალობისათვის.

თერაპევტის წინაპირობები

სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში ჩართულ თერაპევტს ესაჭიროება კარგად განვითარებული დაკვირვების უნარი და ინტერპერსონალური მგრძნობელობა, ასევე, პაციენტის ფსიქოთერაპიაში ჩართვის კლინიკური უნარები და ტექნიკური კომპეტენცია. თერაპევტი უნდა იყოს გამოცდილი კლინიკოსი ნერვული ანორექსიისა და სხვა ფსიქოპათოლოგიების მკურნალობის სათანადო ცოდნითა და თავდაჯერებულობით, ასევე, სხვა თერაპიული მოდელების, განსაკუთრებით კი ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპიისა და კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის, გამოყენების გამოცდილებით.

ინტერპერსონალური კონტექსტის ფაქტორები

მიუხედავად იმისა, რომ მიდგომის ძირითად ფოკუსს წარმოადგენს ნერვული ანორექსიის სამიზნე სიმპტომების შესუსტება და ფსიქოგანათლება, გარკვეული ინტერპერსონალური პროცესები დაშვებულიც არის და აუცილებელიც.

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მიზანია ისეთი თერაპიული ურთიერთობის შენარჩუნება, რომელიც გააძლიერებს პაციენტის მოტივაციას და უნარს, გაითვალისწინოს რჩევები კვებითი ქცევისა და წონის ცვლილებასთან დაკავშირებით. თერაპევტი მიზნად ისახავს პაციენტთან თანამშრომლობით როლში მუშაობას, ამჟღავნებს რა, რომ გული შესტკივა პაციენტზე და რეკომენდებული ცვლილებების განხორციელებაში „დელიკატურად მეგზურობს“ მას რჩევების მიცემით, გამხნევებითა და მხარდაჭერით.

თერაპევტი სათანადოდ უნდა რეაგირებდეს პაციენტის საჭიროებებსა და წუხილებზე, უნდა შეეძლოს საკმარისი ემპათიისა და მხარდაჭერის გაცემა და ამავედროულად თერაპიის პროცესზე და სესიების სტრუქტურაზე კონტროლის შენარჩუნება.

ტრანსფერი უნდა შენარჩუნდეს რაპორტის დონეზე მინიმალურად, რაც უნდა მიიღწეს უკუკავშირის სწრაფი მიწოდებით, ტრანსფერული გადახვევების აღმოცენებისთანავე დაკორექტირებითა და თერაპიულ კონტექსტში ცვლილებების

გამოწვევასთან დაკავშირებული რეალობის შესახებ ინფორმირებით (Dewald, 1994). ამ თვალსაზრისით შესაძლოა სასარგებლო იყოს რელევანტური პირადი აზრის გაზიარება. აღნიშნული სტრატეგიების გამოყენება მინიმუმამდე დაიყვანს უარყოფით ტრანსფერს. თერაპევტმა თავიდან უნდა აირიდოს კონფრონტაციის გამოყენება და პაციენტში ფრუსტრაციის გამოწვევა. როდესაც სახეზეა უარყოფითი ტრანსფერი, იგი უნდა იქცეს განხილვის საგნად და თერაპევტმა უნდა მოახდინოს იმის დემონსტრირება, რომ იგი ამგვარი დამოკიდებულებისა და უარყოფითი გრძნობების მიმართ ტოლერანტულია.

ამგვარად, ხდება ტრანსფერის გამოყენება, მაგრამ არა გამოკვლევა. ტრანსფერი გამოიყენება დადებითი იდენტიფიკაციის წასახალისებლად პაციენტის პრობლემების შესახებ პირადი ინფორმაციის და უკუკავშირის მიწოდებით, მათი დაძლევის შესახებ რჩევებისა და იდეების შეთავაზებით, პაციენტში თერაპევტის ღირებულებებისა და მსჯელობის იმიტირების წახალისებით და პრობლემებისა და გამოსავლის ალტერნატიული გააზრების ხელშეწყობით (Colahan, 1995; Dewald, 1994).

მიდგომის საწყის ფაზაზე თერაპევტს აქტიური როლი აქვს, რაც მოიცავს შეფასებისა და ფსიქოგანათლების წამყვან ამოცანებს. შუა და ბოლო ფაზებზე თერაპევტი შედარებით ნაკლებად აქტიური ხდება გარდა ყოველ სესიაზე კვებისა და წონის საკითხებზე ფოკუსის შენარჩუნებისა. სესიის დარჩენილი დროის გამოყენება კი პაციენტზე დამოკიდებული და იმაზე, თუ ის რა ცხოვრებისეულ საკითხს (სწავლა, სამუშაო, ოჯახი, ურთიერთობები) წამოჭრის სასაუბროდ. მნიშვნელოვანია რომ ამ საკითხებზე მუშაობისას არ მოხდეს IPT და CBT პროცედურების სისტემატური გამოყენება. თუ პაციენტს არ აქვს წამოსაჭრელი საკითხი, სესია შესაძლოა დასრულდეს ნახევარი საათის გასვლის შემდეგ ნებისმიერ დროს.

ქვემოთ მოცემულია სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის ოცი სესიის დაწვრილებითი აღწერა (იხ. **სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის განხორციელება ნერვული ანორექსიის დროს**).

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა გრძელდება ოცი კვირა - ოცი სესია შესაძლოა გადანაწილდეს ოც კვირაზე კლინიკური საჭიროების შესაბამისად. ბევრი პაციენტისათვის საუკეთესო გადანაწილებაა ოცი კვირის მანძილზე ყოველკვირეული სესიები. თუმცაღა, ზოგ პაციენტს შესაძლოა ერჩივნოს დასაწყისში უფრო ხშირი და მკურნალობის დასასრულისკენ უფრო იშვიათი (მაგ. ორ კვირაში ერთხელ) შეხვედრები. ზოგერთ პაციენტთან კი შესაძლოა აუცილებელიც იყოს უფრო ხშირი შეხვედრა, თუ თავს კარგად არ გრძნობს.

მკურნალობის დაწყებამდე ყველა პაციენტი გაივლის სიღრმისეულ შეფასებას, რომლის დასკვნებიც ხელმისაწვდომი იქნება მკურნალი თერაპევტებისათვის. პირველ სესიამდე თქვენ უნდა გადახედოთ დიაგნოსტური, ფიზიკური, სხეულის ხატისა და ფსიქომეტრული შეფასებების მიგნებებს. ყველა პაციენტს ექნება დასრულებული ერთ-კვირიანი თვითმონიტორინგი, რომლის შედეგებიც უკვე განხილული ექნება დიეტოლოგთან.

დაშვებული ინტერვენციები

თერაპევტს მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია თერაპიის შედეგისადმი დადებითი მოლოდინის გაღვივებაში. ეს შესაძლოა მოიცავდეს პაციენტის გამხმევებას და წახალისებას სირთულეების მიუხედავად გააგრძელოს თერაპიის მიზნისკენ სვლა. ზოგადად, მნიშვნელოვანია პოზიტიური, საზრისის მქონე თერაპიული ურთიერთობის გამოყენება პაციენტის მხარდასაჭერად და გასამხმევებლად, რათა მან გააგრძელოს მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

ვენტილაცია და ემოციური განმუხტვა (abreaction) დაშვებულია იმდენად, რამდენადაც ეს საჭიროა თერაპიული ურთიერთობის შესანარჩუნებლად. პაციენტს შესაძლებლობა ეძლევა გამოხატოს საკუთარი გრძნობები, წუხილები და შიშები და თერაპევტმა უნდა უპასუხოს კლინიკურად სათანადო ფორმით. თერაპევტმა მინიმუმზე უნდა დაიყვანოს რეგრესია (Fawcett et al., 1987).

მიდგომის ფარგლებში პაციენტის დაცვითი მექანიზმები „შენარჩუნებული და დაცულია“, თუ ისინი პაციენტის ადაპტაციასა და თერაპიულ ურთიერთობას საფრთხეს არ უქმნიან. წინააღმდეგ შემთხვევაში თერაპევტმა ახალი, უფრო ადაპტური დაცვითი მექანიზმები უნდა წახალისოს.

ჯამში, ინტერვენცია უნდა განხორციელდეს ისეთი სახით, რაც მოერგება პაციენტის ზოგად მახასიათებლებს. მაგალითად, თუ პაციენტი ობსესიური მიდრეკილებებით ხასიათდება, თერაპევტმა მას კონკრეტული ინსტრუქციები უნდა მისცეს. თუ პაციენტი ძალზედ დამოუკიდებელია, თერაპევტმა გარკვეულ საკითხებთან მიმართებით ვარიანტები უნდა შესთავაზოს და მისცეს მას არჩევანის გაკეთების საშუალება. ასევე მნიშვნელოვანია შექებისა და მხარდაჭერის გამოხატვის სტილი მოვარგოთ პაციენტს.

რა არ არის სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა

ქვემოთ მოცემული სია ნასესხებია ფოსეტისა და კოლეგებისგან (Fawcett et al., 1987). სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა არ უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- სისტემატური ფოკუსი ცალკეულ ფსიქოლოგიურ თემებზე, განსაკუთრებით ინტერპერსონალურ ურთიერთობებსა ან კოგნიტურ დამახინჯებებზე. როდესაც ამგვარი რელევანტური საკითხები წამოიჭრება, მათ განხილვას სისტემატური ხასიათი არ უნდა ჰქონდეს და თერაპევტი არ უნდა იყენებდეს ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპიისა თუ კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის სტრატეგიებს არც სესიების დროს ან არც სესიებს შორის.
- ინტერპერსონალური მოვლენების, სტილების, ურთიერთობების, დათრგუნული გრძნობებისა თუ დამახინჯებული კოგნიციების ინტერპრეტაცია
- ფსიქოლოგიურ მექანიზმებზე დაფუძნებული ინტერპრეტაცია
- თერაპევტის ან სხვების მიმართ პაციენტის გრძნობების დაჟინებითი გამოკვლევა

- კონკრეტული ქცევითი ინსტრუქციები გარდა რჩევებისა ჭამასთან დაკავშირებულ საკითხებზე
- ანორექსიის ფსიქოდინამიკის ახსნა
- ნებისმიერი მჭიდრო ინტერპერსონალური ურთიერთობა
- კონფრონტაციის, როგორც სტრატეგიის, განზრახ გამოყენება
- რეგრესიის წახალისება
- ინსაიტი როგორც თერაპიის წამყვანი მიზანი
- სხეულის ხატის სისტემატური გამოკვლევა
- ოჯახური ინტერვენცია

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის
განხორციელება ნერვული
ანორექსიისათვის

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის სესიათა
მიზნების მიმოხილვა

ქვემოთ მოცემულია სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მიზნები ანორექსიის მკურნალობის კვლევისთვის:

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის მიზნები

- გაუმჯობესების მიღწევა ნერვული ანორექსიის საკვანძო სიმპტომებთან მიმართებით: მცირე წონა, კვების შეზღუდვითი პატერნი და შეუსაბამო კომპენსატორული ქცევები
- ნერვული ანორექსიის სხვა მეორეული სიმპტომების შესუსტება
- ნორმალური კვების წახალისება
- ნორმალურ წონასთან დაბრუნების ხელშეწყობა
- პაციენტსა და კლინიკოსს შორის თერაპიული ურთიერთობის დამყარება და შენარჩუნება, რაც ხელს უწყობს ნორმალური კვების აღდგენას

თერაპიის წესები

თანამედროვე ცხოვრების ყველა ასპექტის მსგავსად ანორექსიის მკურნალობის კვლევასაც თავისი წესები ახლავს. შევეცადეთ ეს წესები მინიმალურად წარმოგვედგინა და მხოლოდ აუცილებელი პირობები ჩაგვერთო. ქვემოთ მოცემულია პაციენტისა და თერაპევტის ზოგადი წესები.

ანორექსიის მკურნალობის კვლევის SSC სესიების ზოგადი წესები

- თერაპევტმა უნდა დაიცვას მკურნალობის პროტოკოლი!
- SSC მოიცავს 20 სესიას 20 კვირის განმავლობაში; სესია გრძელდება სულ მცირე ნახევარი საათი და არ აღემატება ერთ საათს.
- ყველა სესიის აუდიოჩანაწერი გაკეთდება. შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულ სესიებს ჩაუტარდებათ აუდიტი სესიის შინაარსისა და პროტოკოლზე დაქვემდებარების გამოსაკვლევად.
- სესიის დროს ხელშემშლელი მომენტები მინიმუმზე დაიყვანეთ. გამოიყენეთ **მიმდინარეობს სესია** აბრა და სატელეფონო ზარებს ნო უპასუხებთ.

- ეს მკურნალობა ზოგადი და კონკრეტულიც. მთავრით ზოგადი მკურნალობა კონკრეტულ პაციენტს.
- შეეცადეთ რეგულარული სესიების დანიშვნას რეგულარული ინტერვალებით.
- ყოველთვის მიეცით პაციენტს შემდეგი შეხვედრის ბარათი და ჩაინიშნეთ შეხვედრა საკუთარ დღის წესრიგში.
- სატელეფონო კონტაქტი დასაშვებია, მაგრამ საუბრის ფოკუსი კონკრეტულ კითხვაზე ან სესიის დანიშვნაზე წარმართეთ. შეზღუდეთ სატელეფონო კონტაქტი კვირაში 10 წუთამდე.

თერაპევტის წესები

- თერაპევტი ზედმიწევნით უნდა მისდევდეს მკურნალობის პროტოკოლს და თითოეული სესიის კონკრეტულ ამოცანებს.
- თერაპევტს უნდა ესმოდეს კვლევაში გამოყენებული ყველა მიდგომის ფილოსოფია და უნდა სწამდეს თითოეული მათგანის ეფექტიანობის.
- ყველა პაციენტთან 100% სამუშაო ჩადეთ.
- გონივრულად გამოიყენეთ სუპერვიზია.
- თუ თერაპევტს აქვს განსაკუთრებული იდეა, დაკვირვება, ინსპირაცია ან ინტუიციური განცდა, უნდა ჩაიწეროს და შემდეგ კვლევით შეხვედრაზე წარადგინოს.
- შეეცადეთ პრობლემების განჭვრეტას და საჭირო რჩევების მიღებას მათ აღმოცენებამდე.
- თუ პაციენტთან დაკავშირებული ნებისმიერი წუხილი (ფიზიკური, ფსიქიატრიული, სუიციდური ტენდენციები, ა.შ.) წამოიჭრა, სასწრაფოდ განიხილეთ საკითხი ერთ-ერთ წამყვან მკვლევართან ან სუპერვიზორთან.

პაციენტის წესები

- დაესწარით ყველა სესიას, მათ შორის მიდევნების შეხვედრებს.
- წინასწარ დარეკეთ, თუ გამოუვალი მდგომარეობის გამო სესიის გაუქმება გიწევთ.
- მკურნალობა მოიცავს შეფასების სამ კვირას, 20 თერაპიულ სესიას 20 კვირის მანძილზე, შუა ეტაპისა და მკურნალობის შემდგომ შეფასებას, სატელეფონო კონტაქტს 3 და 9 თვის თავზე და მიდევნების შეხვედრებს მკურნალობის დასრულებიდან 6 და 12 თვის თავზე.
- თერაპია ფოკუსირდება ნერვული ანორექსიისა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების მკურნალობაზე. სხვა საკითხების წამოჭრის შემთხვევაში, შევძლებთ თქვენს გადამისამართებას.



თერაპიული სესიების მიმოხილვა

სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვის ოცი სესია ნერვული ანორექსიისათვის იყოფა სამ ფაზად:

საწყისი ფაზა გულისხმობს პაციენტის ორიენტირებას SSC-ში, სამიზნე სიმპტომების დადგენას და წონისა და ნორმალური კვების აღდგენის მიზნების შეთანხმებას. საწყისი ფაზა დაახლოებით ხუთ სესიას მოიცავს.

შუა ფაზა მოიცავს სამინზე სიმპტომთა რეგულარულ მონიტორინგს და ნორმალური წონისა და კვების აღდგენის მიზნების მიღწევის წახალისება-ხელშეწყობას.

საბოლოო ფაზა გულისხმობს შუა ფაზის სამუშაოების გაგრძელებას და თერაპიის დასრულებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვას, განსაკუთრებით, სამომავლო გეგმების დასახვას. ზოგადად, საბოლოო ფაზა შედგება ბოლო ორი ან სამი შეხვედრისაგან.

საწყისი ფაზა

თერაპევტის ამოცანები მკურნალობის პირველ ფაზაზე

- თერაპიული ალიანსის დამყარება
- პაციენტისათვის მკურნალობის სტრუქტურის გაცნობა
- პაციენტის ორიენტირება ნერვული ანორექსიის მკურნალობის SSC მიდგომაში
- საკუთარი მოლოდინების ახსნა წონის, წონაში მნიშვნელოვანი კლების შედეგებისა და ნერვული ანორექსიის სამედიცინო გართულებების შესახებ
- პაციენტის კვებითი აშლილობის საკვანძო პატერნებისა და მახასიათებლების შეფასება
- ნორმალური კვების წახალისება და ხელშეწყობა
- ფსიქოსაგანმანათლებლო მასალის მიწოდება
- პაციენტთან ერთად სამინზე წონის დადგენა

თერაპიული ალიანსის დამყარება

დაიწყეთ პაციენტთან პოზიტიური თერაპიული ურთიერთობის დამყარება. მიმოიხილეთ თერაპევტის როგორც „მხარდამჭერი მეგზურის“ როლი. თერაპევტი უნდა იყოს სითბოთ, ნდობითა და ოპტიმისტური დამოკიდებულებით განმსჭვალული. თერაპევტი პაციენტთან დამოკიდებულებაში უნდა იყოს გახსნილი და უშუალო და უნდა შეეძლოს ნებისმიერი გაუგებრობის დაუყოვნებლივ გარკვევა. თერაპიული ურთიერთობის დამყარება-შენარჩუნებაზე მუშაობა თერაპიის ყველა ეტაპზეა საჭირო. მკურნალობის საწყის ეტაპზე მნიშვნელოვანი დრო სწორედ ამას უნდა დაეთმოს.

ჩვეული რჩევა თერაპიის დასაწყისში გულთბილი და მხარდამჭერი ურთიერთობის დამყარების შესახებ განსაკუთრებულად საყურადღებოა ნერვული ანორექსიის მქონე ქალებთან მუშაობისას. კლინიკოსები აღნიშნავენ, რომ სხვა ფსიქოლოგიური სირთულეების მქონე ადამიანებისაგან განსხვავებით (მაგალითად, დეპრესია), ანორექსიული პაციენტები ადვილად არ აღიარებენ ფსიქოლოგიურ დისკომფორტს. ისეთი ქცევები, როგორიცაა, ჭამის შეზღუდვა და უკიდურესი ვარჯიში თანხვედრაშია პაციენტის მიზნებსა და ღირებულებებთან. სიგამხდრე მიღწევად განიხილება და არა პრობლემადა.

ანორექსიული პაციენტის ქცევა ხშირად „პრობლემურად“ განიხილება სხვების მიერ. ესენია ახლობლები, რომლებიც თავდავიწყებით ცდილობენ მათ დარწმუნებას წონის მომატების საჭიროებაში და იმაში, რომ პაციენტი არაა მსუქანი და ხელს უწყობენ, მიმართოს სპეციალისტს. ხშირად იმ ეტაპისთვის, როდესაც უკვე პაციენტი კლინიკოსთან ხვდება, ის განწყობილია შეგვეწინააღმდეგოს, რადგან მოლოდინი აქვს, რომ თერაპევტიც მსგავს ზეწოლას განახორციელებს. ამგვარი მოლოდინის გათვალისწინებით რთული გასაგები არაა, თუ რატომ შეიძლება წააწყდეს თერაპევტი უარყოფით დამოკიდებულებას და ქცევებს. მნიშვნელოვანია, თერაპევტმა ზედმეტი მნიშვნელობა არ მიანიჭოს ამგვარ ქცევებს. ანორექსიული პაციენტი საკუთარ შინაგან ბუნებასთან თავსებად წესებს მისდევს, რაც უბიძგებს იმისკენ, რომ გადაუხვიოს წონის მატების შემაშფოთებელი ბედისწერისაგან.

ძლიერი თერაპიული ალიანსი თავისთავად განკურნების ეფექტის მქონედ არ მიიჩნევა, მაგრამ განიხილება ამ მიზნის მიღწევის აუცილებელ საშუალებად. უფრო მეტიც, თერაპიული ურთიერთობის ხარისხი მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაციენტის მონდომების გაღვივებისთვის, განახორციელოს მტკივნეული და შემამინებელი ცვლილებები და იკვებოს ნორმალურად.

გარდა თბილი, მხარდამჭერი და ემპათიური დამოკიდებულების აუცილებლობისა, რაც თავისთავად ნათელია, ანორექსიულ პაციენტთან მომუშავე თერაპევტისთვის მნიშვნელოვანია იყოს ზედმიწევნით გულწრფელი მკურნალობის ყველა ასპექტის მიმართ. თერაპევტმა უნდა შეძლოს მკურნალობის პროცესის გასაგებ და არაიდუმალეობით მოცულ პროცესად ქცევა და გულწრფელი უნდა იყოს მიზნებთან და მუშაობის მეთოდებთან მიმართებით. თერაპევტის გამოწვევას წარმოადგენს ერთდროულად იყოს მხარდამჭერი და ემპათიური და, ამავდროულად, მკაცრად იღწვოდეს თერაპიის მიზნების (წონის მატება და ნორმალური კვება) მიღწევისაკენ.

პაციენტისთვის ანორექსიის მკურნალობის კვლევის სტრუქტურის გაცნობა

აუხსენით პაციენტს მკურნალობის პროგრამის სტრუქტურა და შინაარსი. მიეცით მას საშუალება, დასვას კითხვები და დააზუსტოს გაურკვევლობები. აუხსენით, რომ ჩატარდება 20 თერაპიული სესია 20 კვირის განმავლობაში და თითოეული სესია გასტანს ერთი საათი (გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა), თუმცადა, დასაშვებია სესიის ნახევარ საათში დასრულებაც, თუ პაციენტი თვლის, რომ მნიშვნელოვანი საკითხები უკვე განხილულ იქნა.

უმრავლეს შემთხვევაში სესიები ჩატარდება კვირაში ერთხელ 20 კვირის მანძილზე. თუმცადა, თერაპევტმა შესაძლოა შეცვალოს სესიებს შორის ინტერვალები კლინიკური საჭიროებების შესაბამისად. მაგალითად, ზოგჯერ შესაძლოა უმჯობესი იყოს საწყისი

რამდენიმე შეხვედრის ჩანიშვნა კვირაში ორჯერ, ყოველკვირეული სესიების წარმართვა მკურნალობის შუა ეტაპზე და ორკვირიანი ინტერვალის დაცვა საბოლოო ფაზაზე.

აუხსენით პაციენტს, რომ მკურნალობისათვის მნიშვნელოვანია მისი პროგრესის მონიტორინგი. ასევე გვინდა შევძლოთ განსხვავებული თერაპიების ეფექტიანობის შედარება. ამ მიზნით შეფასებები განხორციელდება შემდეგი ინტერვალით:

- მკურნალობის შუა ფაზა
- მკურნალობის საბოლოო ფაზა
- მიდევნება 6 თვის თავზე
- მიდევნება ერთი წლის თავზე

შეფასება ფოკუსირდება კვებასთან დაკავშირებულ წუხილებსა და, ასევე, ყოველდღიური ფუნქციონირების ზოგად ასპექტებზე.

გარდა ამისა, თითოეული თერაპიული სესიის წინ განხორციელდება ფიზიკური შეფასება, რომელიც მოიცავს წონის, გულისცემის, სხეულის ტემპერატურის და სხეულის ცხიმის შემადგენლობის გაზომვასა და ელექტროკარდიოგრაფიის ჩატარებას. ამ გაზომვებს განახორციელებს კვლევის კოორდინატორი, ლესლი ლივინგსტონი. შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება თერაპევტისათვის. პაციენტთან განიხილეთ როდის და როგორ უნდა გაუზიაროთ მას ეს ინფორმაცია.

ორიენტაცია თერაპიისკენ

თერაპევტმა სრულად უნდა წარუდგინოს პაციენტს თავი, გააცნოს რა მას კვებით აშლილობებთან მუშაობის საკუთარი გამოცდილება და მისი, როგორც თერაპევტის, როლი ანორექსიის მკურნალობის პროგრამაში. აღნიშნეთ, რომ გაეცანით პაციენტის დიაგნოსტურ შეჯამებას და კვლევის შეფასების ეტაპზე მოგროვილ ინფორმაციას. აუხსენით, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მან უკვე ბევრი ინფორმაცია გასცა, თქვენთვის, როგორც თერაპევტისთვის, მნიშვნელოვანია ამ მასალის გადახედვა და ჩაღრმავება რათა უფრო სიღრმისეულად გაიგოთ მისი სირთულეები და შესაბამისად დასახოთ თერაპიის გეგმა. ხაზი გაუსვით, რომ მისი კლინიკურ საჭიროებები ყველაზე პრიორიტეტულია და იგი მჭიდრო მონიტორინგის ობიექტი იქნება მკურნალობის კვლევის ფარგლებში.

მიეცით პაციენტს საშუალება და გაამხნევეთ იგი, გამოხატოს საკუთარი დამოკიდებულება მკურნალონს მიმართ, მათ შორის გააჟღეროს შიშები და წუხილები, გააქარწყლეთ ნებისმიერი გაუგებრობა და არასწორი მოლიდინი, გამოხატეთ მხარდაჭერა. განიხილეთ პაციენტის წუხილები და წაახალისეთ კითხვების დასმა. დაუთმეთ ყურადღება თერაპიის დაწყების მიმართ არსებულ ამბივალენტობას ან ჭმუნვას (რეზისტენტობას).

გაუზიარეთ პაციენტს თერაპიის წესები და მოლოდინები, რომლებიც ერთმანეთის მიმართ უნდა გქონდეთ. დაამყარეთ თერაპიული კონტრაქტი, რომელიც მოიცავს ერთობლივ თანხმობას ჯანსაღი კვებისა და წონის მატების მიზნების შესახებ.

აუხსენით, რომ თუ ნერვულ ანორექსიასთან დაკავშირებული მძიმე პრობლემები აღმოცენდება, განსაკუთრებით ფიზიკური სიმპტომები, მას შეუძლია დაურეკოს თერაპევტს რჩევების მისაღებად იმის თაობაზე, თუ როგორ იმოქმედოს. სატელეფონო ზარები არ უნდა აღემატებოდეს 5 წუთს, თუ ეს შესაძლებელია, და რაც არაა გადაუდებელი, განხილულ უნდა იქნეს შემდეგ თერაპიულ სესიაზე.

შეფასება

დაადგინეთ ნერვული ანორექსიის მიმდინარე ეპიზოდისა და პაციენტის წარსული ეპიზოდების მიმდინარეობის სრული ანამნეზი. დარწმუნდით, რომ კარგად გაერკვიეთ პაციენტის კვებითი აშლილობის მკურნალობის ისტორიაში და მკურნალობის მიმართ რეაგირებაში მანამ, სანამ აუხსნიდეთ მიმდინარე მკურნალობას.

დაადგინეთ პაციენტის ფსიქიატრიული ანამნეზი, ოჯახური ისტორია, რელევანტური სამედიცინო ანამნეზი და ნივთიერებათა ავადმობმარების ისტორია.

მოიპოვეთ დაწვრილებითი პირადი ისტორია, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას პაციენტის აწმყო სოციალური და სამსახურებრივი მდგომარეობისა და ნებისმიერ სხვა რელევანტური ასპექტის შესახებ. პაციენტს უნდა აუხსნათ, რომ ეს ყველაფერი იმისათვის კეთდება, რომ თერაპევტმა პაციენტის პიროვნების სრული სურათი დაინახოს.

მოიპოვეთ საკმარისი ინფორმაცია თვითმონიტორინგის ჩანაწერებიდან, დიეტოლოგიისა და პაციენტისგან მისი ნუტრიციული სტატუსის შესახებ, რათა დაადგინოთ, თუ რა ცვლილებები დასჭირდება პაციენტს ჯანსაღი კვების პატერნების გამოსამუშავებლად.

დაეყრდენით კვლევამდელ (baseline) მონაცემებსა და პაციენტთან თქვენი საწყისი შეხვედრის საფუძველზე მიღებულ ინფორმაციას და საჭიროების შემთხვევაში დაუბრუნდით ამ წყაროებს.

სამიზნე სიმპტომთა დადგენა

დაადგინეთ ნერვული ანორექსიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, მათ შორის ის სამიზნე სიმპტომები, რომელთა რეგულარული მონიტორინგიც იწარმოებს მკურნალობის ფარგლებში (გამოიყენეთ SSC სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალის ფორმა თითოეული პაციენტისათვის). სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალი მზინად ისახავს სტრუქტურის შექმნასა და ნერვული ანორექსიის სიმპტომებსა და კვების პატერნებზე ფოკუსის შენარჩუნებას.

პაციენტთან ერთად გადაწყვეტეთ, თუ რომელი სიმპტომები იქნება **სამიზნე სიმპტომები**, რომელთა გადახედვაც ყოველ სესიაზე იწარმოებს.

სიმპტომთა მიმოხილვა

პაციენტის სიმპტომების - მათი აღმოცენების, ხანგრძლივობის და სიმწვავის - დაწვრილებითი შესწავლა უნდა განხორციელდეს საწყის სესიაზე.

ინფორმაციის უზრუნველყოფა როგორც პაციენტის, ასევე თერაპევტის მხრიდანაც შეიძლება. თერაპევტს უკვე აქვს პაციენტზე ინფორმაცია საწყისი შეფასების ინტერვიუსა და კლინიკური და ფსიქომეტრული შეფასებების შედეგებიდან. მნიშვნელოვანია, რომ სიმპტომების გამოკვლევა პაციენტის მიერ არ აღიქმებოდეს როგორც ადრე ჩატარებული შეფასებების გამეორება.

სიმპტომების გამოკვლევას სამი მიზანი აქვს. პირველ რიგში, ის საშუალებას აძლევს თერაპევტს, დაადასტუროს დიაგნოზი; მეორე რიგში, ამ გზით პაციენტი რწმუნდება, რომ მისი სირთულეები თერაპევტს ესმის და თანხვედრაშია კლინიკური სინდრომის აღწერილობასთან; და ბოლოს, ის ამყარებს სიმპტომებზე ფოკუსს როგორც თერაპიის არსებით მდგენელს და აიოლებს ინდივიდზე მორგებული სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალის, როგორც საზომის, დამკვიდრებას, რომელიც ყოველ სესიაზე იქნება გამოყენებული პაციენტის პროგრესის სამონიტორინგოდ. მას შემდეგ, რაც კვებით პატერნებში გაუმჯობესება შეინიშნება, გამოკვლევის სიხშირე და შინაარსი უნდა განისაზღვროს კლინიკური განსჯის საფუძველზე.

სიმპტომთა გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

- საკვების მიღების შეზღუდვა
- პირღებინება
- მეტისმეტი ვარჯიში
- ჰიპერაქტიულობა
- შარდმდენები
- წონის დასაკლებად გამოყენებული მედიკამენტები (მათ შორის ლაქსატივები, მადის დამთრგუნველები, სხვა დიეტური აბები, ა.შ.)
- სითხის ზედმეტი მიღება
- უკონტროლო, უზომო ჭამა
- ყაბზობა
- ამენორეა
- ენერგიის ნაკლებობა, გამოფიტულობა, მოტივაციის ნაკლებობა
- სიცვიის აუტანლობა
- სხეულის ხატის დარღვევა
- დაბალი თვითშეფასება
- სოციალური იზოლაცია

- სხვებთან ერთად ჭამის სირთულეები
- სექსუალური ქცევის დარღვევები
- ალკოჰოლის ავადმომხმარება
- დაწული გუნება-განწყობილება, გაღიზიანებადობა
- სუიციდური ტენდენციები, თვითდასახიჩრება
- ობსესიურობა
- ინსაიტი: მდგომარეობის გააზრება
- სხვა

პაციენტის ორიენტირება სპეციალისტთა მხარდამჭერ ზრუნვაში

აუხსენით პაციენტს მიდგომის ლოგიკა და ის, თუ რატომ არის სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა ეფექტიანი მკურნალობა, ასევე, მიმოიხილეთ ნერვული ანორექსიის მოდელი. გაანათლეთ პაციენტი დაავადების მახასიათებლებში და დაეხმარეთ მას ნერვული ანორექსიის, როგორც მისგან დამოუკიდებელი დაავადების, ხედვის ჩამოყალიბებაში. თეორიული და პრაქტიკული ასპექტების ახსნისას გამოიყენეთ ყოფითი ენა.

სადაც შესაძლებელია, დაეხმარეთ პაციენტს მოლოდინების გაუმჯობესებაში მისი კლინიკური სურათის პოზიტიური ასპექტების ხაზგასმით, როგორიცაა, დაავადების ხანმოკლე მიმდინარეობა, პაციენტის მოტივაცია.

გააძლიერეთ პაციენტის მოტივაცია ნერვული ანორექსიის ქონასთან დაკავშირებული დისკომფორტისა და უარყოფითი მხარეების მიმოხილვით და საკმარისი ინფორმაცია მოაგროვეთ იმის თაობაზე, თუ როგორი იქნებოდა მისი ცხოვრება მდგომარეობის გაუმჯობესების შემთხვევაში.

მიმოიხილეთ და გაიაზრეთ ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის გაუმჯობესებას.

მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ თერაპიამ მოსალოდნელია გაუმჯობესოს პაციენტთა დიდი პროცენტის მდგომარეობა, თუმცა გაუმჯობესება ძირითადად თანდათანობით და ეტაპობრივად ხდება და არ იქნება რადიკალური. აუხსენით, რომ ზოგჯერ თერაპია საკმაოდ რთული იქნება, რადგან ზოგიერთი ცვლილება გაცილებით ძნელად მიღწევადია.

გარკვევით აღნიშნეთ, რომ მოსალოდნელია გაუმჯობესება ანორექსიის საკვანძო სამიზნე სიმპტომებთან მიმართებით (წონის მატება, ნორმალური კვება, კომპენსატორული ქცევების შემცირება).

მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია თერაპიის გავრცელებულ შესაძლო გვერდით ეფექტებზე, როგორიცაა, ჭამასთან დაკავშირებული ფიზიკური შეგრძნებები (მაგ. შებერვის ან მუცლის სისავსის განცდა) და ემოციური რეაქციები (ჭამასთან

დაკავშირებული მომატებული შფოთვა, ჭამის შეწყვეტის უუნარობის შიში და წონაში მატების შიში).

წინასწარ მიაწოდეთ პაციენტს შემდეგი სესიის სტრუქტურის მონახაზი, რომელიც ფოკუსირებული იქნება წინა კვირის კვების პატერნსა და წონის მატებაზე (ან შენარჩუნებაზე) და ყურადღება გამახვილდება განცდილ სირთულეებზე და მათთან დაკავშირებულ რჩევებზე. თითოეულ სესიას მოჰყვება განხილვა და ინფორმაციისა და რჩევების მიწოდება კვებითი პატერნების შეცვლისა და ნებისმიერი სხვა ცხოვრებისეული საკითხის შესახებ, რაც შესაძლოა აწუხებდეს პაციენტს.

წონა

პაციენტები შესაძლოა განსაკუთრებულად წუხდნენ წონის მონიტორინგზე. წონა და სხვა ფიზიოლოგიური საზომები შეფასდება კვლევის კოორდინატორის (ლესლი ლივინგსტონი) მიერ შეფასების ზემოთ განხილული ინტერვალებით და, ასევე, ყოველი თერაპიული სესიის წინ, და ჩაიწერება კვლევის მონიტორინგის მიზნებიდან გამომდინარე. თერაპევტს მიეწოდება ყველა გამოყენებული საზომის შედეგები. ზუსტი ჩანაწერების გასაკეთებლად მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა უკუკავშირი არ მიიღოს საზომების გამოყენებისას. პაციენტთან წინასწარ შეათანხმეთ, როდის და როგორ გადასცემთ მას ამ ინფორმაციას.

ნორმალური კვების წახალისება და ხელშეწყობა

ნორმალური კვების წამყვანი მიზანია მრავალფეროვანი საკვების რეგულარული ჭამა, ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობისა და ნორმალური წონის აღდგენისათვის საკმარისი საკვების მიღება, კვება-ჭამის სოციალურ აქტივობებში მონაწილეობა, საკვებთან დაკავშირებული აქტივობების, როგორიცაა, საყიდლები და საჭმლის მომზადება, ნორმალისება და საკვებთან დაკავშირებული იდიოსინკრატული ტენდენციების და არაჯანსაღი კომპენსატორული ქცევების (პირღებინება, ზედმეტი ვარჯიში, ლაქსატივების ავადმომარება), კალორიების თვლის, ჭამასთან და საკვებთან ასოცირებული რიტუალებისა და ობსესიების აღმოფხვრა.

ნორმალური კვება, ჩვეულებრივ, მოიცავს დღეში სამჯერ ადეკვატურად ჭამას და სამჯერ წახემსებას, მრავალფეროვანი საკვების მირთმევას საჭირო ნუტრიციული ელემენტების მისაღებად და საკმარისი საკვების ჭამას შიმშილის სიმპტომების თავიდან ასაცილებლად. ნორმალურია გარკვეული საკვების გამორჩევა და პაციენტში უნდა წავახალისოთ იმ საჭმელზე ფიქრი, რომელიც მას უყვარს. ასევე ნორმალურია გარკვეული საკვების კვების რეჟიმიდან ამოღება წონისა და ფორმის კონტროლის მიზნით. თუმცა, არაა ნორმალური ისეთი საკვების თავის არიდება, რომელიც ადამიანს მოსწონს. ნერვული ანორექსიის მქონე ბევრ ქალს ემინია, რომ თუ ნორმალურ

კვებას აღადგენენ, თავს ვეღარ შეიკავებენ და გასუქდებიან. მნიშვნელოვანია პაციენტს ავუხსნათ, რომ ნორმალური კვება ასევე გულისხმობს იმის ცოდნას, თუ როდის უნდა შეწყვიტო ჭამა. იმის მიხედვით, რომ საკმარისი მიირთვი, ნორმალური კვების შემადგენელი ნაწილია.

პაციენტის კვების მიმდინარე პატერნის შეფასებისას მნიშვნელოვანია საკმარისი ინფორმაციის მოპოვება საკვებთან დაკავშირებულ აქტივობებზე, როგორებიცაა, საკვების ყიდვა და საჭმლის მომზადება. კვების სხვა ასპექტებში გარკვევაც (როგორიცაა, სხვებთან ერთად ჭამა) სასარგებლოა კვების ნორმალიზების უფრო ფართე მიზნების დასახვისათვის.

აღწერეთ ნორმალური კვების მიზნები და ლოგიკა, რომელსაც ის ეფუძნება. მკურნალობის დაწყებიდან ეს წარმოადგენს თერაპიის მიზანს და არსებითია ჯანსაღი წონის მისაღწევად. პაციენტთან ერთად შეაფასეთ მისი კვების მიმდინარე პატერნი. წახალისეთ საკვების მიღება და წახემსება დღეში სამჯერ. მას შემდეგ რაც ეს მიზანი მიიღწევა, იმუშავეთ იმაზე, რომ პაციენტმა საჭირო რაოდენობის საკვები მიიღოს და წახალისეთ საკვების გამრავალფეროვნება. ყოველ სესიაზე ხელახლა შეაფასეთ პაციენტის პროგრესი. არ გამოგეპაროთ მისი მიღწევები (თუნდაც მცირედი), აღნიშნეთ ეს მიღწევები და სათანადოდ შეაქეთ. წახალისეთ თანდათანობით კიდევ წინ წაიწიოს. ეტაპობრივად იმუშავეთ უფრო რთულ კვებით ქცევებზე. შესთავაზეთ პაციენტს, რომ გარკვეული ცვლილებები სცადოს და კვებით რეჟიმში თავიდან უფრო ნაკლებად პრობლემური საკვები დაამატოს.

თერაპევტმა ყველა ეტაპზე უნდა გაამახვილოს ყურადღება ჯანსაღი კვების მნიშვნელობაზე. ეს მოიცავს ინსტრუქციებს, შეთავაზებებს, რჩევებს, ინფორმირებას, ასევე, საჭიროებისამებრ საზღვრების დაწესებას. გარდა ამისა, თერაპევტმა უნდა გაანათლოს პაციენტი ნუტრიციის, მეტაბოლიზმისა და ნერვული ანორექსიის საკითხებში (Treasure et al., 1995).

მნიშვნელოვანია თერაპიის სესიების ფოკუსის წონის მატებაზე შენარჩუნება მანამ, სანამ სტაბილური პროგრესი არ იქნება მიღწეული (le Grange et al., 1992). თერაპევტმა პაციენტს კონსულტირება უნდა გაუწიოს საკვების, დიეტისა და წონის მიმართ არაჯანსაღი დამოკიდებულებების შესახებ (Russell et al., 1987).

თერაპევტმა პაციენტი უნდა შეაქოს წონის მატების გამო (საჭიროებისამებრ შენარჩუნების გამო) და შემოფოთება უნდა გამოთქვას წონის კლებისას. თუ წონის კლება სერიოზულია, სესია უნდა დაეთმოს წონის დეფიციტის საფრთხეების განხილვას, მათ შორის, იმ შესაძლო მძიმე შედეგების მიმოხილვას, რომლებიც დადგება, თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება.

გამხსენვეთ პაციენტი, მიუახლოვდეს ჯანსაღი კვების მიზანს რეგულარული ჭამითა და საკვების გამრავალფეროვნებით. აუხსენით, რომ ეს თანდათანობითი პროცესია და

თერაპევტი მასთან ერთად იმუშავებს და დაეხმარება მას ამ მიზნის მიღწევაში, ასევე იმ შფოთვის დაძლევაში, რომელსაც ნორმალური კვება ყველა ვარიანტში იწვევს.

თერაპიის დასაწყისში მიეცით პაციენტს საგანმანათლებლო მოდული ნუტრიციაზე. ეს მოდული მოიცავს ინფორმაციას, რომელსაც დიეტოლოგი პაციენტთან სესიებზე განიხილავს. სესიის დროს მიმოიხილეთ ძირითადი პრინციპები და მას მიეცით მასალა სახლში წასაღებად. მომდევნო სესიაზე განიხილეთ ეს საკითხები.

დაიწყეთ პაციენტისთვის სხვა საგანმანათლებლო მოდულების მიწოდება. მიწოდებული მოდულების თანმიმდევრობა უნდა ეყრდნობოდეს კლინიკურ განსჯას და მოდულის შესაბამისობას თერაპიული სესიების შინაარსთან. არ არის აუცილებელი, რომ ყველა პაციენტს ყველა მოდული მისცეთ. საგანმანათლებლო მასალა ყოველთვის კავშირში უნდა იყოს თერაპიული სესიების შინაარსთან.

სამიზნე წონის დიაპაზონის დადგენა

დასაწყისიდანვე დელიკატურად შემოიტანეთ წონაში მომატების აუცილებლობის საკითხი, მაგრამ ასევე აუხსენით პაციენტს, რომ სამიზნე წონის დიაპაზონზე ჩამოყალიბდებით საწყისი ფაზის დასასრულისკენ. თემის შემოტანის სასარგებლო მიდგომის ვარიანტი შეიძლება იყოს: "დასაწყისში მნიშვნელოვანია, რომ წონაში მეტი არ დაიკლო. რამდენიმე კვირის შემდეგ, რაც მეტი ცოდნა გვექნება ანორექსიის შესახებ, დაგვჭირდება გარკვეული მიზნების დასახვა და წონაში ყოველკვირეული მცირე მატების სამიზნეთა განსაზღვრა".

კლინიკური გუნდი თერაპევტთან ერთად თითოეული პაციენტისათვის განსაზღვრავს სამიზნე წონის დიაპაზონს.

თერაპიის საწყისი ფაზის დასასრულისკენ პაციენტთან განიხილეთ მისი სამიზნე წონის დიაპაზონი. აუხსენით, თუ როგორ იქნა ეს დიაპაზონი გამოთვლილი. შეუჯამეთ, თუ რა ფიზიკური შედეგები შეიძლება მოჰყვეს მისთვის წონის ამ დიაპაზონში ყოფნას (როგორებიცაა, რეგულარული მენსტრუალური ციკლის აღდგენა, ძილისა და კონცენტრაციის გაუმჯობესება, ენერგიის მატება).

აუხსენით, თუ რაში მდგომარეობს პროექტის მოთხოვნები წონასთან მიმართებით და როგორია ამ მოთხოვნების დარღვევასთან დაკავშირებული პროტოკოლი.

აღნიშნეთ და ემპათია გამოხატეთ პაციენტის შესაძლო შემფოთებასთან დაკავშირებით წონის მატების პერსპექტივის მიმართ. ნუ შეხვალთ წონასთან დაკავშირებულ მოლაპარაკებებში. წონის მატების მიზნებსა და გზამკვლევებზე ინფორმაცია პაციენტს უნდა მიეწოდოს მისი კეთილდღეობის ხელშეწყობის ჭრილში.

განიხილეთ გარდამავალი სამიზნე წონის დასახვის ვარიანტიც, რომელიც სამიზნე დიაპაზონის ქვედა ზღვრის 90%-ში დარჩება. აუხსენით ჯანსაღი წონის მიღწევისა და შენარჩუნების საჭიროება წონის დეფიციტთან დაკავშირებული რისკების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით. აუხსენით ჯანსაღი წონის დიაპაზონის კონცეფცია (BMI 20-30).

გააცანით თქვენი მოლოდინები წონის ყოველკვირეულ მატებასთან დაკავშირებით. აღიარეთ, რომ ეს შესაძლოა მკურნალობის ყველაზე რთული ასპექტი იყოს. კვირაში 0.5 – 1კგ სამიზნე მატება, როდესაც პაციენტი ძალიან გამხდარია, გონივრულია ამბულატორული მკურნალობისათვის, თუმცა რეალობაში ეს დიდი ალბათობით მხოლოდ მაშინ ხდება, როდესაც მკურნალობის პირველი ფაზის შემდეგ პაციენტის კვება იწყებს გაუმჯობესებას. წონის მატებისა და შენარჩუნების მიზნები ინდივიდუალურად დგება იმ პაციენტებთან, რომელთაც ნაკლები აქვთ წონაში მოსამატებელი.

აწონვის სტრატეგია

აუხსენით პაციენტს, რომ კვებითი ქცევების ცვლილებისა და ჯანსაღი წონის აღდგენის თვალსაზრისით, თერაპიის ადრეულ ეტაპზე არსებითია წონაში ცვლილების კვირაგამოშვებით აღრიცხვა. მას შემდეგ რაც სტაბილიზდება წონა და კვებითი პატერნები, წონის შემოწმება უფრო იშვიათად იქნება საჭირო და მოხდება კლინიკური საჭიროებების შესაბამისად.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე ყოველკვირეულად იწარმობს პაციენტის ფიზიკური სტატუსის მონიტორინგი. აღნიშნული გულისხმობს ყოველი თერაპიული სესიის წინ წონის, წნევის, გულისცემის, სხეულის ტემპერატურისა და ცხიმის შემადგენლობის გაზომვას და ელექტროკარდიოგრამის ადმინისტრირებას კვლევის კოორდინატორის მიერ.

შუა ფაზა

სესიების სტრუქტურა ჩვეულებრივ მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

- განიხილეთ პაციენტის ზოგადი პროგრესი.
- განიხილეთ ნერვული ანორექსიის სიმპტომებისა და სამიზნე ნიშნების მიმდინარე სტატუსი (SSC სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალი ფორმის გამოყენებით).
- განიხილეთ პაციენტის კვების პატერნი მის მიერ ჭამის გრაფიკის გახსენებით.
- წახალისეთ და ხელი შეუწყვეთ რეგულარულ კვებას.
- განიხილეთ წონის ცვლილება - წონის გაზომვა შესაძლოა ნაკლები სიხშირით მოხდეს შუა ეტაპზე, თუ პაციენტის კვება გაუმჯობესდა და მისი წონა არაა კრიტიკულად დაბალი.
- აღნიშნეთ ცვლილების მცდელობები და შეაქეთ მათ გამო.
- ესაუბრეთ თერაპიის რეკომენდაციების გათვალისწინების პრობლემებზე.

- დააბრუნეთ ადრეულ **ნერვული ანორექსიის მოდელთან** და საგანმანათლებლო მასალასთან.
- თუ პაციენტს საკვების შეზღუდვის სწრაფვა უჩნდება, გამოიკვლიეთ გარემოებები და განიხილეთ დამლევის სხვა გზები.

თუ პაციენტს უჭირს საკვების რაოდენობის გაზრდა ან მისი გამრავალფეროვნება, შესთავაზეთ თანდათანობით ისეთი საჭმლის მცირედი დამატება, რომელიც უფრო მისაღებია მისთვის, და დაუსახეთ მიზნების ეტაპობრივი მიღწევა.

თუ პაციენტმა წონაში დაიკლო, გამოხატეთ შეშფოთება ან უკმაყოფილება. სესიის უპირატესი ფოკუსი სწორედ ამ საკითხზე უნდა გამახვილდეს. გაარკვიეთ, პაციენტის თვალსაზრისით, რა დაემართა მის ჭამის, ენერგიის ხარჯვისა თუ საკვებისგან გათავისუფლების პატერნებს. შესთავაზეთ ალტერნატიული ახსნა. იმუშავეთ პაციენტთან სირთულეების დამლევაზე და ამგვარად, შეამცირეთ პრობლემის ხელახალი აღმოცენების რისკები. გადახედეთ პაციენტის მოტივაციას ცვლილებების მიმართ. მიმოიხილეთ შესაძლო შედეგები იმისა, თუ პაციენტი ვერ შეაჩერებს წონის კლებას. წახალისეთ, აღადგინოს და შეინარჩუნოს უფრო ჯანსაღი კვების პატერნი.

გამოიყენეთ საგანმანათლებლო მოდულები და კლინიკური სურათის მიხედვით პაციენტს სახლში გაატანეთ მასალა. არაა აუცილებელი, რომ ყველა პაციენტმა ყველა საგანმანათლებლო მოდული მიიღოს. საგანმანათლებლო მოდულები უნდა მიეწოდოს პაციენტს სახლში წასაკითხად. თუმცა, ეს არ უნდა ატარებდეს გასწავლვრული საშინაო დავალების ხასიათს. თუ პაციენტი არ კითხულობს მასალას, ნუ ფოკუსირდებით იმაზე, რომ აუცილებლად წაიკითხოს.

იმუშავეთ პაციენტის ძლიერ მხარეებზე და შესთავაზეთ მას ქცევის პრობლემური პატერნების დამლევის ალტერნატიული გზები.

განიხილეთ პაციენტთან ნებისმიერი ზოგადი საკითხი, რომელსაც ის წამოჭრის (აუცილებელი არ არის თერაპევტმა გამოკვეთილად დააკავშიროს ეს საკითხები პაციენტის კვებასთან). ამგვარი წუხილების ვენტილაცია დაშვებულია იმდენად, რამდენადაც ეს სასარგებლოა თერაპიისთვის. ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რას ფიქრობენ სხვები მასზე და რამდენად განიცდის ზეწოლას ჭამაზე. თერაპევტმა უნდა წახალისოს პაციენტი, იფიქროს ამ ზოგადი სირთულეების გადაწყვეტის გზებზე, თუმცა ასევე შეუძლია პირდაპირ შესთავაზოს გარკვეული გამოსავლის ცდა. გარემოს ინტერვენციები ზოგჯერ სასარგებლოა, მაგალითად, კვირის წინასწარ დაგეგმვა კვებასა და სხვა საკითხებთან მიმართებით.

ფსიქიატრიული სიმპტომებისა და ფსიქოლოგიური და ფიზიკური უსაფრთხოების პერიოდული გადახედვა უნდა განხორციელდეს კლინიკური საჭიროების შესაბამისად.

საბოლოო ფაზა

დასრულებასთან დაკავშირებული საკითხები

ესაუბრეთ პაციენტს იმაზე, რომ ბევრისთვის შესაძლოა რთული იყოს თერაპიის დასრულება. მიეცით მას საშუალება, გამოთქვას აზრი და გამოხატოს ემოციები მკურნალობის პროგრამაში მისი მონაწილეობის შესახებ, ასევე, გამოხატოს საკუთარი დამოკიდებულება თერაპიის მიმართ.

უყურადღებოდ არ დატოვოთ ნებისმიერი ტიპის სევდა, გაურკვევლობა ან წუხილი სამომავლო სირთულეების დამოუკიდებლად, თერაპიის/თერაპიის გარეშე, დამლევის შესახებ (მაგრამ თერაპევტმა არ უნდა დააკავშიროს თერაპიის დასრულებით გამოწვეული გრძნობები წარსულ დანაკარგებთან, და ამიტომ თერაპევტმა დროში უნდა შეზღუდოს დასრულებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვა). რეალისტურად გაამხნევეთ, რომ აქვს ცოდნა და შესწევს უნარი, თავი გაართვას თერაპიის დასრულებას.

სამომავლო ფოკუსი

მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ, მიუხედავად მკურნალობის დასრულებისა, თერაპევტი დაინტერესებულია პაციენტის მდგომარეობით და მიდევნების შეხვედრები კლინიკოსს მისცემს პაციენტის შემდგომი მდგომარეობის გარკვევის შესაძლებლობას. მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია მიღწეული ცვლილებების შენარჩუნება, გაამხნევეთ ის და უთხარი, რომ თერაპიის დასრულების შემდეგ ადამიანები ხშირად ინარჩუნებენ შედეგს და თავს კარგად გრძნობენ.

პაციენტთან ერთად განიხილეთ მის მიერ განხორციელებული ცვლილებები და პროგრესი. ფოკუსირდით იმაზე, თუ როგორ უნდა გააგრძელოს ამ მომენტიდან. წახალისეთ პაციენტი, იფიქროს კვებასთან დაკავშირებულ პოტენციურ პრობლემურ სიტუაციებზე და მათი დამლევის გზებზე და გაუზიარეთ პრობლემის გადაჭრის ვერსიები. გაადვივეთ ზოგადი ცხოვრებისეული საკითხების დაგეგმვის უნარი, რამდენადაც ეს რელევანტურია.

შეახსენეთ პაციენტს, რომ მიუხედავად ანორექსიის მკურნალობის კვლევის დასრულებისა, არსებობს სხვა ხელმისაწვდომი სერვისები კვებითი აშლილობებისათვის ან სერვისები სხვა სირთულეებისათვის, რომლებიც კავშირშია მის კვებით აშლილობასთან, და ამ სერვისების გამოყენება შესაძლებელი იქნება პრობლემების წამოჭრის შემთხვევაში, თუ პაციენტი მათ დამოუკიდებლად ვერ გაუმკლავდა. თუმცა, ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტისთვის იმის ახსნა, რომ ხშირად თერაპიაში მიღებული ცვლილების სტაბილიზაციას დრო სჭირდება. ამიტომ რეკომენდებულია გარკვეული პერიოდის დაცდა მანამ, სანამ ახალ ინტერვენციაში ჩავერთვებოდეთ, ეხება ეს კვებით აშლილობას, თუ სხვა სირთულეს. თქვენი

კლინიკური განსჯის საფუძველზე განსაზღვრეთ სიტუაციები, როდესაც ახალ ინტერვენციაში ჩართვა შესაძლოა სწრაფად გახდეს საჭირო.

რეკომენდებული საკითხავი მასალა

Beumont, P. J., Russell, J. D., & Touyz, S. W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. Lancet, 341(June), 1635-40.

Dewald, P. A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 48(4), 505-518.

Fawcett, J., Epstein, P., Fiester, S. J., Elkin, E., & Autry, J. H. (1987). Clinical management - Imipramine/Placebo administration manual. Psychopharmacology Bulletin, 23(2), 309-321.

Joyce, P. R. (1995). The clinical management of depression. In P. R. Joyce, S. E. Romans, P. M. Ellis, & T. S. Silverstone (Eds.), Affective Disorders (pp. 35-46). Christchurch: Christchurch School of Medicine.

Hsu, G. L. K., Holben, B., & West, S. (1990). Nutritional counseling in bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 11(1), 55-62.

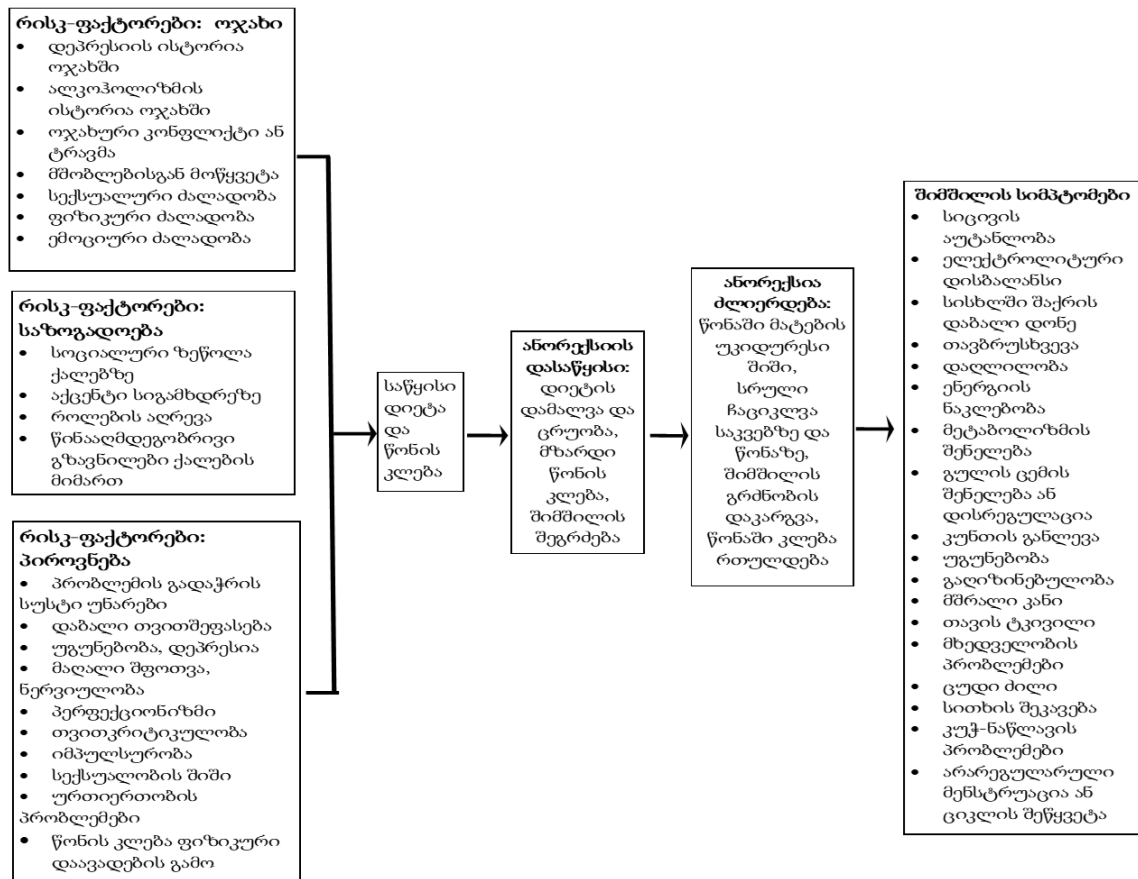
Rock, C. L., & Curran-Celentano, J. (1996). Nutritional management of eating disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 10(4, December), 701-713.

Rockland, L. H. (1993). A review of supportive psychotherapy, 1986-1992. Hospital and Community Psychiatry, 44(11), 1053-1060.

Williams, H., Touyz, S., & Beumont, P. (1987). Correcting the eating disorder in anorexia nervosa: Not just a question of weight gain. In Abraham & D. Llewellyn-Jones (Eds.), ED-Dis Eat (pp. 79-86).

დანართები

ნერვული ანორექსიის მოდელი



სპეციალისტთა მხარდამჭერი ზრუნვა,
სამიზნე სიმპტომთა ჩამონათვალის ფორმა

სახელი _____ სესია #

თარიღი

ცვლილებები ბოლო სესიის შემდეგ:
აღნიშნეთ სიხშირე/სიმძიმე სადაც საჭიროა.

წონა: _____ კგ ცვლილება ბოლო სესიის შემდეგ: _____ კგ

დღის განმავლობაში რამდენჯერ ჭამს _____

რამდენი დღე ჭამდა რეგულარულად _____

ვარჯიში _____

პირღებინება _____

ლაქსატივები _____

სხვა კომპენსატორული ქცევა _____

მენსტრუალური ციკლი კი/არა

სხვა სამიზნე სიმპტომები

ბიბლიოგრაფია

American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for eating disorders. American Journal of Psychiatry, 150, 207-228.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.

Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J. M., & Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. Journal of Clinical Psychiatry, 53, 90-96.

Andersen, A. E. (1987). Contrast and comparison of behavioral, cognitive-behavioral, and comprehensive treatment methods for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Special Issue: Behavioral and cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa and bulimia. Behavior Modification, 11(4), 522-543.

Beumont, P. J., Russell, J. D., & Touyz, S. W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. [Review]. Lancet, 341(June), 1635-40.

Braun, D., Sunday, S., & Halmi, K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine, 24, 859-867.

Browning, C. H., & Miller, S. I. (1968). Anorexia nervosa: A study in prognosis and management. American Journal of Psychiatry, 124: 8(February), 1128-1132.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 24, 187-194.

Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York: Basic Books, Inc.

Bruch, H. (1976). The treatment of eating disorders. Mayo Clinic Proceedings, 51(5), 266-72.

Bruch, H. (1977). Psychotherapy in eating disorders. Canadian Psychiatric Association Journal, 22(3), 102-8.

Bruch, H. (1978a). The Golden Cage. Cambridge: Harvard University Press.

Bruch, H. (1978b). Island in the river: the anorexia adolescent in treatment. In Annual meeting of the American Society for Adolescent Psychiatry, (pp. 26-40). Atlanta: University of Chicago.

Buckley, P. (1986). A neglected treatment. Psychiatric Annals, 16, 515-521.

- Bulik, C. M. (1992). Eating disorders and drug use. Journal of Substance Abuse, 4(1), 69-90.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., McKee, M., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1995). Temperament in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 17, 251-262.
- Bunnell, D., Shenker, I., Nussbaum, M., Jacobson, M., & Cooper, P. (1990). Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. International Journal of Eating Disorders, 9, 357-362.
- Casper, R. C. (1992). Integration of psychodynamic concepts into psychotherapy. In K. A. Halmi (Eds.), Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa (pp. 287-305). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Channon, S., De Silva, P., Hemsley, D., & Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 27(5), 529-535.
- Colahan, M. (1995). Being a therapist in eating disorder treatment trials: constraints and creativity. Journal of Family Therapy, 17, 79-96.
- Conte, H. R., & Plutchik, R. (1986). Controlled research in supportive psychotherapy. Psychiatric Annals, 16, 530-533.
- Crisp, A., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G., & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 159, 325-333.
- Crisp, A. H. (1967). Anorexia nervosa. Hospital Medicine, 1, 713-718.
- Crisp, A. H., Kalucy, R. S., Lacey, J. H., & Harding, B. (1977). The long-term prognosis in anorexia nervosa: Some factors predictive of outcome. In R. A. Vigersky (Eds.), Anorexia Nervosa (pp. 55-65). New York: Raven Press.
- Dally, P., & Sargant, W. (1966). Treatment and outcome of anorexia nervosa. British Medical Journal, 2, 793-795.
- Dewald, P. A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 48(4), 505-518.
- Eckert, E., Goldberg, S., Halmi, K., Casper, R., & Davis, J. (1982). Depression in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 12, 115-122.
- Engel, K., & Wilfarth, B. (1988). Therapy results and follow-up of an integrated inpatient treatment for severe cases of anorexia nervosa. Psychotherapy and Psychosomatics, 50, 5-14.

- Engel, K., Wittern, M., Hentze, M., & Meyer, A. E. (1989). Long-term stability of anorexia nervosa treatments: follow-up study of 218 patients. Psychiatric Developments, 4, 395-407.
- Fawcett, J., Epstein, P., Fiester, S. J., Elkin, E., & Autry, J. H. (1987). Clinical management - Imipramine/Placebo administration manual. Psychopharmacology Bulletin, 23(2), 309-321.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D., Mathews, M., Skolnick, N., & Katz, J. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating disorders, 12, 21-29.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet, 341(June 26), 1631-1635.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- Gillberg, C., & Rastam, M. (1992). Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions? Behavioural Neurology, 5, 27-32.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C., & Crisp, A. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 15(2), 165-177.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London, 7, 22-28.
- Hall, A., & Crisp, A. H. (1983). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Preliminary findings. In P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, & D. V. Coscina (Eds.), Anorexia nervosa - Recent developments in research (pp. 427-439). New York: Liss.
- Hall, A., & Crisp, A. H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one year. British Journal of Psychiatry, 151(185), 185-91.
- Halmi, K., Powers, P., & Cunningham, S. (1975). Treatment of anorexia nervosa with behavior modification. Archives of General Psychiatry, 32, 93-96.
- Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. Psychosomatic Medicine, 36, 18-26.
- Halmi, K. A., Eckert, E., March, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, 48(August), 712-718.
- Hendren, R. (1983). Depression in anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22(1), 59-62.

- Herzog, D., Sacks, N., Keller, M., Lavouri, P., vonRanson, K., & Gray, H. (1992a). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 835-842.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., & Sacks, N. R. (1992b). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 53, 147-152.
- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 10(4, December), 843-859.
- Hsu, G. L. K., Holben, B., & West, S. (1990). Nutritional counseling in bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 11(1), 55-62.
- Hsu, L. (1986). The treatment of anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 143, 573-581.
- Hsu, L. K. G. (1990). Eating Disorders. New York: Guilford Press.
- Hsu, L. K. G., Crisp, A. H., & Harding, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. Lancet, January 13, 61-65.
- Huse, D. M., & Lucas, A. R. (1983). Dietary treatment of anorexia nervosa. Journal of the American Dietetic Association, 83(6), 687-690.
- Huse, D. M., & Lucas, A. R. (1984). Dietary patterns in anorexia nervosa. The American Journal of Clinical Nutrition, 40, 251-254.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R., & Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 352-359.
- Joyce, P. R. (1995). The clinical management of depression. In P. R. Joyce, S. E. Romans, P. M. Ellis, & T. S. Silverstone (Eds.), Affective Disorders (pp. 35-46). Christchurch: Christchurch School of Medicine.
- Kaye, W. H., Weltzin, T., Hsu, L. K. G., & Bulik, C. M. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 52, 464-471.
- Kendell, R., Hall, D., Hailey, A., & Babigan, H. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 3, 200-203.
- le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. International Journal of Eating Disorders, 12(4), 347-357.

- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. American Journal of Psychiatry, 148, 917-922.
- Mann, A., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R., & Szmuckler, G. (1983). Screening for abnormal eating and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 year-old school girls. Psychological Medicine, 13, 573-580.
- McKenzie, J. M., & Joyce, P. R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 11, 235-241.
- Meadows, G., Palmer, R., Newball, E., & Kenrick, J. (1986). Eating attitudes and disorder in young women: a general practice based survey. Psychological Medicine, 16, 351-357.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Morgan, H. G., Purgold, J., & Welbourne, J. (1983). Management and outcome in anorexia nervosa: a standardized prognostic study. British Journal of Psychiatry, 143, 282-287.
- Nemiah, J. (1950). Anorexia nervosa: a clinical psychiatric study. Medicine, 29, 225-268.
- Omer, H., & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy: The role and control of non-specific factors. British Journal of Psychiatry, 155, 239-245.
- Palazzoli, M. S. (1978). Self-starvation: From individual to family in the treatment of anorexia nervosa. New York: Jason Aronson.
- Powers, P. S., & Powers, H. P. (1984). Inpatient treatment of anorexia nervosa. Psychosomatics, 25, 512-527.
- Ratnasuriya, R. H., Eisler, I., Szmuckler, G. I., & Russell, G. F. M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. British Journal of Psychiatry, 158, 495-502.
- Roberts, A. H., Kewman, D. G., Mercier, L., & Hovell, M. (1993). The power of nonspecific effects in healing: Implications for psychosocial and biological treatments. Clinical Psychology Review, 13, 375-391.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 15(2), 111-6.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., & Moye, A. (1995). Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 313-322.

Rock, C. L., & Curran-Celentano, J. (1996). Nutritional management of eating disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 10(4, December), 701-713.

Rock, C. L., & Yager, J. (1987). Nutrition and eating disorders: a primer for clinicians. International Journal of Eating Disorders, 6, 267-280.

Rockland, L. H. (1993). A review of supportive psychotherapy, 1986-1992. Hospital and Community Psychiatry, 44(11), 1053-1060.

Rosman, B. L., Minuchin, S., Baker, L., & Liebman, R. (1977). A family approach to anorexia nervosa: study, treatment, and outcome. pp. 341-8. In: Vigersky Ra, ed. Anorexia nervosa. New York, Raven Press.

Rosman, B. L., Minuchin, S., Liebman, R., & Baker, L. (1976). Input and outcome of family therapy in anorexia nervosa. In J. L. Claghorn (Eds.), Successful psychotherapy. New York, Brunner/Mazel (pp. 128-39).

Russell, G. F. M. (1981). The current treatment of anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 138, 164-.

Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, M. A. (1987). An evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry, 44(Dec), 1047-1056.

Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. Sex Roles, 14(9/10), 519-532.

Smith, C., & Steiner, H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31(5), 841-843.

Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89(Suppl 378), 1-15.

Sours, J. A. (Ed.). (1980). Starving to death in a sea of objects. New York: Jason Aronson.

Steinhausen, H.-C., Rauss-Mason, C., & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. Psychological Medicine, 21, 447-454.

Steinhausen, H. C. (1995). Treatment and outcome of adolescent anorexia nervosa. Horm Res, 43, 168-170.

Stoylen, I. J., & Laberg, J. C. (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Perspectives on etiology and cognitive behavior therapy. Acta Psychiatrica Scandinavica, 82(361, Suppl.), 52-58.

Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. Journal of Psychosomatic research, 24, 353-359.

- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19, 239-246.
- Strober, M., & Yager, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 363-). New York: Guilford Press.
- Sullivan, P. (in press). Mortality in anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry.
- Sullivan, P., Bulik, C., & Fear, J. (in progress). Outcome of anorexia nervosa. In Toner, B., Garfinkel, P., & Garner, D. (1986). Long-term follow-up of anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 48(7), 520-529.
- Toner, B. B., Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1988). Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. International Journal of Psychiatry in Medicine, 18, 357-364.
- Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Glaun, D., Philips, T., & Cowie, I. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 144, 517-520.
- Treasure, J., Todd, G., Brolly, M., Tiller, J., Nehmed, A., & Denman, F. (1995). A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. Behavior Research and Therapy, 33(4), 363-367.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of abnormal psychology, 103(1), 137-147.
- Wallerstein, R. S. (1988). Psychoanalysis and psychotherapy: Relative roles reconsidered. Annual of Psychoanalysis, 16, 129-151.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Minninger Foundation: An overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 195-205.
- Walsh, A. E. S., Oldman, A. D., Franklin, M., Fairburn, C. G., & Cowen, P. J. (1995). Dieting decreases plasma tryptophan and increases the prolactin response to d-fenfluramine in women but not men. J Affective Disorders, 33, 89-97.
- Walters, E., & Kendler, K. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. American Journal of Psychiatry, 152, 64-71.
- Wells, J. E. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. Aust NZ J Psychiatry, 23, 315-326.
- Wells, L. A., & Logan, K. M. (1987). Pharmacologic treatment of eating disorders. Psychosomatics, 28, 470-479.

Williams, H., Touyz, S., & Beumont, P. (1987). Correcting the eating disorder in anorexia nervosa: Not just a question of weight gain. In Abraham & D. Llewellyn-Jones (Eds.), ED-Dis Eat (pp. 79-86).

Wilson, A. J., Touyz, S. W., O'Connor, M., & Beumont, P. J. V. (1985). Correcting the eating disorder in anorexia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19(2/3), 449-451.

Windauer, U., Lennerts, W., Talbot, P., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. V. (1993). How well are 'cured' anorexia nervosa patients? An investigation of 16 weight-recovered anorexic patients. British Journal of Psychiatry, 163, 195-200.

Winston, A., Pinsker, H., & McCullough, L. (1986). A review of supportive psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry, 37, 1105-1114.

Yager, J. (1994). Psychosocial treatments for eating disorders. [Review]. Psychiatry, 57(2), 153-64

საგანმანათლებლო მოდულები

რა არის ნერვული ანორექსია?

ნერვული ანორექსია არის მდგომარეობა, როდესაც ინდივიდი (უმეტესად ქალი), საკუთარი წონისა და სხეულის ფორმის კონტროლით ხდება მოცული და მიმართავს ქცევებს, რომლებიც მნიშვნელოვნად იწვევს წონის კლებას. მიუხედავად მცირე წონისა, ნერვული ანორექსიის მქონე ქალებს მაინც მიაჩნიათ, რომ მათი სხეული ზედმეტად მსუქანია ან მათი სხეულის ნაწილებია ზედმეტად დიდი. მთლიანობაში, სხეულის ფორმა და წონა ცენტრალური მნიშვნელობისაა მათ თვითაღქმაში.

დაბალი წონის გარდა, ანორექსიით დაავადებული პირები განიცდიან წონის მომატების უკიდურეს შიშს.

წონის კონტროლის სტრატეგიები ინდივიდუალურად განსხვავდება. ყველაზე გავრცელებული მეთოდებია საკვების მიღების მკაცრი შეზღუდვა და ჭარბი ფიზიკური ვარჯიში. სხვა სტრატეგიები მოიცავს საფაღარათო საშუალებების ბოროტად გამოყენებას, თვითგამოწვეულ პირღებინებას ჭამის შემდეგ, შიმშილობას, მადის შემამცირებელი საშუალებების, შარდმდენებისა, ღებინების გამომწვევი საშუალებებისა და სხვადასხვა მედიკამენტის გამოყენებას.

ანორექსიის სხვა ნიშნებში შედის საზოგადოებაში კვების თავიდან არიდება და სოციალური იზოლაცია.

ნერვული ანორექსია შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში, თუმცა განსაკუთრებით მგრძნობიარე პერიოდი პუბერტატი ან ადრეული მოზარდობაა.

გავრცელება

კვლევებმა გვიჩვენა, რომ სიყმაწვილის ასაკში და ადრეული ახალგაზრდობის პერიოდში, დაახლოებით ასი ახალგაზრდა ქალიდან ერთს აქვს ანორექსიის მძიმე ფორმა, რომლის დროსაც სხეულის წონა კრიტიკულ დონემდე ეცემა. საგრძნობლად მეტი ახალგაზრდა ქალი მიეკუთვნება იმ ჯგუფს, რომელსაც აქვს ჯანმრთელობისთვის არასაკმარისი წონა, წონის მომატების ძლიერი შიში და გამოხატული უკმაყოფილება საკუთარი სხეულის ფორმისა და წონის მიმართ.

ნერვული ანორექსია ბევრად უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში, თუმცა ზოგიერთ მამაკაცსაც აღენიშნება ეს დარღვევა.

ბოლო ათწლეულებში ნერვული ანორექსიის გავრცელება, როგორც ჩანს, გაიზარდა.

რა იწვევს ნერვულ ანორექსიას?

ნერვული ანორექსიის განვითარებას მრავალი ფაქტორი უდევს საფუძვლად. შეუძლებელია ზუსტად განვსაზღვროთ, თუ რა იწვევს ანორექსიას კონკრეტულ ინდივიდში, რადგან თითოეული ჩვენგანი უნიკალურია. თუმცა, გამოვლენილია ანორექსიისა და მსგავსი კვებითი აშლილობების განვითარების სამი ძირითადი ჯგუფი "რისკ-ფაქტორებისა": ოჯახური ფაქტორები, სოცოკულტურული ფაქტორები, ასევე პიროვნული ან ინდივიდუალური ფაქტორები.

ოჯახური ფაქტორები:

- დეპრესიის ოჯახური ისტორია
- ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია
- კვებითი აშლილობის ოჯახური ისტორია
- ოჯახში კონფლიქტი ან ტრავმა
- მშობლისგან განცალკევება
- სექსუალური ძალადობა
- ემოციური ძალადობა
- ფიზიკური ძალადობა
- ოჯახის მხრიდან მაღალი მოლოდინები

ოჯახური ფაქტორები გულისხმობს პიროვნების ოჯახისა და სახლის გარემოს მახასიათებლებს, სადაც ის იზრდებოდა. მაგალითად, კვებითი აშლილობის მქონე ქალებს ხშირად ჰყავთ ოჯახის წევრები, რომლებსაც ასევე ჰქონდათ კვებითი აშლილობა, დეპრესია ან ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები. ზოგიერთი ოჯახური ფაქტორი გენეტიკურია, ხოლო ზოგი გარემოსგან არის განპირობებული. მაგალითად, კვებითი დარღვევების, დეპრესიის ან ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია შეიძლება გენეტიკურ ფაქტორს უკავშირდებოდეს, მეორე მხრივ, სხვა ფაქტორები, მაგალითად, სხვა ადამიანების მიერ ფიზიკური, სექსუალური ან ემოციური ზიანი, უფრო გარემო ფაქტორებს უკავშირდება. თუმცა, კვებითი აშლილობის მქონე ყველა ქალს არ შეუძლია კონკრეტული ოჯახური ფაქტორების გამოყოფა, რომლებიც მის მდგომარეობას გამოიწვევდა.

სოცოკულტურული ფაქტორები:

- საზოგადოების აქცენტი უკიდურეს სიგამხდრეზე

- სოციალური შეუწყნარებლობა სიმსუქნის მიმართ
- ქალებზე სოციალური ზეწოლა
- კვებითი დარღვევების გლამურიზაცია
- წინააღმდეგობრივი გზავნილები ქალების მიმართ
- როლების აღრევა
- ზეწოლა გარკვეული 'სუბკულტურების' მხრიდან, როგორცაა მოცეკვავეები, მოდელები, ტანმოვარჯიშეები და ჟოკეიები, სადაც სიგამხდრე სასურველად ითვლება.

სოციოკულტურული ფაქტორები გავლენას ახდენს როგორც ახალგაზრდა გოგონებზე, ისე ზრდასრულ ქალებზე. გოგონები დიეტის დაცვას სულ უფრო და უფრო ადრე იწყებენ. დიეტისა და მოდის ინდუსტრია მსოფლიოში მულტიმილიარდიანი ბიზნესია, რომელიც ავრცელებს გზავნილს, რომ თუ დაიკლებ წონაში და მიაღწევ სიგამხდრის "იდეალს", იქნები ბედნიერი, ჯანმრთელი, წარმატებული კარიერაში და სიყვარულში და შენი ყველა პრობლემა გადაიჭრება.

პიროვნული ფაქტორები:

- დაბალი თვითშეფასება
- დაქვეითებული გუნება-განწყობა, დეპრესია
- მაღალი შფოთვა, ნერვიულობა
- პერფექციონიზმი
- პრობლემების გადაჭრის სუსტი უნარები
- თვითკრიტიკა
- იმპულსურობა
- ზრდასრული ცხოვრებისთვის მოუმზადებლობის შეგრძნება
- პუბერტატულ ცვლილებებთან დაკავშირებული დისკომფორტი
- სექსუალობის შიში
- ურთიერთობების პრობლემები

ეს ინდივიდუალური ფაქტორები კვებითი აშლილობის გამომწვევ მიზეზებადაც შეიძლება იქცეს. ყველაზე ხშირად, ინდივიდუალური ფაქტორები ურთიერთქმედებენ სოციალურ და ოჯახურ ფაქტორებთან თითოეულ კონკრეტულ პიროვნებაში.

ნერვული ანორექსიის ერთი კონკრეტული მიზეზის გამოყოფა შეუძლებელია თუმცა, ბევრ ქალს, რომელსაც კვებითი დარღვევა აქვს, შეუძლია გამოავლინოს რისკ-ფაქტორები ამ სამ სფეროში.

დიეტის შედეგები

იმ ქალებს შორის, რომლებიც დიეტას იცავენ, მცირედი აცნობიერებს, რომ თავად დიეტა იწვევს სერიოზულ ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ ცვლილებებს. დიეტის დაცვა იმ ქალებშიც, რომლებსაც არ აქვთ კვებითი დარღვევები, ხშირად იწვევს დეპრესიასა და გაღიზიანებას. როდესაც დიეტას იცავთ, თქვენი მეტაბოლიზმი ნელდება, რათა შეინახოს ის მცირე რაოდენობის საკვები, რაც ხელმისაწვდომია. ეს თქვენი ორგანიზმის ჭკვიანი თავდაცვითი რეაქციაა, რომელმაც, შესაძლოა, შიმშილობის დროს გადარჩენაც კი უზრუნველყო. პრობლემა ის არის, რომ დიეტის შეწყვეტის შემდეგ, რადგან თქვენი მეტაბოლიზმი შენელებულია, წონის მატება კიდევ უფრო მარტივად ხდება. ყოველ ჯერზე, როცა მორიგ დიეტას იწყებთ, ეს ციკლი გრძელდება. ერთადერთი გზა მეტაბოლიზმის დასაჩქარებლად – საკვების მიღებაა.

თქვენი სხეული ღუმელივითაა, რომელიც შეშას საჭიროებს გასათბობად. საწვავის (საკვების) მიღება დღის განმავლობაში რეგულარულად უნდა ხდებოდეს. ღუმელში არსებული ციფხლი ჰგავს თქვენი მეტაბოლიზმის სიჩქარეს. ის ყველაზე ძლიერად იწვება, როდესაც საკმარისი საწვავი აქვს.

დიეტასა და წონაში მკვეთრ კლებასთან დაკავშირებული პრობლემები

- ძლიერი შიმშილის შეგრძნება
- ენერგიის ნაკლებობა
- დაღლილობა
- სისხლში შაქრის დაბალი დონე
- უძილობა ან ცუდი ძილი
- თავბრუსხვევა
- თავის ტკივილები
- მხედველობის პრობლემები

- შემუშავება (სითხის შეკავების გამო)
- საჭმლის მომნელებელი სისტემის პრობლემები
- სხეულის ტემპერატურის დაცემა, რაც სიცოცხის შეგრძნებას იწვევს
- მეტაბოლიზმის საერთო შენელება
- გულისცემის დაქვეითება
- არარეგულარული მენსტრუაცია ან ციკლის შეწყვეტა
- მშრალი, უსიცოცხლო კანი
- კუნთოვანი მასის დაკარგვა
- გუნება-განწყობის ცვლილებები
- გაღიზიანებადობა
- ელექტროლიტების დისბალანსი
- გადაწყვეტილებების მიღების სირთულე
- კონცენტრაციის გაძნელება

საერთო ჯამში, ნერვული ანორექსია ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს ქრონიკული შიმშილის მდგომარეობის გამოწვევით.

ხანგრძლივი შიმშილის შედეგები შეიძლება მოიცავდეს ძვლოვანი სისტემის განვითარების შეფერხებას, სისხლის მიმოქცევის პრობლემებს, ვირუსებისა და ინფექციების მიმართ მოწყვლადობას, ელექტროლიტების მძიმე დისბალანსს, ოსტეოპოროზს და შესაძლოა გამოიწვიოს ნაადრევი სიკვდილი.

სოციოკულტურული გავლენები კვებით აშლილობებზე

სოციოკულტურული კონტექსტი, რომელშიც კვებითი დარღვევები ვითარდება, მოიცავს იმ ფაქტორებს, რომლებიც ჩვენი საზოგადოების ნაწილია და ხელს უწყობს პრობლემური კვების ჩამოყალიბებას. სასურველი გარეგნობა (რაც ითვლება 'ლამაზად'), მათ შორის სხეულის ზომა და ფორმა, კულტურულად არის განპირობებული. ზოგიერთ საზოგადოებაში სხეულის სიმსუქნე კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის ნიშანია. იმის გამო, რომ ღარიბი ადამიანები, რომლებსაც საკმარისი საკვები არ აქვთ, გამხდრები არიან, სიმსუქნე სიმდიდრისა და ჯანმრთელობის ნიშანია. სილამაზის კულტურული

სტანდარტები ერთი კულტურის ფარგლებშიც კი დროთა განმავლობაში იცვლება. XVII საუკუნის პერიოდში შიშველი ქალის პორტრეტები მრგვალი ფორმებითა და ღია ფერის კანით გამოირჩეოდა. თანამედროვე შიშველი პორტრეტები გამხდარი და მზეზე გარუჯული სხეულებით გამოირჩევა. XVII საუკუნეში ღია ფერის კანი სილამაზის ნიშნად ითვლებოდა (იგი ასევე სიმდიდრის სიმბოლოც იყო, რადგან მდიდრებს გარეთ მძიმე ფიზიკური შრომა არ სჭირდებოდათ). თანამედროვე დასავლურ საზოგადოებებში ქალებზე ინტენსიური ზეწოლაა, რომ იყვნენ გამხდრები. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ფიზიკური მიმზიდველობის ქალთა იდეალები მოდისა და გართობის ინდუსტრიების წყალობით სულ უფრო და უფრო გამხდრები ხდებიან იმ დონემდე, რომ რეალურ მოსახლეობაში მათი მსგავსი ცოტა ვინმე თუ მოიპოვება. გარნერისა და მისი კოლეგების მიერ 1980-იანი წლების დასაწყისში ჩატარებულმა კვლევამ სცადა დროთა განმავლობაში „სასურველი“ ქალის სხეულის ცვლილებები შეესწავლა.

მათ შეაგროვეს ინფორმაცია ფლეიბოის (Playboy) გარეკანზე მოდელებისა და „მის ამერიკა“ კონკურსის მონაწილეების სხეულის ფორმისა და წონის შესახებ, როგორც „სასურველი“ სხეულის ტიპის მაგალითებისა.

მათი კვლევით გამოვლინდა, რომ ბოლო 20 წლის განმავლობაში ფლეიბოის მოდელები და „მის ამერიკა“ კონკურსის მონაწილეები უფრო და უფრო გამხდრები გახდნენ. ამ პერიოდში ფლეიბოის მოდელებისა და სილამაზის კონკურსის მონაწილეების გულმკერდისა და თეძოების გარშემოწერილობა მნიშვნელოვნად შემცირდა, წელის გარშემოწერილობა კი გაიზარდა, რის შედეგადაც სხეულის ფორმა უფრო „მილისებური“ გახდა, რომელიც წააგავს სქესობრივ მომწიფებამდე გოგონების სხეულის ფორმას.

კიდევ უფრო თვალშისაცემი იყო მათი აღმოჩენა, რომ ეს ტენდენციები სრულიად საპირისპიროა ზოგად მოსახლეობაში გამოკვეთილი ცვლილებებისა. კვლევამ აჩვენა, რომ იმავე პერიოდში ახალგაზრდა ქალების (30 წლამდე) სხეულის ზომამ იმატა და დასავლურ საზოგადოებაში ქალის საშუალო სიმაღლეც და წონაც გაიზარდა. პოპულაციის კვლევების მიხედვით, სხეულის წონის ზრდის ყველაზე სავარაუდო ახსნა არის გაუმჯობესებული კვება (ომისა და შიმშილობისგან დაცულ პერიოდში წონის საერთო მატება დაფიქსირდა, რაც ომისა და შიმშილობის დროს არ შეინიშნებოდა).

მიუხედავად იმისა, რომ „იდეალური“ წონის საშუალო მაჩვენებელი შემცირდა, რეალური სხეულის ზომა გაიზარდა. ეს ნიშნავს, რომ მოდელები და სილამაზის კონკურსის მონაწილეები სულ უფრო ნაკლებად წარმოადგენენ „ნამდვილ ქალს ქუჩაში“.

ფაქტობრივად, ძალიან ცოტა ქალს აქვს ისეთი გამხდარი სხეული, როგორიც იმ მოდელებს, რომლებთანაც მათი მუდმივი შედარება ხდება. გარნერის კვლევამ აჩვენა, რომ მხოლოდ დაახლოებით 5%-ია ახალგაზრდა ქალებისა ისეთივე გამხდარი, როგორც მის ამერიკა კონკურსის მონაწილეები. სამწუხაროდ, ახალი ზელანდიის შედარებითი კვლევები არ არსებობს. თუმცა, არსებობს მტკიცებულებები, რომლებიც მიუთითებს, რომ ეს დასკვნები ახალი ზელანდიის სიტუაციასაც შეესაბამება. მიუხედავად იმისა,

რომ ფლეიბოის მოდელებსა და მის ამერიკა კონკურსის მონაწილეებს ხშირად განსხვავებული სხეულის ფორმა აქვთ, ვიდრე მოდისა და რეკლამის მოდელებს, ამჟამინდელი ტენდენცია გვიჩვენებს, რომ მოდისა და რეკლამის მოდელები კიდევ უფრო გამხდრები არიან. ამრიგად, სურათები, რომლებსაც ქალები უფრო ხშირად აწყდებიან, კიდევ უფრო მეტად განსხვავდება მათი ნამდვილი სხეულებისგან.

მასმედიის გაზრდილმა გავლენამ მე-20 საუკუნის საზოგადოებაში გამოიწვია ის, რომ ქალები უფრო ინტენსიურად აწყდებიან უკიდურესად გამხდარი ქალების სურათებს. ბოლო 40 წლის განმავლობაში კულტურული ზეწოლა სიგამხდრეზე გაძლიერდა. მიუხედავად იმისა, რომ მარკეტინგის ოსტატები შესაძლოა უშუალოდ არ იყვნენ ამ ტენდენციებზე პასუხისმგებელი, მათ ნამდვილად შეუწყვეს ხელი ქალების საკუთარი სხეულით უკმაყოფილობას და პოპულარიზაცია გაუწიეს პროდუქციას, რომელიც „გადაჭრის“ მათ პრობლემებს.

რეკლამებში მხოლოდ გამხდარი მოდელების გამოსახულებები მიუთითებს არა მხოლოდ იმაზე, რომ სიგამხდრე სასურველია, არამედ იმაზეც, რომ ის ნორმაა. ეს ასევე გულისხმობს იმას, რომ ასეთი სხეულის ფორმის მიღწევა ყველასთვის შესაძლებელია. გამხდარი ქალების გამოსახულებები სულ უფრო მეტად გამოიყენება უამრავი პროდუქტის გასაყიდად, რაც ქმნის ფარულ გზავნილს, რომ სიგამხდრე უზრუნველყოფს მატერიალურ და სოციალურ წარმატებებს და რომ სილამაზის, პირადი ბედნიერებისა და თვითღირებულების მიღწევა სიგამხდრით არის შესაძლებელი. მედიის ძალა ქალების სხეულის თვითაღქმის ფორმირებაში უდავოა. მრავალმა კვლევამ აჩვენა, რომ მოზარდების და ახალგაზრდა ქალების უმეტესობა თავს მსუქნად გრძნობს, მაშინაც კი, როცა მათი წონა ნორმის ფარგლებშია. ასაკი, როდესაც გოგონები იწყებენ იმის თქმას, რომ თავს ჭარბწონიანად გრძნობენ, უფრო ახალგაზრდა ხდება.

საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ ახალგაზრდა გოგონების ნაწილს ზრდის შეფერხება და მოზარდობის დაგვიანებული დაწყება აღენიშნება, რაც გამოწვეულია სიმსუქნის შიშის გამო საკვების უკიდურესად შეზღუდვით. ასევე არის ცნობები ზრდის შეფერხების შესახებ იმ ჩვილებში, რომელთა მდიდარი მშობლები მკაცრად ზღუდავენ მათი ბავშვების კვებას იმ იმედით, რომ თავიდან აიცილებენ სიმსუქნეს. დროთა განმავლობაში, ქალებისთვის სიგამხდრის უკიდურესი სტანდარტები ფართოდ მიღებული გახდა და კიდევ უფრო აგრესიულად „გაიყიდა“ ბაზარზე. გამხდარი სხეულის სტანდარტები სულ უფრო არარეალური და დამანგრეველი ხდება. მოდელებიც კი, რომლებიც „იდეალურ“ სტანდარტს შეესაბამებიან, კიდევ უფრო ექსტრემალურ დიეტებსა და წონის კლების ქცევებს მიმართავენ, რათა შეინარჩუნონ თავიანთი გამხდარი სხეულის ფორმა.

როგორც კი „იდეალური“ სხეულის ფორმა კიდევ უფრო გამხდარი გახდა, გაიზარდა ზეწოლა წონის დასაკლებად დიეტის დაცვაზე, ხოლო პარალელურად მოიმატა კვებასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმაც, როგორიცაა ნერვული ანორექსია და ნერვული ბულიმია. მოდის ინდუსტრიაში მომუშავე ქალებში კვებითი

დარღვევების მაღალი დონეა. მოდელებიც კი, რომლებიც უკიდურეს ქცევებს მიმართავენ და "გამხდარი იდეალის" მიღწევას ახერხებენ, შესაძლოა მაინც არ იყვნენ "საკმარისად გამხდრები." კომპიუტერული ტექნოლოგიები სულ უფრო ხშირად გამოიყენება სარეკლამო მასალებში მოდელების სხეულების შეცვლისთვის, რათა წარმოაჩინონ არაბუნებრივად გამხდარი სხეულის პროპორციები, ხოლო "გამხდარი იდეალისგან" ნებისმიერი გადახრას ხელოვნურად შლიან. მიუხედავად იმისა, რომ უკიდურეს დიეტას ბევრი მავნე გავლენა აქვს როგორც ფიზიკურად, ასევე ფსიქოლოგიურად, ზოგადად, სიგამხდრის „ჯანმრთელობის“ სარგებელი ზედმეტად არის გაზვიადებული, ხოლო დიეტის მავნე შედეგები უგულვებელყოფილია. ადამიანის მიერ არჩეული „იდეალური“ წონა იშვიათად არის დაკავშირებული „ჯანმრთელ“ წონასთან, და ხშირად მხოლოდ თვითნებურად განსაზღვრული რიცხვია.

როგორც მაღაზიებში ფასების შემთხვევაა, იდეალური ან სასურველი წონები ხშირად მნიშვნელოვან ზღვრულ ციფრებამდეა. აშშ-ში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ქალებს ხშირად სურთ, რომ მათი წონა იყოს „მრგვალი ციფრის“ ქვეშ, მაგალითად 100, 110 ან 120 ფუნტი (რაც შეესაბამება 45.4 კგ, 49.9 კგ, 54.5 კგ), ხოლო ბრიტანეთში ქალები ჩვეულებრივ ირჩევენ წონას, რომელიც არის 7, 8 ან 9 - მდე (რაც შეესაბამება 98, 112, 126 ფუნტს, ანუ 44.5 კგ, 50.8 კგ, 57.2 კგ შესაბამისად).

დღევანდელი იდეალური სხეულის ფორმა ქალებისთვის ყველაზე ახლოს არის პუბერტატულ ასაკამდე არასრულწლოვანი გოგონების სხეულის ფორმასთან.

ზრდასრულ ქალთა უმრავლესობისთვის სხეულის ამ ფორმის მიღწევა მოითხოვს იმდენი ცხიმის დაკარგვას, რომ შეუძლებელია ნორმალური მენსტრუალური ციკლის, ნორმალური ლიბიდოს (სექსუალური აქტივობის ინტერესის) და ნორმალური რეპროდუქციული ჰორმონების დონეების შენარჩუნება. „ახალგაზრდა“ სხეული ქალებისთვის იდეალად ითვლება, თუმცა ბევრი ქალისთვის, ვინც ცდილობს შეცვალოს თავისი სხეულის წონა, იმისათვის, რომ შეესაბამებოდეს „იდეალს“, უკისურესი კვების და ვარჯიშის ქცევა, რომელიც აუცილებელია „იდეალის“ მისაღწევად, ხშირად იწვევს სერიოზულ ფიზიკურ ცვლილებებს, მათ შორის, მენსტრუაციის დარღვევას და შობადობისა და რეპროდუქციულობის შემცირებას.

ზოგიერთ „სუბკულტურაში“, როგორიცაა მოცეკვავეები, ტანმოვარჯიშეები და მოდელები, სახეზეა გაზრდილი ზეწოლა თხელი სხეულის ფორმის შენარჩუნებაზე. ეს უბიძგებს ამ სფეროში მყოფ ბევრ ქალს, დაიცვან მკაცრი დიეტა წონის შესამცირებლად. ამ პოპულაციებში კვებითი აშლილობების ინციდენტობა უფრო მაღალია. ანალოგიურად, მიუხედავად იმისა, რომ მამაკაცებზე ნაკლებია სიგამხდრესთან დაკავშირებული ზეწოლა, გარკვეულ პროფესიებში, სადაც დიდი ყურადღება ექცევა სხეულის ფორმასა და წონას (მაგალითად, ჟოკეიები, სპორტსმენები, მოცეკვავეები და ბოდიბილდერები) ზეწოლა სხეულის კონკრეტული ფორმისა და წონის მიღწევაზე უფრო ძლიერი ხდება და კვებითი აშლილობების შემთხვევებიც უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში.

თანამედროვე დასავლურ საზოგადოებაში მცხოვრები ყველა ქალი განიცდის გარკვეულ სოციოკულტურულ ზეწოლას სიგამხდრის თაობაზე, თუმცა, ყველა ადამიანი ერთნაირად არ რეაგირებს ამ ზეწოლაზე. რთულია თავიდან აირიდო გამხდარი სხეულის სასურველობის შესახებ სოციოკულტურული გზავნილები. ზოგიერთი ქალი აცნობიერებს, რომ გარკვეული ჟურნალების კითხვა შემაწუხებელია, რადგან ყველა ფოტოზე წარმოდგენილად გამხდარი მოდელები არიან და გადაწყვეტილებას იღებს, აღარ იკითხოს ეს ჟურნალები. ზოგიერთი ქალი, ვისთვისაც დიეტის ან წონის დაკლების შესახებ სხვების საუბარი დისკომფორტის გამომწვევია, სთხოვს მეგობრებს და ნათესავებს, არ წამოწიონ ეს თემები მასთან. რამდენადაც რთულია ამგვარ ზეწოლასთან კონტაქტის შეზღუდვა, იმდენად შესაძლებელია საკუთარი რეაქციების მართვა ამ გზავნილებზე. დასავლურ საზოგადოებაში ქალებზე ამ ზეწოლის ზემოქმედების გაცნობიერება ადამიანებისთვის შესაძლოა დამხმარე იყოს მისი გავლენის მინიმუმამდე შეამცირებაში.

კვებითი აშლილობების ზრდას, რომელიც საზოგადოებაში უკიდურესი სიგამხდრის მიმართ მზარდი ყურადღების შედეგია, ხშირად მოიხსენიებენ როგორც „სოციოკულტურულ ეპიდემიას“.

დიეტების არაეფექტურობა

აიღეთ ნებისმიერი ქალის დღიური და იპოვით ერთმანეთის გვერდით განთავსებულ, გემრიელი კერძებისა და დესერტების რეცეპტებს და ასევე რეკლამებს უახლესი, ყველაზე გაუმჯობესებული, ყველაზე ეფექტური დიეტის შესახებ.

წონის შემცირების პრაქტიკულად ყველა პროგრამა აჩვენებს ზომიერ წარმატებას მოკლევადიანი წონის დაკლების მიღწევაში, თუმცა, იშვიათად გვხვდება მტკიცებულება, რომ წონის დაკლება შეიძლება შენარჩუნდეს გრძელვადიან პერსპექტივაში.

კვლევები აჩვენებს, რომ დიეტაზე მყოფი ადამიანების 95% საბოლოოდ ისევ იმატებს დაკლებულ წონას და ხშირად კიდევ უფრო მეტსაც.

გარდა ამისა, დიეტა სახიფათო საქმეც შეიძლება იყოს. იმ ქალთა შორის, ვინც დიეტაზეა, მცირე ნაწილი აცნობიერებს, რომ თავად დიეტამ შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ცვლილებები. დიეტის დაცვა იმ ქალებშიც, ვისაც არ აღენიშნებათ კვებითი დარღვევა, ხშირად დეპრესიას და გაღიზიანებას იწვევს. როდესაც დიეტას იცავ, შენი მეტაბოლიზმი ნელდება, რათა შეინარჩუნოს ხელმისაწვდომი საკვების მცირე ნაწილი. ეს ჭკვიანური ნაბიჯია შენი სხეულის მხრიდან და ეხმარება ადამიანებს შიმშილობის პერიოდში გადარჩენაში. პრობლემა ის არის, რომ როდესაც დიეტას წყვეტ, ვინაიდან შენი მეტაბოლიზმი შენელებულია, წონაში მატება განსაკუთრებით ადვილი ხდება და უფრო სწრაფად და მარტივად იმატებ. თითქოს შენმა სხეულმა უკვე განიცადა „შიმშილობა“, ამიტომ ლოგიკურია შენი სხეულისთვის, რომ „მარაგი შეავსოს“ ყოველი შემთხვევისთვის. ახლა, როდესაც შენს სხეულს ისევ მიუწვდება ხელი საკვებზე, მისი ნაწილის ცხიმის

სახით შენახვა შეიძლება დაეხმაროს მომავალი "შიმშილობის" პერიოდის გადატანაში. ყოველთვის, როცა მორიგ დიეტას დაიცავთ, ეს ციკლი გრძელდება. მეტაბოლიზმის დაჩქარების ერთადერთი გზა საკვების მიღებაა.

დიეტის ერთ-ერთი შედეგია წონის ციკლირება (დაკლება-მომატება ანუ იო-იო დიეტა) რაც განისაზღვრება, როგორც წონის დაკლებისა და მომატების განმეორებადი ციკლები. წონის ციკლირება ხშირად სახეზეა იმ ადამიანებში, რომლებიც რეგულარულად იცავენ დიეტებს, რადგან ბევრი დიეტა საბოლოოდ სრულდება წონის დაბრუნებით პირვანდელ მდგომარეობაში.

წონის ციკლირების გავლენა ჯანმრთელობაზე შესწავლილია ცხოველებში. ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ წონის დაკლება უფრო ნელა და წონის აღდგენა უფრო სწრაფად ხდება თანმიმდევრული დიეტების დროს. ასევე აღმოჩნდა, რომ ცხოველები, რომლებსაც აქვთ წონის ციკლირების ისტორია, მეტად ეტანებიან ცხიმოვან საკვებს.

ადამიანებში, ხშირად აღინიშნება, რომ უფრო მაღალი სხეულის წონა დაკავშირებულია ჯანმრთელობის პრობლემებთან, როგორიცაა გულის დაავადებები და ნაადრევი სიკვდილი. ამ აღმოჩენებს ბევრი კვლევა ეწინააღმდეგება (იხილეთ მოდული, საზოგადოების სიმსუქნის ფობია). ახლახან დადგინდა კავშირი სხეულის წონის ცვლილებებსა და გულის კორონარული დაავადებებისა და სიკვდილიანობის რისკს შორის. გულის დაავადებებისა და სიკვდილიანობის გაზრდილი რისკი დაფიქსირდა იმ პირებში, რომლებსაც აქვთ წონის ყველაზე დიდი ცვალებადობა, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ სხეულის რეალური წონის მიღმა სხეულის წონის მერყეობა შეიძლება უფრო მეტად ქმნიდეს ჯანმრთელობის გაუარესების რისკებს, ვიდრე თავად წონა.

კვლევებმა ასევე აჩვენა, რომ საკუთრივ სხეულის ცხიმის განაწილება და არა სხეულის მომატებული წონა, დაკავშირებულია ჯანმრთელობის პრობლემებთან. მუცლის მიდამოს სიმსუქნე, რომელიც უმეტესად მამაკაცებში გვხვდება, არის რისკ-ფაქტორი, ხოლო წელის, თეძოსა და დუნდულოების ცხიმი, რომელიც ქალებში ცხიმის ბუნებრივ საცავად ითვლება, არ ახდენს ნეგატიურ გავლენას ჯანმრთელობაზე. და ბოლოს, დიეტა გავლენას ახდენს თქვენს გუნება-განწყობაზე. ცხოველების მსგავსად, რომლებიც აგრესიულები და გაღიზიანებულები ხდებიან, როცა შიათ, ადამიანებიც გაღიზიანებულები და ფიცხები ხდებიან, როცა მათ სხეულს საკვები აკლია. დიეტამ და თვითნებურმა შიმშილმა შეიძლება გამოიწვიოს დეპრესია, შფოთვა, გაღიზიანებადობა - სიმპტომები, რომლებიც ხშირად შეინიშნება ქალებში, ვისაც კვებითი აშლილობა აქვთ და ზოგადად იმ ქალებში, რომლებიც მუდმივად იცავენ დიეტას.

მიუხედავად ბევრი მტკიცებულებისა, რომლებიც ეჭვქვეშ აყენებს ზოგად რწმენას დიეტის ეფექტურობისა და უსაფრთხოობის შესახებ, ის მაინც მრავალმილიონდოლარიან ინდუსტრიად რჩება.

1988 წელს შეერთებულ შტატებში წონის კლების პროდუქტებისა და მომსახურებების ღირებულება დაახლოებით 29 მილიარდ დოლარად შეფასდა. (ეს

ციფრი დაახლოებით თანაბარი იყო იმავე წელს განათლებაზე, სწავლებაზე, დასაქმებასა და სოციალურ კეთილდღეობაზე შეერთებული შტატების მთავრობის მიერ დახარჯული თანხების მთლიანი ოდენობისა). ეს მონაცემები აჩვენებს, რომ წონის დაკლების ინდუსტრია მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ძალას წარმოადგენს. 1988 წლის შემდეგ დიეტებსა და დიეტასთან დაკავშირებულ პროდუქტებზე დახარჯული თანხა განაგრძობდა ზრდას.

დიეტების ინდუსტრია თვითშენარჩუნებადია, რადგან გაყიდვადი პროდუქტი (დიეტა) არ მუშაობს, თუმცა ყველას სჯერა, რომ შემდეგი და უკეთესი დიეტა სასურველ შედეგს მოიტანს.

მიუხედავად იმისა, რომ წონის დაკლების დიეტა ეფექტური საშუალება არ არის წონის დასაკლებადა, ბევრისთვის ის თანამედროვე თვითგაჯანსაღების/თვითგაუმჯობესების და თვითგანწმენდის რიტუალად იქცა.

და, როგორც ნებისმიერი რიტუალი, დიეტასაც სჭირდება მითი, რომელიც მას მნიშვნელობას შესძენს. დიეტების ინდუსტრიის მთავარი მითი ისაა, რომ გამხდარი ადამიანები უკეთესები არიან, ვიდრე მსუქნები – უფრო ლამაზები, ჯანმრთელები და ნებისყოფიანი.

ჩვენს კულტურაში არსებობს ზოგადი ვარაუდი, რომ სწორად შერჩეული დიეტისა და ვარჯიშის კომბინაციით, ნებისმიერს შეუძლია საკუთარი სხეულის ფორმების შეცვლა და „იდეალის“ მიღწევა.

ამასთან ერთად არსებობს შეხედულება, რომ თუ თქვენი სხეული არ შეესაბამება „იდეალს“, ეს იმიტომ ხდება, რომ არ გაქვთ სწორი ინფორმაცია, ნებისყოფა ან ორივე. იმდენად აშკარაა, რომ ადამიანთა უმრავლესობა, ვინც დიეტას იცავს, იბრუნებს იგივე წონას, რაც დაკარგა, რომ ჟურნალმა ნიუსვიკმა (Newsweek) დიეტას უწოდა „საუკუნის მარკეტინგული შესაძლებლობა.“

განურჩევლად იმისა, თუ რას წერენ ჟურნალები და რა დაპირებებს იძლევიან კლინიკები, ყველა სამეცნიერო მტკიცებულება ადასტურებს, რომ ეს სქემები არაეფექტურია. მიუხედავად იმისა, რომ თითქოს ადამიანები ხანმოკლე პერიოდში იკლებენ წონაში, ისინი კვლავ იბრუნებენ მას. სასწაულებრივი დიეტა არასოდეს იარსებებს.

საუკეთესო გამოსავალი იქნება დაბალანსებული საკვების მიღება, შიმშილის ნიშნების (არა ემოციების) საპასუხოდ ჭამა, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვა და თქვენი სხეულის მიღება ისეთად, როგორიც არის.

გაწმენდის არაეფექტურობა

გამწმენდები

გაწმენდა მოიცავს იმ გზებს, რომლებითაც კვებითი აშლილობების მქონე ზოგიერთი ქალი ცდილობს გათავისუფლდეს საკვებისგან, რათა თავიდან აირიდოს წონის მომატება. ზოგიერთი ქალი პირდებიანბას მიმართავს ან ზედმეტად ვარჯიშობს (მეტს, ვიდრე საჭიროა ფორმისა და ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად) ან ზღუდავს საკვების მიღებას. ზოგი კი იღებს სხვადასხვა პრეპარატს, რომლებიც, მათი აზრით, წონაში დააკლებინებთ ან უფრო გამხდარს გამოაჩენთ. ნივთიერებები, რომლებიც ემსახურება წონის დაკლების მიზნით გაწმენდას, სახელდება გამწმენდ საშუალებებად. ეს მოიცავს წამლებს, რომლებიც იწვევს ღებინებას (ემეტიკები), შარდვას (დიურეტიკები) და დიარეას (ლაქსატივები).

დიურეტიკები

დიურეტიკები არის ნივთიერებები, რომლებიც იწვევს შარდვის გაძლიერებას. დიურეტიკების უმეტესობა არის ტაბლეტები, რომლებიც ან ექიმის რეცეპტით ინიშნება, ან ხელმისაწვდომია აფთიაქებში რეცეპტის გარეშე. ზოგიერთ სხვა ნივთიერებას, როგორიცაა კოფეინი, ასევე გააჩნია დიურეტიკული ეფექტი. მიიჩნევა, რომ კვებითი დარღვევების მქონე ქალების დაახლოებით ერთ მესამედს ოდესმე გამოუყენებია დიურეტიკები, ხოლო მცირე ნაწილი იყენებს მათ ყოველდღიურად (დაახლოებით 1%). ზოგადად, ეს ქალები იყენებენ შარდმდენ საშუალებებს, რათა ხელი შეუშალონ წონის მატებას, რომელიც მენსტრუაციის წინა პერიოდში სითხის შეკავებით არის გამოწვეული.

შარდმდენ საშუალებებს არ აქვთ არანაირი გავლენა კალორიების, სხეულის ცხიმის ან მასის შემცირებაზე. იკარგება მხოლოდ წყალი, რაც იწვევს ელექტროლიტების ბალანსის ცვლილებას ორგანიზმში. შარდმდენი საშუალებების განმეორებითმა გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს სერიოზული სამედიცინო პრობლემები, მათ შორის, გულთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლებიც ელექტროლიტების დისბალანსთან არის დაკავშირებული. კოფეინის ჭარბმა მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს მოუსვენრობა, უძილობა, გაღიზიანება, შფოთვა, გასტროენტეროლოგიური პრობლემები, ასევე შარდვის გახშირება.

თუ შარდმდენ საშუალებებს რეგულარულად იყენებთ, შესაძლოა, საჭირო ეფექტის მისაღწევად წამლის უფრო დიდი რაოდენობა დაგჭირდეთ (ტოლერანტობა). მათმა რეგულარულმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს წყლის ხანგრძლივად შეკავება, მაშინაც კი, როცა შეწყვეტთ დიურეტიკების მიღებას.

ემეტიკები

ემეტიკები არის ნივთიერებები, რომლებიც პირღებინების გამოსაწვევად მიიღება. ემეტიკები რეკომენდებულია პირღებინების გამოსაწვევად იმ შემთხვევაში, თუ ვინმეს რაიმე სახის მომწამლავი ნივთიერება აქვს გადაყლაპული. მიუხედავად ამისა, მიიჩნევა, რომ კვებითი აშლილობების მქონე ქალების დაახლოებით 30%-ს გამოუყენებია გარკვეულ პერიოდში ემეტიკები პირღებინების გასაადვილებლად ან გამოსაწვევად.

ზოგიერთი ემეტიკის ორგანიზმიდან გამოსვლას ხანგრძლივი პერიოდი სჭირდება, ასე რომ წამალი გროვდება ორგანიზმში. ეს განსაკუთრებით მაშინ ხდება, თუ რეგულარულად იღებდით ემეტიკებს, რადგან შეიძლება განვითარდეს ტოლერანტობა (პირღებინება ხდება უფრო რთული და შესაძლოა მეტი პრეპარატი იყოს საჭირო პირღებინების გამოსაწვევად). ეს უკიდურესად საშიშია, რადგან აღნიშნული წამლები ძალიან ტოქსიკურია, თუ გარკვეულ დოზას გადასცდა. ემეტიკებით გამოწვეული გულისრევისა და პირღებინების გარდა, სამედიცინო გართულებები მოიცავს გასტროენტეროლოგიურ პრობლემებს, როგორებიცაა, სისხლიანი ფაღარათი, კუნთების სისუსტე, გულისცემის აჩქარება, გულმკერდის ტკივილი, ქოშინი, დაბალი არტერიული წნევა, არარეგულარული გულისცემა და გულის გაჩერება (გულის უკმარისობა).

ლაქსატივები

ლაქსატივები არის ნივთიერებები, რომლებიც ნაწლავიდან ათავისუფლებს საკვებ ნივთიერებებს განავალის მოცულობის გაზრდით ან საკვების გავლის აჩქარებით ნაწლავებში. ზოგიერთი ლაქსატივი მოქმედებს კუნთების აქტივობის გაზრდით, რაც ხელს უწყობს ნაწლავებში საჭმლის უფრო სწრაფად მოძრაობას, სხვა ლაქსატივები განავალს ზეთით ფარავს, მას არბილებს ან ზრდის მასში წყლის ან ბოჭკოს რაოდენობას, რაც განავალს უფრო სწრაფ გადაადგილებაში ეხმარება.

კვებითი აშლილობის მქონე ბევრი ქალი იყენებს ლაქსატივებს, რადგან მიაჩნიათ, რომ ლაქსატივები ამცირებს კვების ან ჭარბი ჭამის ეფექტს და ეხმარება მათ წონის დაკლებაში. კვლევები აჩვენებს, რომ ბულიმიის მქონე ქალთა 38%-დან 75%-მდე მოიხმარს ლაქსატივებს.

კვებითი აშლილობების მქონე ქალები აღნიშნავენ, რომ ისინი იყენებენ ლაქსატივებს იმ რწმენით, რომ ეს მიღებული საკვების ორგანიზმიდან გამოდევნას უწყობს ხელს. თუმცადა, კვლევები ამ მოსაზრებას არ ადასტურებენ. ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ლაქსატივების გამოყენების შემდეგ მონელებული კალორიების რაოდენობა 10%-ზე ნაკლებით მცირდება, მიუხედავად იმისა, რომ დიარეის დიდი რაოდენობა (4-6 ლიტრი) წარმოიქმნება. ეს ძირითადად იმის გამო ხდება, რომ იკარგება წყალი (ღირებულ ელექტროლიტებთან ერთად) და არა კალორიები და ვინაიდან ლაქსატივები ძირითადად მსხვილი ნაწლავის დაცლაზე მოქმედებენ, ამ დროისათვის კალორიები საჭმლიდან უკვე შთანთქმულია წვრილი ნაწლავის მიერ.

ლაქსატივების რეგულარულმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო პრობლემები, მათ შორის, განმეორებითი დიარეა, სისუსტე, მუცლის ტკივილი,

გულისრევა, პირღებინება, გაუწყლოვნება, ელექტროლიტების დისბალანსი (განსაკუთრებით, კალიუმის დაბალი დონე), თითების გასქელება ან შეშუპება, კანისა და გულის პრობლემები. ლაქსატივების რეგულარული გამოყენებით მიმდინარე პრობლემების უმრავლესობა დიდი ალბათობით გამოწვეულია ქრონიკული დეჰიდრატაციით. დეჰიდრატაცია ხდება იმის გამო, რომ ლაქსატივების მთავარი ეფექტი არის დიარეის გამოწვევა, რაც უბრალოდ გულისხმობს განავალში წყლის რაოდენობის გაზრდას. დეჰიდრატაციას ბევრი გვერდითი ეფექტი აქვს, მათ შორის, თავბრუსხვევა და სინკოპე, ქრონიკული დაღლილობა, დაბნეულობა, სხეულის ტემპერატურის მომატება, თირკმელების უკმარისობა და მძიმე შემთხვევებში – სიკვდილი.

ლაქსატივების რეგულარული გამოყენება შეიძლება ასევე ნიშნავდეს იმას, რომ იგივე ეფექტის მისაღწევად ლაქსატივების უფრო დიდი რაოდენობა იქნება საჭირო (ტოლერანტობა).

ზოგჯერ ქალები, რომლებიც ზედმეტად დიდხანს მოიხმარენ ლაქსატივებს, კარგავენ ნაწლავების ნორმალური ფუნქციონირების უნარს ლაქსატივების გარეშე, რადგან ლაქსატივები ასევე გავლენას ახდენენ ნერვებზე, რომლებიც ნაწლავების კუნთების შეკუმშვას იწვევს. ასეთ შემთხვევებში საჭირო ხდება სპეციალიზებული რეაბილიტაცია, ხოლო ზოგჯერ ქირურგიული ჩარევა, რათა აღდგეს კუნთების ფუნქციონირება.

ამასთან ერთად, არსებობს გვერდითი ეფექტები, რომლებიც ჩნდება მაშინ, როდესაც ცდილობ ლაქსატივების გამოყენების შეწყვეტას. ეს მოიცავს წყლის შეკავებას, ყაზობას, შფოთვის მომატებას (უკიდურეს ზღვარზე ყოფნის განცდას, განრისხებას, გაღიზიანებადობას, დამაბულობას, სიბრაზეს) და ლაქსატივების მიღების ძლიერ სურვილს („ლტოლვას“). მიუხედავად იმისა, რომ ეს გვერდითი ეფექტები თავიდან არაკომფორტული და დისტრესულია, ხანმოკლე პერიოდის შემდეგ (ჩვეულებრივ დაახლოებით 2 კვირაში) თქვენი სხეული ეჩვევა ლაქსატივების გარეშე ცხოვრებას და გვერდითი ეფექტები შემცირდება.

მადის დამთრგუნველი საშუალებები

მადის დამთრგუნველი საშუალებები (მათ შორის დიეტური აბები და სხვა მედიკამენტები) ხშირად გამოიყენება კვებითი აშლილობების მქონე ქალების მიერ, რათა დათრგუნონ მადი და შეძლონ ნაკლები იკვებონ წონის დაკლების იმედით. ეს ნივთიერებები შეიძლება იყოს რეცეპტით გაცემული პრეპარატები, ან ურეცეპტოდ გაცემული აბები ან მედიკამენტები, ან ჩვეულებრივი ნივთიერებები, როგორებიცაა კოფეინი. კვლევები აჩვენებს, რომ კვებითი აშლილობების მქონე ქალების ერთი-მეოთხედიდან ნახევრამდე, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში იყენებდნენ მადის დამთრგუნველ საშუალებებს. არსებობს ძალიან ცოტა მტკიცებულება იმისა, რომ მადის დამთრგუნველი საშუალებები მართლაც იწვევს წონის კლებას დროთა განმავლობაში.

გარდა ამისა, ზოგიერთმა მადის დამთრგუნველმა საშუალებამ შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული სამედიცინო პრობლემები, მათ შორის სისხლის არტერიული წნევის მომატება, კრუნჩხვა, სისხლდენა ტვინში, გულის რიტმის დარღვევა, რესპირატორული პრობლემები და ფსიქოზი. ეს ეფექტები შეიძლება კიდევ უფრო გამწვავდეს, თუ გარკვეული მადის დამთრგუნველი საშუალებები მიიღება სხვა ნივთიერებებთან, მათ შორის, კოფეინთან ერთად.

არაჯანსაღი/უწესრიგო კვების ციკლი

ადრე სჯეროდათ, რომ ნერვული ბულიმიის მქონე ადამიანებს ჰქონდათ უკონტროლო კვების აშლილობა და ისინი დიეტას იცავდნენ, რათა თავიდან აეცილებინათ უკონტროლო კვების შედეგები. მართალია, ადამიანები უკონტროლო კვების შემდეგ ხანდახან შიმშილობდნენ, თუმცადა, ახლა უკვე ნათელია, რომ დიეტა წინ უსწრებს და, ხშირ შემთხვევაში, უკონტროლო კვების ძირითადი მიზეზია. ფიზიოლოგიურად ლოგიკურია, რომ უკონტროლო კვება არის ერთ-ერთი გზა, რომლითაც სხეულს შეუძლია მიიღოს საკვები, თუ ის შიმშილობდა. ერთი საერთო მახასიათებელი, რასაც იზიარებს ნერვული ანორექსიის ან ბულიმიის მქონე ადამიანების უმრავლესობა, არის ის, რომ მათ აქვთ უკიდურესი დიეტის ისტორია.

ერთ-ერთი გზა, რომლითაც დიეტა იწვევს უკონტროლო კვებას, არის ორგანიზმში დეპრივაციის მდგომარეობის ჩამოყალიბება. ორგანიზმს მხოლოდ გარკვეული დროის განმავლობაში შეუძლია აიტანოს ძირითადი ნუტრიენტების ნაკლებობა, შემდეგ კი ის პროტესტს გამოხატავს და უზომოდ იკვებება, რათა იმის კომპენსირება მოახდინოს, რაც დააკლდა. უკონტროლო კვების განვითარების ხანგრძლივობა ვარირებს. ზოგიერთ ადამიანს წლების განმავლობაში აქვს კვების შეზღუდვითი პატერნი, სანამ უკონტროლო კვების აშლილობა განუვითარდება. თუმცა, ზოგიერთი შეფასებით, შეზღუდვითი ტიპის ნერვული ანორექსიის მქონე ქალების დაახლოებით 50%-ს საბოლოოდ ბულიმია უვითარდება.

ზოგად პოპულაციაში, ქალებს, რომლებიც დიეტას იცავენ, უფრო მეტად უვითარდებათ უკონტროლო კვების ეპიზოდები. აღმოჩნდა, რომ ის ადამიანებიც კი, ვინც დიეტას იცავს, მაგრამ კვებითი აშლილობა არ აქვს, დიეტის დაცვის შემდეგომ პერიოდში მიდრეკილნი ხდებიან უზომო რაოდენობით ჭამისკენ (ან ჭამენ იმ საკვებს, რომელიც დიეტაში აკრძალული იყო). ეს, ჩვეულებრივ, ქრება მას შემდეგ, რაც ისინი საკუთარ თავს ამ საკვების ნორმალური რაოდენობით ჭამის უფლებას აძლევენ.

ქრონიკული დიეტა, ასევე, ართულებს ინდივიდისთვის სხეულის ჯანსაღი წონის შენარჩუნებას, რადგან ის რეალურად ცვლის მეტაბოლიზმს. ზოგიერთი ადამიანი დიეტის დროს აღმოაჩენს, რომ სხეული წინააღმდეგობას უწევს ბოლო რამდენიმე

კილოგრამის დაკლებას. ეს არის ძლიერი მაჩვენებელი იმისა, რომ არ უნდა დაიკლოთ ეს რამდენიმე კილოგრამი.

ერთ-ერთ კვლევაში, ჭარბი წონის მქონე პირებს 15-დღიანი უაღრესად შეზღუდული 220 კალორიანი ცილოვანი დიეტა დაუნიშნეს. დეპრივაციის ამგვარ მნიშვნელოვან დონეზე კი, ისინი დღეში მხოლოდ საშუალოდ 170 გ ცხიმს კარგავდნენ. ასეთი შედეგებით მოკლე პერიოდის ნახევრადშიმშილის შემდეგაც კი მნიშვნელოვანი მეტაბოლური ცვლილებები მოხდა. ორი კვირის თავზე მეტაბოლური მაჩვენებელი დღეში თითქმის 1%-ით შემცირდა, რასაც თან ახლდა ენერგიის ხარჯვის ჯამური შემცირება 12%-დან 17%-მდე.

არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ საკვების ამგვარი გაზრდილი ეფექტურობა შეიძლება არ იყოს მხოლოდ რეაქცია კალორიების შემცირებაზე. ვირთხებში მეტაბოლიზმის დონე შიმშილის ხანგრძლივობის პროგრესირებასთან ერთად კიდევ უფრო ნელდება. ამრიგად, ფიქსირებული წონის კლების დიეტაზე ყოფნისას, სადაც კალორიების მიღება დღეში 2000-დან 1500 კალორიამდე მცირდება, დაკლებული წონის რაოდენობა ყოველთვიურად ნახევრდება. თუ სხეულმა იცის, რომ მან მცირე ულუფებზე უნდა იარსებოს, ის ანელებს მეტაბოლიზმის დონეს, რათა უფრო ქმედითუნარიანი გახდეს. ეს ჰგავს იმ პროცესს, რაც ხდება ცხოველებში, რომლებიც მთელ ზამთარს ძილში ატარებენ. დიეტა მეტაბოლიზმის პროცესს და, შესაბამისად, აქტივობის დროს დახარჯული ენერგიის რაოდენობას საგრძნობლად ამცირებს (15-30%-ით). ეს კომპენსაცია ინდივიდის სხეულის ზომისგან დამოუკიდებლად გვხვდება.

მტკიცებულებები მიუთითებენ იმაზე, რომ არამხოლოდ დიეტის ხანგრძლივობა ცვლის კალორიების/ცხიმის დაწვის ეფექტურობას, არამედ დიეტის დაცვას და დაუცველობას შორის ციკლური ცვლაც. როგორც ჩანს, ყოველი ახალი დიეტის დროს, წონა უფრო ნელა იკლებს და მოგვიანებით, უფრო ადვილად იმატებს. საკვების მიღების შეზღუდვის განმეორებითი მცდელობებისას, მეტაბოლიზმის დონის აღდგენას მეტი დრო სჭირდება. გარდა ამისა, მეტაბოლიზმის დონე უფრო ადვილად იწვეს დაბლა დიეტაზე დაბრუნებისას. ორგანიზმი საკვების მიღების მკვეთრ რყევებზე რეაგირებას დეპრივაციის მომდევნო ციკლის უფრო სწრაფად კომპენსირებით ახერხებს.

ყველაფერ ამას მნიშვნელოვანი წილი შეაქვს უკონტროლო კვების ციკლის შედეგების გააზრებაში. დიდი ალბათობით ახალი დიეტის დაწყებისას ყოველ ჯერზე წონის დაკლება სულ უფრო რთული ხდება და უკონტროლო კვების დროს მიღებული კალორიები ნაკლებად იწვება როგორც ენერგია, არამედ ორგანიზმი მათ დაუყონებლივ ინახავს ცხიმის სახით. მეტაბოლიზმი შესაძლოა დარჩეს დათრგუნული, რადგან მას არ აქვს აღდგენის რეალური შესაძლებლობა.

წონის კლების დიეტის შემდეგ, მეტაბოლიზმის პროცესის შენელება უფრო მოსალოდნელს ხდის, რომ ინდივიდი ნორმალურ კვებაზე დაბრუნებით წონაში მოიმატებს, რადგან ორგანიზმი ენერგიის უფრო ეფექტურად გამოყენებას ცდილობდა და, შესაბამისად, მიჩვეულია მცირე რაოდენობით საკვების მიღებით გადარჩენას. ეს წონის მატება ხშირად იწვევს პანიკას და კვების შეზღუდულ რეჟიმში დაბრუნებას. ხშირად ეს ხდება მანკიერი წრე. თუმცა, მეტაბოლიზმის პროცესის ნორმალურად

დაბრუნების ერთადერთი გზა ნორმალური საკვების პორციების მიღება და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვაა, რაც ასევე ფიზიკური აქტივობის შესაბამის დონეს მოიცავს.

პირღებინება და საფადარათო საშუალებები ხშირად გამოიყენება, როგორც "ჭარბი კვების" შემდეგ კონტროლის აღდგენის გზა. ამ პრაქტიკის შედეგად კონტროლი კიდევ უფრო უარესდება, რადგან ისინი „ლეგიტიმაციას უკეთებენ“ ჭარბ კვებას („არაუშავს თუ ბევრს შევჭამ, რადგან შემდეგ შემიძლია თავიდან მოვიშორო ეს ყველაფერი“). მათ აგრეთვე შეუძლიათ ფიზიკურ შვებას შეუწყონ ხელი უკონტროლო კვების შედეგად სისავსის შეგრძნებისას და ამ დროს ადამიანმა შეიძლება საბოლოოდ ჩათვალოს, რომ იმისათვის, რომ შვება იგრძნოს, ყოველი ჭამის შემდეგ ან დღის ბოლოს ღებინება ან საფადარათო საშუალებების მოხმარება სჭირდება. მიუხედავად იმისა, რომ საწყის ეტაპზე მან შეიძლება გაწმენდის გზით წონაში დაიკლოს, ეს ძირითადად დროებითია (და ხშირად დაკავშირებულია სხეულში წყლის ბალანსთან; იხილეთ მოდული „რას გეუბნებათ სასწორი“), და მთელი ეს წონა, და ზოგჯერ უფრო მეტიც, უკან დაბრუნდება გაწმენდის საშუალებების არაეფექტურობის გამო და იმის გამო, რომ უკონტროლო კვების და გაწმენდის „ციკლი“ იქმნება. მიუხედავად იმისა, რომ ღებინება არასასურველი საკვების (რამაც შესაძლოა წონაში მატება გამოიწვიოს) მოშორების მოკლევადიან პრობლემას „აგვარებს“, ის ვერ აჩერებს შიმშილს და ხშირად შედეგად უკონტროლო კვებას ვიღებთ.

უკონტროლო კვების-პირღებინების ციკლი, ჩვეულებრივ, მატულობს და არცთუ იშვიათად ინდივიდი დეპრესიაში ვარდება იმის გააზრებით, რომ უკონტროლო კვება და ღებინება ყოველდღიურად ბევრ დროს იკავებს და ხელს უშლის მას მრავალი სხვა პროდუქტიული ან სასიამოვნო აქტივობის შესრულებაში. ხშირად საკვების ხარჯი ფინანსური ტვირთი ხდება, ხოლო ელექტროლიტების დარღვევის საშიშროება - ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი რისკი. ღებინება ასევე შეიძლება არაეფექტური იყოს, მთელი საკვები კუჭიდან ვერ ამოიღოს. ეს შეიძლება ნიშნავდეს, რომ ხშირმა უკონტროლო კვებამ და ღებინებამ შეიძლება წონის მატება გამოიწვიოს.

საფადარათო საშუალებების მიღება ასევე შეიძლება ამ ციკლის ნაწილი იყოს. საფადარათო საშუალებების რეგულარულმა გამოყენებამ შეიძლება მათზე ფიზიოლოგიური დამოკიდებულება გამოიწვიოს. ეს შეიძლება იმის გამო ხდებოდეს, რომ ნაწლავის კუნთების ნორმალური შეკუმშვის უნარი საფადარათო საშუალებების განმეორებითი გამოყენების გამო ქვეითდება კუჭ-ნაწლავის ნერვების დაზიანების გამო. შესაბამისად, საფადარათო საშუალებების გამოუყენებლობამ შეიძლება ძლიერი ყაზობა ან წყლის შეკავება გამოიწვიოს, ასე რომ საფადარათო საშუალებების მიღების გაგრძელება ერთადერთი გზა ხდება ნაწლავის "რეგულარული" მოქმედებისთვის. გარდა იმისა, რომ უკიდურესად საშიშია, საფადარათო საშუალებები კალორიების შეწოვის თავიდან ასაცილებლად სრულიად არაეფექტური მეთოდია.

ბიოლოგიური და გენეტიკური თეორიების როლი

წონის მდგომარეობასა და სხეულის ფორმაში

სხეულის „იდეალური“ ან „სასურველი“ ფორმის კულტურული განიპრობებულობის თეორიისაგან განსხვავებით, ბოლო კვლევებმა აჩვენა, რომ სხეულის რეალურ წონაზე ძლიერ გავლენას ახდენს გენეტიკური და ოჯახური ფაქტორები. ორი ტიპის კვლევამ განსაკუთრებული წვლილი შეიტანა იმის გააზრებაში, თუ სხეულის მახასიათებლები გენეტიკურად როგორ გადაიცემა. ერთი ტიპის კვლევამ გამოიკვლია დაბადებისას გაშვილებული ბავშვები. აღმოჩნდა, რომ ზრდასრული გაშვილებული პირების წონა მჭიდრო კავშირშია მათი ბიოლოგიური მშობლების წონასთან, ხოლო მათი გამზრდელი მშობლების წონასთან არსებითად არ არის დაკავშირებული. მეორე ტიპის კვლევამ გამოიკვლია ერთად ან ცალ-ცალკე გაზრდილი ტყუპები. ამ კვლევებმა აჩვენა, რომ ტყუპების წონა მჭიდრო კავშირში იყო, მიუხედავად იმ ოჯახების კვების პატერნებისა, რომლებშიც ისინი იზრდებოდნენ.

უკონტროლო კვების კვლევები ასევე აჩვენებს, რომ იდენტურ ტყუპებს სხეულის ცხიმის განაწილების საკმაოდ დაკავშირებული პატერნები აქვთ, რაც მნიშვნელოვან გენეტიკურ გავლენას ახდენს იმაზე, თუ სად (და რამდენი) სხეულის ცხიმი ნაწილდება.

განსაზღვრული წერტილის (Set Point) თეორია

ქვემოთ მოცემული ამონარიდი ბენეტისა და გურინის წიგნიდან „დიეტის მოყვარულთა დილემა: ნაკლები ჭამა და მეტი წონა“ განსაზღვრული წერტილის თეორიაზე დაყრდნობით აღწერს წონის რეგულირების მათ მოდელს.

„წონის კონტროლის შესახებ გავრცელებული წარმოდგენა სამ ძირითად დაშვებას ეფუძნება. პირველი – სხეულს ნამდვილად არ „აღარდებს“ რამდენი ცხიმი აქვს, ის უბრალოდ თითოეული კვების შემდეგ დარჩენილ ენერგიას ინახავს. მეორე – კვება მნიშვნელოვანი ქცევაა და საკვებთან დამოკიდებულება გადამწყვეტ როლს ასრულებს. ჭარბი წონის მქონე პირები აშკარად მეტს ჭამენ, ვიდრე ნორმალური წონის მქონეები. მესამე – ცნობიერი გონება თავად ახერხებს ენერგიის მიღებისა და ხარჯვის დაბალანსებას და, შესაბამისად, სასურველი წონის მიღწევას. სინამდვილეში, საკმაოდ მარტივია ამ დაშვებების მცდარობის დამტკიცება.

ალტერნატიული თეორია მიიჩნევს, რომ სხეულს ნამდვილად „აღარდებს“ საკუთარი წონა. თითოეულ ადამიანში არსებობს კონტროლის სისტემა, რომელიც კარნახობს, თუ რამდენი ცხიმი უნდა შეინარჩუნოს, ანუ ორგანიზმს აქვს ცხიმის რაოდენობის განსაზღვრული წერტილი. თერმოსტატი გავრცელებული განსაზღვრული

წერტილის მექანიზმის მაგალითია: ის განსაზღვრავს ოთახის ტემპერატურას, გამათბობელის ჩართვა-გამორთვით, რათა შენარჩუნდეს წინასწარ განსაზღვრული ტემპერატურა. სხეულის ცხიმის განსაზღვრული წერტილის კონტროლის მექანიზმი გაცილებით უფრო რთულია: ის ბევრად მეტ ინფორმაციას იღებს, ვიდრე თერმოსტატი, და მას აქვს შედეგის მიღების ერთზე მეტი გზა. თუმცა მისი ფუნქცია მსგავსია – ის აქტიურად ცდილობს შეინარჩუნოს განსაზღვრული რაოდენობის ცხიმი სხეულისთვის. ზოგიერთი ადამიანი დაბადებიდანვე უფრო მაღალი განსაზღვრულ წერტილის მატარებელია და აქვს მიდრეკილება ჭარბი წონისკენ, სხვები კი – დაბალი განსაზღვრული წერტილით გამოირჩევიან და ბუნებრივად გამხდრები არიან. ამ განსხვავებას არ განაპირობებს ნებისყოფა, იმპულსურობა ან თავშეკავება; ის გამომდინარეობს ორგანიზმის შინაგანი (და სავარაუდოდ თანდაყოლილი) რეგულაციის სისტემიდან, რომელიც სხვადასხვა ადამიანში განსხვავებულად ყალიბდება.

დიეტის დაცვა არის მცდელობა, დაიძლიოს სხეულის განსაზღვრული წერტილი. (ამავე პრინციპით, გამხდარი ადამიანი, რომელიც ზედმეტად ბევრს ჭამს წონის მომატების მიზნით, იმავენაირად იბრძვის). ეს თანასწორი ბრძოლა არ არის – განსაზღვრული წერტილი დაუღალავი „მოწინააღმდეგეა.“

ადამიანის ორგანიზმს აქვს გამორჩეული უნარი, შეეგუოს საკვების მიღების ცვლილებებს. ევოლუციური თვალსაზრისით, ეს სრულიად ლოგიკურია. ადამიანის ევოლუციის ასობით ათასი წლის განმავლობაში, გადარჩენისთვის მთავარი საფრთხე შიმშილი იყო. წარსულში საკვების ხელმისაწვდომობა გაცილებით ნაკლებად რეგულარული იყო, ვიდრე თანამედროვე საზოგადოებაში, სადაც სუპერმარკეტები და მზა საკვები ყველგან გვხვდება.

სხეულის წონა შინაგანად რომ არ იყოს დარეგულირებული, ბევრი ცოცხალი არსება საკვების დეფიციტის დროს დაიღუპებოდა. შიმშილის გავლენაზე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ორგანიზმზე არსებობს უკიდურესი ბიოლოგიური ზეწოლა, რათა შეინარჩუნოს შედარებით თანმიმდევრული სხეულის წონა.

საერთო ჯამში, ნორმალურ პირთა უმრავლესობას აქვს განსაკუთრებული რეზისტენტულობა წონის მატების ან კლების მიმართ. წონის ცვლილებებს მეტაბოლიზმის ადაპტაცია აბალანსებს, რომელიც შექმნილია სხეულის წონის წინასწორობის მდგომარეობის აღსადგენად.

მოშიმშილე ადამიანებში სხვადასხვა ცვლილებები აისახება ორგანიზმის ფიზიოლოგიური პროცესების საერთო შენელებაზე. ეს ცვლილებები მოიცავს სხეულის ტემპერატურის, გულისცემის, სუნთქვისა და ნორმალური მეტაბოლიზმის დაქვეითებას. ნორმალური მეტაბოლიზმის დონე არის ენერგიის ის რაოდენობა, რომელიც ორგანიზმს დასვენებულ მდგომარეობაში ესაჭიროება ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესების განსახორციელებლად. ეს პროცესები მოიცავს ტვინისა და ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ფილტვებისა და სასუნთქი სისტემის, ასევე ყველა სხვა ძირითადი ორგანოს ნორმალურ ფუნქციონირებას.

ნორმალური მეტაბოლიზმი სხეულის საერთო ენერგიის მოთხოვნილების დაახლოებით ორ მესამედს შეადგენს, ხოლო დანარჩენი ენერგია ფიზიკური აქტივობის დროს იხარჯება. ნორმალური მეტაბოლიზმის დაქვეითება ცნობილია, როგორც ჰიპომეტაბოლიზმი (დაბალი მეტაბოლიზმი), რომლის გვერდითი მოვლენაა წონის მატება, რაც ენერგიის უფრო ეფექტურად გამოყენების გზით ხდება. მეცნიერები ჯერ კიდევ კამათობენ იმის თაობაზე, თუ ზუსტად როგორ ხდება სხეულის წონის ასეთი დაცვა. თუმცა, მრავალი სამეცნიერო მტკიცებულება მიუთითებს ჩვენი სხეულის ტენდენციაზე, "დაიცვას" ფიზიოლოგიურად დაპროგრამებული წონის დონე, რომელსაც "განსაზღვრული წერტილი" ეწოდება. ეს წინასწარ განსაზღვრული წონა არანაირ კავშირში არაა ესთეტიკურ ან კულტურულ შეხედულებებთან, რომლებიც დროთა განმავლობაში შეიძლება შეიცვალოს.

განსაზღვრული წერტილის თეორიის მხარდამჭერი მტკიცებულებები, ასევე, მომდინარეობს სხეულის წონის შედარებით ხანგრძლივი სტაბილურობის და მუდმივი წონის დაკლებისადმი მდგრადი/რეზისტენტული დაკვირვებებიდან. მზარდი აღიარება მოიპოვა იმ ფაქტმა, რომ მიუხედავად ყოველდღიური კალორიების მიღების მნიშვნელოვანი ცვალებადობისა, სხეულის წონა დროთა განმავლობაში გასაოცარ სტაბილურობას ინარჩუნებს. ბევრ ადამიანს შეუძლია შეინარჩუნოს შედარებით მუდმივი წონა საკვების მიღებისა და ენერგიის ხარჯვის განსაკუთრებული კონტროლის გარეშე. მაგალითად, ჰოლიფილდმა აღნიშნა, რომ „აქტიური ადამიანი, რომელიც 20 წლის განმავლობაში ერთსა და იმავე წონას ინარჩუნებს, აუცილებლად განსაკუთრებული სიზუსტით უნდა აბალანსებდეს საკვების მიღებასა და ენერგიის ხარჯვას.“ მიუხედავად ყოველდღიური ენერგიის მიღების ცვალებადობისა, წონის რეგულირებაზე პასუხისმგებელი მექანიზმები უკიდურესად ზუსტია. მაგალითად, შინაგანი მეტაბოლიზმის რეგულირების გარეშე, რომელიც განსაზღვრული წერტილის იცავს, წელიწადში სულ რაღაც 100 კალორით მეტის მიღება (ან ნაკლების ხარჯვა) საკმარისი იქნებოდა 4.5 კგ-ის მოსამატებლად. ცხადია, რომ საკვების მიღებისა და ენერგიის ხარჯვის შორის სხვაობა ხშირად გაცილებით დიდია, თუმცა სხეულის წონა მაინც საოცრად სტაბილურია. გარდა ნორმალური მეტაბოლიზმის შემცირებისა, შიმშილისას ორგანიზმი ფიზიკურ აქტივობასაც ამცირებს. დაღლილობის, სისუსტის, აპათიისა და ენერგიის ნაკლებობის განცდა იწვევს აქტივობის დონის შემცირებას და შესაბამისად, ენერგიის ნაკლებ ხარჯვას, რაც ასევე ხელს უწყობს განსაზღვრული წერტილის დაცვას.

შიმშილის კვლევები ცხადყოფს, რომ მშვიერი ინდივიდი უფრო მეტად ფოკუსირდება საკვებზე. სხვა აქტივობები, რომლებიც სახეობების გადარჩენისთვის მნიშვნელოვანია (მაგალითად, სოციალური და სექსუალური ფუნქციონირება), ნაკლებ პრიორიტეტული ხდება, რადგან გადარჩენისთვის საკვების დაუყოვნებლივ მიღება აუცილებელია. საკვებზე და კვებაზე გაზრდილი ფოკუსირება ზრდის ინდივიდის მიერ დამატებითი საკვების მოპოვების ალბათობას, რაც, საბოლოოდ, ხელს უწყობს ჯანმრთელი სხეულის წონის შენარჩუნებას.

ცხოველებზე ჩატარებული უახლესი კვლევები მიუთითებს, რომ გენეტიკურად ჭარბი წონის მქონე ვირთხების საკვების მიღების შეზღუდვა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში – ისე, რომ მათ მხოლოდ იმდენი ეჭამათ, რამდენსაც მათი ბუნებრივად გამხდარი და-ძმები ჭამდნენ – სხეულის წონას ნორმალიზებას უწყობს ხელს, თუმცა ეს სიცოცხლისთვის აუცილებელი ორგანოების ხარჯზე ხდება და არა ცხიმოვანი მასის შემცირების გზით. კვლევებმა აჩვენა, რომ შეზღუდულ კვებაზე მყოფი ჭარბი წონის მქონე ვირთხების ტვინის, თირკმელების, ღვიძლისა და კუნთების მასა მნიშვნელოვნად შემცირდა. ასევე აღმოჩნდა, რომ ახალგაზრდა ჭარბი წონის მქონე ვირთხებში საკვების შეზღუდვამ მოგვიანებით მათი სიმსუქნის მდგომარეობა გააუარესა. ანალოგიურად, ბარიატრიულმა ოპერაციამ (intestinal bypass surgery) ბუნებრივად მსუქანი ვირთხების სხეულის წონა თითქმის მათი გენეტიკურად გამხდარი და-ძმების დონემდე დაიყვანა, თუმცა კვლავ სიცოცხლისთვის აუცილებელი ორგანოების მასის შემცირების ხარჯზე. ცხიმოვანი ქსოვილის შენარჩუნება ტვინის, ღვიძლის, თირკმელებისა და კუნთების შემცირების მიუხედავად მიუთითებს იმაზე, რომ ორგანიზმს აქვს ძლიერი ბიოლოგიური დაცვის მექანიზმი ცხიმის შესანარჩუნებლად.

რამდენიმე კვლევამ, მათ შორის ქისის (Keys) ექსპერიმენტმა შიმშილის შედეგებზე, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 36-მა მამაკაცმა (იხილეთ მოდული, შიმშილის შედეგები), აჩვენა, რომ ნორმალური ადამიანების უმეტესობა ავლენს ძლიერ რეზისტენტობას წონის დაკლების მიმართ. როდესაც წონის კლება ხდება, მას თან ახლავს მრავალი არასასურველი გვერდითი მოვლენა, მათ შორის მნიშვნელოვანი ფიზიკური, ემოციური, სოციალური და სექსუალური ცვლილებები. ამავ დროს, კვლევა ცხადყოფს, რომ ადამიანის ორგანიზმს თავად ესაჭიროება გარკვეული რაოდენობის ცხიმოვანი ქსოვილი. ექვსი თვის განმავლობაში ექსპერიმენტის მონაწილეები მკაცრ დიეტას იცავდნენ, რის შედეგადაც მათი წონა საგრძნობლად შემცირდა. როდესაც მათ უფლება მიეცათ ეჭამათ იმდენი, რამდენიც სურდათ, მათ დაიწყეს მუდმივი ჭამა, მაგრამ შიმშილს მაინც განიცდიდნენ. მხოლოდ მაშინ, როდესაც მონაწილეებმა აღიდგინეს თავდაპირველი ცხიმის დონე – მიუხედავად იმისა, რომ კუნთოვანი მასა ჯერ კიდევ საგრძნობლად შემცირებული იყო – მათ გაუნელდათ გადაჭარბებული ჭამის სურვილი. ეს დაკვირვება ვარაუდობს, რომ ცხიმოვანი ქსოვილის ნაკლებობა იყო შიმშილისა და დისკომფორტის მთავარი მიზეზი – ორგანიზმი ცნობდა ამ დანაკლისს და ცდილობდა მის სწრაფად აღდგენას. მძიმე შეზღუდვები და შიმშილი არღვევს სხეულის ცხიმისა და კუნთოვანი მასის ბალანსს, მაგრამ დროთა განმავლობაში, საკმარისი საკვების მიღებით, ეს ბალანსი აღდგება. შიმშილობის დროს ფსიქოლოგიური დისტრესი, ძირითადად, გამოწვეულია იმით, რომ სხეული კარგავს ცხიმს ორგანიზმში ცხიმის მარაგის შემცირებით განსაზღვრულ ნიშნულამდე. დისტრესი იხსნება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ორგანიზმი სრულად აღადგენს ცხიმოვან მარაგს – არა უბრალოდ რამდენიმე დიდი ულუფის ჭამით, არამედ ცხიმის დაკარგული დონის დაბრუნებით.

სამოციანი წლების შუა ხანებში ეთან სიმსმა ჩაატარა მსგავსი კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა ჭარბ წონასა და დიაბეტს შორის კავშირის შესწავლას. მისი კვლევა მიზნად ისახავდა გამხდარი ადამიანების ჯგუფის პოვნას, რომელთაც დროებით გასუქება შეეძლოთ, რათა მათზე ინტენსიური დაკვირვება ჩატარებინა. შემდეგი ამონარიდი ბენეტისა და გურინის წიგნიდან განსაზღვრული წერტილის თეორიაზე სიმსის კვლევას ასე აღწერს:

„სიმსმა ექსპერიმენტი უნივერსიტეტის ოთხი სტუდენტით დაიწყო, რომლებმაც ნებაყოფლობით გადაწყვიტეს გაერკვიათ, შეძლებდნენ თუ არა სხეულის ნორმალური წონის 20%-ით მომატებას მიზანმიმართული უკონტროლო კვებით. სტუდენტები დიდი რაოდენობით საკვებს ჭამდნენ, თუმცა ამავე დროს აგრძელებდნენ სწავლასა და ყოველდღიურ აქტივობებში მონაწილეობას. გასაკვირია, რომ ბევრს გაუჭირდა ნორმალურ წონაზე 10%-ით მომატებაც კი. როგორც სიმსი წერდა, „ეს იყო პირველი აღმოჩენა, რომელმაც დაგვანახა, რომ ახალგაზრდებში ჭარბი წონა შესაძლოა უბრალოდ ჭარბი კვების ქცევითი პრობლემა არ იყოს... ჩვენთვის აშკარა გახდა, რომ ნორმალური წონის ახალგაზრდა ადამიანებისთვის გასუქება ფაქტობრივად სრულ განაკვეთზე სამუშაოდ იქცა.“

სიმსის წარუმატებელმა ექსპერიმენტმა სტუდენტებთან, რაც შემდგომმა კვლევებმაც დაადასტურა, თავიდანვე ცხადყო, რომ წონის მატება ან კლება მხოლოდ მიღებული კალორიების რაოდენობით ვერ აიხსნება. მიუხედავად იმისა, რას გვეუბნებოდნენ ბოლო წლებში (თუმცა დიდი ხნის ხალხური სიბრძნის შესაბამისად), სრულიად შესაძლებელია, რომ ზოგმა ადამიანმა ბევრი ჭამოს და მაინც არ მოიმატოს წონაში, მაშინ როცა სხვები მცირე რაოდენობით საკვებს იღებენ და მაინც იმატებენ წონაში. ეს ფაქტი თავისთავად საინტერესო იყო, მაგრამ ამან სიმსის კვლევას პრობლემაც შეუქმნა – სად უნდა მოეძებნა ადამიანთა ისეთი ჯგუფი, რომლებსაც ექსპერიმენტისთვის წონას მოამატებინებდა, რათა ისინი ბუნებრივად ჭარბი წონის მქონე ადამიანებთან შეედარებინა?

სიმსს სჭირდებოდა გამხდარი ახალგაზრდა მამაკაცების ჯგუფი, რომელთაც ოჯახურ ანამნეზში არ ჰქონდათ ჭარბი წონა და რომელთა ცხოვრების სტილიც საკმარისად მშვიდი და შეზღუდული იყო, რათა ჭარბი კვების პარალელურად ფიზიკურად ნაკლებად აქტიურები ყოფილიყვნენ. ბერები ან პატიმრები შესაძლოა იდეალური კანდიდატები ყოფილიყვნენ, თუმცა თანამედროვე სამყაროში ციხის პოვნა მონასტერზე უფრო ადვილია. 1964 წელს სიმსმა ვერმონტის შტატის ციხის ზედამხედველს, რობერტ ჯ. სმიტს, მიმართა წინადადებით, რომ პატიმრებზე ნებაყოფლობითი ჭარბი კვების ექსპერიმენტი ჩატარებინა. სმიტმა გადაწყვიტა, რომ ეს გამოცდილება შესაძლოა პატიმრებისთვის სასარგებლოც კი ყოფილიყო, ამიტომ ექსპერიმენტს დათანხმდა. ციხის საავადმყოფოს ტერიტორიაზე გამოყვეს პატარა კვლევითი განყოფილება, რომელიც მოიცავდა დასვენების ოთახს, სასადილოსა და სამზარეულოს.

პატიმართა ჯგუფებს, რომლებიც ნებაყოფლობით მონაწილეობდნენ ექსპერიმენტში, 20-30 ფუნტის (10-13 კგ.) მომატება ჰქონდათ დავალებული. 200 დღის განმავლობაში მათ კოლოსალური რაოდენობით საკვები მიიღეს. ექსპერიმენტის პირველ კვირებში პატიმრები განაგრძობდნენ ციხის ჩვეულ რეჟიმში ცხოვრებას, მაგრამ მაქსიმალური წონის მატების მიზნით ფიზიკური აქტივობაც დროებით შეზღუდეს. ყველას ვერ გამოუვიდა მიზნის მიღწევა, მაგრამ საბოლოოდ 20-მა პატიმარმა მაინც მოახერხა. ყველა მათგანმა პრაქტიკულად გააორმაგა ჩვეული საკვების რაოდენობა. მხოლოდ ორი პატიმრისთვის იყო წონის მომატება მარტივი პროცესი - დანარჩენებს ბრძოლა მოუწიათ. და როდესაც მათ საწყისი წონა 20-25 პროცენტამდე გაიზარდა, მომატებული წონის შენარჩუნება მხოლოდ ინტენსიური ჭამის ხარჯზე გახდა შესაძლებელი, რომელიც გულისხმობდა დღეში დამატებით საშუალოდ ორი ათასი კალორიის მიღებას და ბევრად აღემატებოდა თეორიულად საჭირო რამდენიმე ასეულ კალორიას. მიუხედავად იმისა, რომ მამაკაცები მხოლოდ ზომიერად აქტიურები იყვნენ, წონის შესანარჩუნებლად დღეში ხუთი ულუფის მიღება იყო საჭირო. ერთ-ერთი პატიმარი, რომელსაც წონის მომატება შედარებით ადვილად გამოუვიდა, 50-დან 62 კილომდე ავიდა, მაგრამ ექსპერიმენტის ბოლო ორი თვის განმავლობაში დღეში შვიდი ათასი კალორია უნდა მიეღო, რათა შეენარჩუნებინა ეს წონა და ცხიმოვანი მასა.

პატიმრებმა აშკარად ისე მძიმედ არ გადაიტანეს ეს ექსპერიმენტი, როგორც კისის კვლევაში მონაწილე მამაკაცებმა (კისის კვლევაში მამაკაცები განიცდიდნენ დიეტის მძიმე ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ შედეგებს). თუმცა, ყველა მათგანს გაუჭირდა, და ბევრი განიხილავდა ცდაში მონაწილეობის შეწყვეტის სურვილს. საუზმე მთავარი დაბრკოლება გახდა. მამაკაცთა უმეტესობისთვის საკვები უსიამოვნო იყო, რამდენიმეს კი ლებინება ჰქონდა დღის პირველი საკვების მიღების შემდეგ. მათი ჭარბი წონის პიკზე მამაკაცები უსიცოცხლო, ნაკლებად აქტიურები იყვნენ, და უგულვებელყოფდნენ ციხის საქმეებს; დაკვირვება ცხადყოფს, რომ განსაზღვრულ წერტილი ოპტიმალურია აქტივობისა და გუნება-განწყობისთვის - ბევრად უფრო მაღალი ან დაბალი წონის შემთხვევაში აპათია ჩნდება.

ექსპერიმენტის დასრულების შემდეგ, წონის დაკლება ყველამ მარტივად შეძლო, გარდა იმ ორი პატიმრისა, რომელთაც ყველაზე მარტივად მოიმატეს წონა. ორივე პატიმრის შემთხვევაში, გაირკვა, რომ მათ ოჯახში ჰქონდათ ჭარბი წონის ან დიაბეტის ისტორია. პატიმარმა, რომელმაც დღეში შვიდი ათასი კალორიის ჭამით თორმეტი კილო მოიმატა, წონაში დაკლება დაიწყო იმავე დღეს, როდესაც შეწყვიტა იძულებითი კვება. კვლევის ამ ეტაპზე, მას ურჩიეს აქტიურად ევარჯიშა, მაგრამ ნება დართეს, ეჭამა რაც უნდოდა. მისივე ნებით, ის მიირთმევდა მისი ნორმალური კვების ნახევარს, და 75 დღეში მის საწყის წონაზე მხოლოდ 2 კილოთ მეტი იყო. მისი გამოცდილება ტიპიური იყო, გარდა იმისა, რომ პატიმრების უმეტესობამ ექსპერიმენტი წონის მომატების გარეშე დატოვა. „ძირითადად ყველა სუბიექტმა ადვილად დაიკლო წონაში,“ - შეაჯამა სიმსმა, - ”იგივე სისწრაფით, ფაქტობრივად, როგორც ჩვენი ჭარბი წონის მექანიკური პაციენტების უმრავლესობა წონის დაკლების შემდეგ ჩვეულებრივ უბრუნდება ჩვეულ წონას”.

შიმშილის შედეგები

წონის მნიშვნელოვანი დაკლება იწვევს უკიდურეს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ შედეგებს. ანსელ კისისა და მისი კოლეგების მიერ თითქმის 50 წლის წინ მიწესოტას უნივერსიტეტში ჩატარებული კვლევის მიგნებების სახით ადამიანებში შიმშილის შედეგების შესახებ საუკეთესო ინფორმაცია მივიღეთ. კვლევაში მონაწილეობდა 36 ახალგაზრდა, ჯანმრთელი, ფსიქოლოგიურად ჯანსაღი მამაკაცი, რომლებიც ექსპერიმენტში მონაწილეობას დათანხმდნენ, როგორც სამხედრო სამსახურის ალტერნატივას.

მეცნიერული კვლევის ეთიკური სტანდარტების ცვლილება უდავოდ ხელს შეუშლის მსგავსი ექსპერიმენტის ჩატარებას ცდისპირთა ჯგუფთან, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ კვლევაში მას შემდეგ, რაც სამხედრო სამსახურში ჩარიცხვაზე უარი თქვეს ომისადმი მორალური წინააღმდეგობის გამო. კვლევაში ჩართვის ამჟამინდელი სტანდარტები მოიცავს ნებაყოფლობით მონაწილეობას და კვლევის შეწყვეტის თავისუფალ არჩევანს. დღესდღეობით ბევრს სჯერა, რომ ამ კვლევაში მონაწილე მამაკაცები ნამდვილად არ იყვნენ მოხალისეები და მათ კვლევაში მონაწილეობის გაგრძელებას ავალდებულებდნენ.

აღნიშნული კვლევა მოიცავდა ცდისპირთათვის საკვების მიღების შეზღუდვას და მისი გავლენის გულდასმით დაკვირვებას.

ექსპერიმენტის პირველი სამი თვის განმავლობაში მამაკაცები ჩვეულებრივ ჭამდნენ. შემდეგ ექვსი თვის განმავლობაში მათ შეეზღუდათ მათთვის ჩვეული რაოდენობის საკვების დაახლოებით ნახევარი. ამ დროის განმავლობაში მათ სხეულის საწყისი წონის საშუალოდ 25% დაიკლეს. შემდეგ იყო 3-თვიანი რეაბილიტაცია, რომლის დროსაც მამაკაცები ეტაპობრივად მეტ საკვებს იღებდნენ. სამივე ფაზის განმავლობაში ცდისპირებს ყურადღებით აკვირდებოდნენ და მათი ქცევა, ხასიათი და კვების რეჟიმი დეტალურად იქნა შესწავლილი. მკვლევარებმა ნახევრადშიმშილის შედეგად უკიდურესი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ცვლილებები დააფიქსირეს, რომელიც კვლევის კვების აღდგენის ფაზაში გაგრძელდა.

აღსანიშნავია, რომ ამ ნახევრადშიმშილეს მამაკაცების გამოცდილება თანხვედრაშია ნერვული ანორექსიითა და ბულიმიით დაავადებული ადამიანების გამოცდილებასთან.

ამ ექსპერიმენტის შედეგები ორ დიდ ტომად არის შეჯამებული და განხილული. სრული შედეგები ამ მოდულის ფარგლებს სცდება. ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიგნება (გარნერის, 1985; ტექსტი მცირე შრიფტით კისის და კოლეგების (Keys et al, 1950) ორიგინალური მოხსენებიდან).

კვებასთან დაკავშირებული დამოკიდებულება და ქცევა

შიმშილის გარდაუვალი შედეგი იყო კვების იდეით შეპყრობის (საჭმელზე ჩაცვიკვლა) მკვეთრი ზრდა. მამაკაცებს უფრო და უფრო უჭირდათ ჩვეულ აქტივობაზე კონცენტრაცია, რადგან ისინი მუდმივად საკვებსა და ჭამაზე ფიქრობდნენ. ფაქტობრივად, საკვები საუბრის, კითხვისა და ოცნებების მთავარი თემა გახდა. ბევრმა მამაკაცმა კულინარიული წიგნების კითხვა და რეცეპტების შეგროვება დაიწყო. ზოგიერთმა მათგანს მოულოდნელად ყავის მადლუარას, სამზარეულოს დენის ზედაპირის და სხვა მოწყობილობების შეგროვების ინტერესი გაუჩნდა. შეგროვების ასეთი ინტერესი საკვებთან არანაირ კავშირში მყოფ პროდუქტებზეც კი გავრცელდა:

(ზოგიერთმა მამაკაცმა) ძველი წიგნები, არასაჭირო მეორადი ტანსაცმელი, სუვენირები და სხვა გამოუსადეგარი ნივთები შეაგროვა. ხშირად ასეთი შესყიდვების გაკეთების შემდეგ, რასაც მხოლოდ ზარალი მოჰქონდა, კაცები საგონებელში ვარდებოდნენ იმის გამო თუ, რატომ ყიდულობდნენ ასე მეტ-ნაკლებად უსარგებლო ნივთებს.

ერთმა კაცმა კი ნაგვის ურნების ჩხრეკა დაიწყო იმ იმედით, რომ მისთვის რაიმე გამოსადეგს იპოვიდა. დაგროვების ეს ზოგადი ტენდენცია დაფიქსირდა მოშიმშილე ანორექსიის მქონე პაციენტებში (Crisp, Hsu, and Harding, 1990) და ვირთხებშიც კი, რომელთაც არ აქვთ საკვები (Fantino & Cabanac, 1980). ექსპერიმენტამდე კულინარიული საკითხებისადმი მცირე ინტერესის მიუხედავად, მამაკაცების თითქმის 40% კულინარიას ასახელებდა, როგორც პოსტექსპერიმენტულ გეგმას. ზოგი იმდენად მოხიბლული იყო, რომ ექსპერიმენტის შემდეგ ფაქტობრივად პროფესია შეიცვალეს: სამი შეფ-მზარეული გახდა, ერთი კი სოფლის მეურნეობაში წავიდა.

შიმშილის დროს მოხალისეების კვების ჩვევები საოცარ ცვლილებებს განიცდიდა. კაცები დღის დიდ ნაწილს უთმობდნენ იმის დაგეგმვას თუ, როგორ მიირთმევდნენ მათთვის გამოყოფილ საკვებს. მათი ქცევის დიდი ნაწილი ემსახურებოდა საკვების მიღების გახანგრძლივებას, საკვების გემოვნური მიმზიდველობის და გამორჩეულობის დაკვირვებას. მამაკაცები ხშირად ჩუმად ჭამდნენ და სრულ ყურადღებას უთმობდნენ საკვების ათვისებას.

მინესოტას ცდისპირებს ხშირად ურთიერთსაწინააღმდეგო სურვილებში გამოიჭერდნენ ხოლმე, რომ თავიანთ საკვებს უსწრაფესად, დაუღეჭავადაც კი იღებდნენ და აგრეთვე, მიირთმევდნენ ნელა, რათა თითოეული ლუკმის გემო და სუნი სრულად შეეგრძნოთ. ექსპერიმენტის შიმშილის ფაზის დასასრულისკენ, ზოგიერთი მამაკაცი თითქმის ორი საათის განმავლობაში ჭამდა მაშინ, როცა ადრე რამდენიმე წუთში მიირთმევდა.

ცდისპირებმა მოითხოვეს, რომ მათთვის ცხელი საჭმელი მიეტანათ და ინგრედიენტების ერთმანეთში შერევით არაჩვეულებრივ კერძები გამოსდიოდათ.

საგრძნობლად გაიზარდა მარილისა და სანელებლების მოხმარება. ყავისა და ჩაის მოხმარება ისე მკვეთრად გაიზარდა, რომ მათ დღეში 9 ფინჯანამდე ლიმიტი დაუწესეს; ანალოგიურად, საღეჭი რეზინის გამოყენება ძალზედ გაიზარდა და შეიზღუდა მას შემდეგ, რაც გაირკვა, რომ ერთი კაცი დღეში 40-მდე შეფუთვას მოიხმარდა.

12-კვირიანი რეაბილიტაციის ფაზის განმავლობაში, ამ დამოკიდებულებებისა და ქცევების უმეტესობა შენარჩუნდა. მამაკაცთა მცირე ნაწილისთვის ეს კიდევ უფრო შესამჩნევი გახდა ჭამის მომატების პირველი ექვსი კვირის განმავლობაში:

ხშირ შემთხვევაში, მამაკაცები არ იყვნენ კმაყოფილი "ნორმალური" მენიუს ჭამით, მაგრამ შეუპოვრად აგრძელებდნენ თავიანთ ჩვევებს, ამზადებდნენ ფანტასტიკურ კერძებს და კომბინაციებს. გარდა ამისა, ინგრედიენტების თავისუფალმა არჩევანმა სტიმული მისცა საკვებთან „კრეატიულ“ და „ექსპერიმენტულ“ თამაშს. . . თევზების მოპრიალება და კვების მანერების უგულებელყოფა გაგრძელდა.

ბულიმია

შიმშილის რეჟიმის დროს, ყველა მოხალისეს აღენიშნა შიმშილის გაძლიერება. როგორც ჩანს, ზოგიერთმა საკმაოდ კარგად შეძლო ამ გამოცდილებასთან შეგუება, მაგრამ სხვებში ძლიერი წუხილი გამოიწვია და აუტანელიც კი გახდა. რამდენიმე მამაკაცი ვერ იცავდა თავის დიეტას და ბულიმიის ეპიზოდები (უკონტროლო კვება) აღენიშნათ, რასაც საკუთარი თავის განსჯა მოჰყვა. სასურსათო მაღაზიაში მუშაობისას,

(ერთმა ცდისპირმა) ნებისყოფა სრულიად დაკარგა და რამდენიმე ნამცხვარი, ერთი შეკვრა პოპკორნი და ორი გადამწიფებული ბანანი შეჭამა, სანამ საკუთარ თავზე „კონტროლს დაიბრუნებდა“. მან მაშინვე განიცადა ძლიერი ემოციური გაღიზიანება, გულისრევა და ლაბორატორიაში დაბრუნებისთანავე აღებინა. . . ის თავს გრძნობდა დამცირებულად, გამოხატავდა ზიზღს და თვითკრიტიკას.

შიმშილის მერვე კვირაში კიდევ ერთი ცდისპირი „აშკარად არღვევდა დიეტის წესებს, ჭამდა რამდენიმე ნაყინის დესერტსა და შესქელებულ რძეს; მან რამდენიმე საწუწნი კანფეტიც კი მოიპარა. მან მალევე აღიარა მთელი ეპიზოდი (და) გახდა თვითკრიტიკული“.

რეაბილიტაციის დროს მეტი რაოდენობით საკვების მიღებისას, ბევრმა მამაკაცმა მადის კონტროლი დაკარგა და „მეტნაკლებად განუწყვეტლივ ჭამდა“. რეაბილიტაციის 12 კვირის შემდეგაც კი, მამაკაცები ხშირად ჩიოდნენ, რომ დიდი პორციის მიღების შემდეგ შიმშილის მატება აღენიშნებოდათ:

ერთ-ერთი ცდისპირი უზომო საკვებს იღებდა (დღიური შეფასებით 5000-6000 კალორია.) და მაინც წაიხემებდა ხოლმე ჭამის დამთავრებიდან ერთი საათის შემდეგ. სხვა კი ჭამდა იმდენს, რამდენიც შეეძლო სამი რეგულარული კვების დროს და ხემსი ჰქონდა დილით, შუადღისას და საღამოს.

მკვლევრებმა აღნიშნეს:

ამ გაუმადღრობამ გამოიწვია თავის ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის დისტრესი და უჩვეულო მილიანობა. რამდენიმე მამაკაცს აღენიშნებოდა გულისრევა და ღებინება. ერთ მამაკაცს რამდენიმე დღის განმავლობაში ჰოსპიტალიზაცია დასჭირდა.

შაბათ-კვირას გადაჭარბებული თავისუფლება ჰქონდათ, როდესაც 8000-დან 10000 კალორიამდე დიაპაზონში საკვებს იღებდნენ. მამაკაცებს ხშირად ჭამის შეწყვეტა უჭირდათ:

ცდისპირი N 20 ჭამდა გასკდომამდე, თითქმის ცუდად ხდებოდა და მაინც შიმშილს გრძნობდა; N 120 აღნიშნავდა, რომ მას მოუწია თვითდისციპლინირება, რათა თავი აერიდებინა ცუდად გახდომამდე ჭამისთვის; N 1 ჭამდა მანამ, სანამ არაკომფორტულად სავსედ არ იგრძნობდა თავს; და ცდისპირი N 30-ს იმდენად მცირე კონტროლი ჰქონდა საკუთარი თავზე, რომ მას უბრალოდ საკვებისგან თავის არიდება მოუწია, რადგან ძღომის მომენტს მაშინაც კი ვერ პოულობდა, როცა „ბოლომდე სავსე იყო“. . . ცდისპირი N 26 მაშინვე მიირთმევდა ექვს კვებას სამის ნაცვლად.

დაახლოებით 5-თვიანი რეაბილიტაციის შემდეგ, მამაკაცთა უმრავლესობამ აღნიშნა კვების რეჟიმის გარკვეული დასტაბილურება; თუმცა, ზოგიერთისთვის უკიდურესი ჭარბი კვება შენარჩუნდა: „N 108 ჭამდა და ჭამდა, სანამ ყლაპვა გაუჭირდებოდა, მოგვიანებით კი, ნახევარი საათის შემდეგ ისევ ჭამის სურვილი უჩნდებოდა“. ჩვეული კვების განახლებიდან 8 თვეზე მეტი ხნის შემდეგ, რამდენიმე მამაკაცი კვლავ არანორმალური რაოდენობით ჭამდა, და ერთმა კაცმა მაინც აღნიშნა, რომ იღებდა „დაახლოებით 25 პროცენტით მეტს, ვიდრე შიმშილის დაწყებამდე; ერთხელ მან რაოდენობის შემცირება დაიწყო, მაგრამ იმდენად მოშივდა, რომ ვერ გაუძლო“.

არ მომხდარა იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებიც ერთმანეთისგან განასხვავებდა მამაკაცებს, ვინც სწრაფად ახდენდა თავისი კვების დასტაბილურებას, და, ვინც განაგრძობდა საოცარი რაოდენობით ჭამას. თუმცა, აქ მნიშვნელოვანი ისაა, რომ ცდისპირებს შორის უამრავი განსხვავება იყო მათ შიმშილის გამოცდილებაზე რეაქციებში, და ამ მამაკაცების ნაწილს განუვითარდა ბულიმია, რომელიც გაგრძელდა მრავალი თვის მანძილზე მას შემდეგ, რაც მათ საკვებზე წვდომის შეზღუდვა მოეხსნათ.

ემოციური ცვლილებები

ექსპერიმენტისთვის ცდისპირების შერჩევის მკაცრმა პროცედურებმა ექსპერიმენტატორები მიიყვანა დასკვნამდე, რომ ცდისპირების ფსიქოპათოლოგიური „გამძლეობა“ უდავოდ აღემატებოდა პოპულაციის ნებისმიერ შემთხვევით ან უფრო ზოგად ტიპურ შერჩევას. მიუხედავად იმისა, რომ ცდისპირები ექსპერიმენტამდე ფსიქოლოგიურად ჯანმრთელები იყვნენ, უმეტესობა ნახევრადშიმშილის შედეგად მნიშვნელოვან ემოციურ ცვლილებებს განიცდიდა. ზოგიერთს დეპრესიის გარდამავალი და სხვებს კი გახანგრძლივებული პერიოდები აღენიშნათ, ჯამში ჯგუფის დეპრესიისადმი ზღურბლმა დაიწია. იშვიათად შეინიშნებოდა ეიფორია, მაგრამ ამას

აუცილებლად მოჰყვებოდა „დაწეული პერიოდები“. მიუხედავად იმისა, რომ მამაკაცებს შიმშილის წინ საკმაოდ ტოლერანტული განწყობები ჰქონდათ, შემდეგ ტოლერანტობა გაღიზიანებითა და ბრაზის ხშირი აფეთქებებით შეიცვალა. ცდისპირების უმეტესობისთვის შფოთვა უფრო თვალსაჩინო გახდა. ექსპერიმენტის მსვლელობისას ბევრმა ადრე გაწონასწორებულმა მამაკაცმა ნერვიულობის ფონზე ფრჩხილების კვნეტა ან მოწევა დაიწყო. აპათია ჩვეულებრივი მოვლენა გახდა და ზოგიერთმა საკმაოდ მოწესრიგებულმა მამაკაცმა პირადი ჰიგიენის სხვადასხვა ასპექტის უგულვებელყოფა დაიწყო. ცდისპირთა უმეტესობა განიცდიდა ემოციური დისტრესის საკმაოდ მძიმე პერიოდებს და ყველა ავლენდა ზემოთ აღწერილი „ნახევრადშიმშილის ნევროზის“ სიმპტომებს.

ჯგუფის თითქმის 20%-მა განიცადა უკიდურესი ემოციური გაუარესება, რაც მკვეთრად აფერხებდა მათ ფუნქციონირებას. პიროვნების სტანდარტიზებულმა ტესტირებამ აჩვენა, რომ ნახევრადშიმშილი ჯგუფებში იწვევდა დეპრესიის, ისტერიის და იპოქონდრიის მნიშვნელოვან ზრდას. ეს პატერნი ნევროტული ინდივიდების სხვადასხვა ჯგუფებში შეინიშნება (გრინი, 1980). რეაბილიტაციის დროს ეს ემოციური სიმპტომები მაშინვე არ გაქრა, არამედ რამდენიმე კვირის განმავლობაში გაგრძელდა. ზოგიერთი მამაკაცი უფრო დეპრესიული, გაღიზიანებული, კამათისკენ მიდრეკილი და ნეგატიური გახდა, ვიდრე ნახევრადშიმშილის დროს. ამავე დროს ორ ცდისპირს განუვითარდა „ფსიქოზური“ დარღვევები. ერთ-ერთმა მათგანმა დიეტა ვერ დაიცვა და საგანგაშო სიმპტომები განუვითარდა:

(მან გამოავლინა) ნარჩენების მიმართ კომპულსიური ლტოლვა და ნაგვის ურნებში ქექვის თითქმის შეუკავებელი სურვილი (საჭმელისთვის). . . მან არაერთხელ გაიარა ჭარბი უკონტროლო რაოდენობით საკვების მიღების ციკლი, ცუდად ხდებოდა და შემდეგ ისევ თავიდან იწყებდა. . . (და) ემოციურად იმდენად დამძიმდა, რომ საკუთარი ნებით მოითხოვა უნივერსიტეტის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაცია.

9-კვირიანი შიმშილობის შემდეგ, კიდევ ერთმა ცდისპირმა გამოავლინა დარღვევის ნიშნები:

(ის აგრძელებდა) მაღაზიების გაქურდვას, იპარავდა წვრილმან ნივთებს, რომლებსაც მცირე ან საერთოდ არანაირი რეალური ღირებულება არ ჰქონდათ. . . მას განუვითარდა ძლიერი ემოციური აფეთქებები, აზრების არევა, ტირილი, სუიციდზე საუბარი და მუქარა ძალადობის შესახებ. მისი სიმპტომების საგანგაშო ხასიათის გამო ის ექსპერიმენტიდან გაათავისუფლეს და საუნივერსიტეტო საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მოათავსეს.

კიდევ ერთმა მამაკაცმა სტრესის შედეგად ერთ ხელზე სამი თითი მოიჭრა. ზოგიერთი ცდისპირის გუნება-განწყობის ცვალებადობა უკიდურესად მკვეთრი იყო:

(ერთ-ერთმა მონაწილემ) გამოიარა პერიოდები, როდესაც თავი აშკარად ამაღლებულად იგრძნო... ეს ამაღლებული განწყობის პერიოდები ენაცვლებოდა პერიოდებს, როდესაც მას „ღრმა, ზნელი დეპრესია“ ეუფლებოდა. (ის) გრძნობდა, რომ ძალები ბოლომდე ამოწურა, შიშობდა, რომ ჭკუიდან იშლებოდა/გიჟდებოდა... და კარგავდა შინაგან შემაფერხებელ მექანიზმებს.

პიროვნების ტესტირებამ, რომელიც ცდისპირების მცირე ნაწილმა გაიარა, დაადასტურა კლინიკური შთაბეჭდილება იმაზე, რომ ნახევრადშიმშილის შედეგად მათში წარმოუდგენელი დეგრადაცია მოხდა. ერთ-ერთი მონაწილის პიროვნული პროფილი თავდაპირველად სრულიად ნორმის ფარგლებში იყო, მაგრამ 10-კვირიანი ნახევრად შიმშილობისა და მხოლოდ 4.5 კგ (10 ფუნტი, ანუ მისი საწყისი წონის დაახლოებით 7%) დაკლების შემდეგ, პიროვნული მძიმე დარღვევები გამოიკვეთა.

როგორც კლინიკური დაკვირვების, ასევე სტანდარტიზებული პიროვნული ტესტირების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ინდივიდუალური ემოციური რეაქცია ნახევრადშიმშილის მიმართ მნიშვნელოვნად განსხვავდება. კისის ექსპერიმენტის ზოგიერთი მონაწილე, როგორც ჩანს, ამ მდგომარეობას შედარებით კარგად გაუმკლავდა, ხოლო ზოგიერთში უკიდურესი ფსიქოლოგიური დარღვევები გამოვლინდა წონის კლების შემდეგ. აღნიშნული დარღვევები ძალიან ჰგავდა იმ მდგომარეობას, რომელიც აღწერილია ჭარბწონიან პირებში, რომლებიც “თერაპიული” ნახევრადშიმშილის ზემოქმედებას განიცდიან (Glucksman & Hirsch, 1969; Rowland, 1970). მინესოტას ექსპერიმენტში შიმშილამდელი პიროვნული სტაბილურობა არ პროგნოზირებდა ემოციურ რეაქციას კალორიულ შეზღუდვაზე. ზოგიერთი მათგანი, ვინც თავიდან ყველაზე სტაბილურად გამოიყურებოდა, ყველაზე მძიმედ დაზარალდა. ის ფაქტი, რომ ადამიანები წონის კლების მიმართ სრულიად განსხვავებულ და წინასწარ განუჭკრეტელ რეაქციებს ავლენენ ცალსახად რელევანტურია იმ ადამიანების შეფასებისას, რომლებიც დიეტების გამო თავიანთ ოპტიმალურ წონაზე დაბალ წონას ინარჩუნებენ. ვინაიდან მინესოტას ექსპერიმენტის ცდისპირებში ემოციური სირთულეები რეაბილიტაციის პროცესში ეგრევე არ გამოსწორებულა, ეს გვაფიქრებინებს, რომ ეს დარღვევები უფრო მეტად სხეულის წონასთან იყო კავშირში, ვიდრე მოკლევადიან კალორიულ შეზღუდვასთან. შესაბამისად, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ ნერვული ანორექსიისა და ნერვული ბულიმიის დროს გამოვლენილი მრავალი ფსიქოლოგიური დარღვევა შესაძლოა ნახევრადშიმშილის პროცესის შედეგი იყოს.

სოციალური და სექსუალური ცვლილებები

ცდისპირების უმეტესობის მიერ გამოცდილ სოციალურ ცვლილებებში ნახევრადშიმშილის განსაკუთრებული გავლენა გამოიკვეთა. მიუხედავად იმისა, რომ თავდაპირველად მამაკაცები ადამიანებთან ურთიერთობის მოყვარულები იყვნენ, თანდათან უფრო განმარტოვდნენ და იზოლირდნენ. იუმორისა და მეგობრობის გრძნობა შესამჩნევად შემცირდა სოციალური არაადეკვატურობის მზარდი გრძნობის ფონზე: სოციალური ინიციატივები და, ზოგადად კომუნიკაბელურობა, მნიშვნელოვნად შეიცვალა. მამაკაცებს აღარ სურდათ აქტივობების დაგეგმვა, გადაწყვეტილებების მიღება და ჯგუფურ აქტივობებში ჩართვა... ისინი უფრო და უფრო

მეტ დროს ატარებდნენ მარტო. სხვა ადამიანებთან კონტაქტი „ზედმეტად შემაწუხებელი“ ან „ზედმეტად დამღწევი“ გახდა.

ნახევრადშიშვლის დროს, ასევე, მკვეთრად შემცირდა მონაწილეების სოციალური კავშირები ქალებთან. მათ, ვინც განაგრძო ქალებთან სოციალური შეხვედრები, აღმოაჩინეს, რომ ურთიერთობები დამაბული გახდა. ეს ცვლილებები ილუსტრირებულია ერთ-ერთი მამაკაცის დღიურში:

მე ვარ ერთ-ერთი სამი ან ოთხიდან, რომლებიც მაინც ხვდებიან გოგოებს. საკონტროლო პერიოდის დროს ერთი გოგო შემიყვარდა, თუმცა, ახლა მას მხოლოდ ხანდახან ვხვდები. თითქმის ზედმეტად შემაწუხებელია მისი ნახვა, მაშინაც კი, როდესაც ლაბორატორიაში მსტუმრობს. ძალისხმევა მჭირდება, რომ ხელი მოვკიდო. გართობა შეზღუდული უნდა იყოს. თუ რაიმე შოუს ვუყურებთ, ყველაზე საინტერესო ნაწილი ის სცენებია, სადაც ადამიანები ჭამენ.

ანალოგიურად, მკვეთრად შემცირდა სექსუალური ინტერესები. მასტურბაცია, სექსუალური ფანტაზიები და სექსუალური იმპულსები ან საერთოდ გაქრა ან უფრო იშვიათი გახდა. ერთმა ცდისპირმა განაცხადა, რომ „დაავადებულ ხამანწკაზე მეტი სექსუალური გრძნობები არ ჰქონია“ (ეს კონკრეტული მეტაფორაც კი საკვებთან იყო დაკავშირებული). მკვლევრებმა შენიშნეს, რომ „ბევრი მამაკაცი მიესალმა იმ სექსუალური დამაბულობისა და ფრუსტრაციისგან გათავისუფლებას, რომელიც ჩვეულებრივ გხვდება ახალგაზრდა მამაკაცებში“.

რეაბილიტაციის დროს, სექსუალური ინტერესი ნელა დაბრუნდა. 3 თვის შემდეგაც კი, მამაკაცები მიიჩნევდნენ, რომ ამ ასპექტში ნორმალურისგან ჯერაც შორს იყვნენ. თუმცა, 8-თვიანი ნორმალური კვების შემდეგ სექსისადმი ინტერესი პრაქტიკულად ყველა მამაკაცს დაუბრუნდა.

კოგნიტური ცვლილებები

მონაწილეებმა ნახევრადშიშვლის დროს, დაქვეითებული კონცენტრაცია, სიფხიზლე, შემეცნება და განსჯის უნარი დააფიქსირეს. თუმცა, ფორმალურმა ინტელექტუალურმა ტესტირებამ ინტელექტუალური უნარების დაქვეითების ნიშნები არ გამოავლინა.

ფიზიკური ცვლილებები

ნახევრადშიშვლიდან 6 თვის თავზე მონაწილეებში ბევრი ფიზიკური ცვლილება გამოავლინდა. მათ შორის: კუჭ-ნაწლავის დისკომფორტი, ძილის დაქვეითებული მოთხოვნილება, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილები, ხმაურისა და სინათლის მიმართ ჰიპერსენსიტიურობა, სისუტე, სუსტი მოტორული კონტროლი, შემუშება (სითხის ჭარბი რაოდენობით გამოწვეული), თმის ცვენა, სიცხის აუტანლობა (ცივი ხელები და ფეხები), მხედველობის დარღვევები (ფოკუსირების სირთულე, „ლაქები“ მხედველობით ველებში), სმენის დარღვევები (ყურებში ზარის ხმა) და პარესთეზია (არანორმალური წიწკვნის ან ჩხვლეტის შეგრძნება, განსაკუთრებით ხელებსა და ფეხებში).

სხეულის ფიზიოლოგიური პროცესების შენელება სხვადასხვა ცვლილებით გამოვლინდა. დაფიქსირდა სხეულის ტემპერატურის, გულისცემის, სუნთქვისა და ბაზალური მეტაბოლიზმის შენელება. ნახევრადშიმშილის პერიოდის ბოლოს, მამაკაცების ბაზალური მეტაბოლიზმი ნორმალურთან შედარებით, უკვე 40%-ით იყო შემცირებული. ეს შემცირება და ასევე სხვა ფიზიკური ცვლილებები კარგად ასახავს სხეულის გამორჩეულ უნარს, რომ დაბალი კალორიების მიღებასთან ადაპტირდეს ენერგიის მოთხოვნილების შემცირებით. ერთმა მოხალისემ ეს ისე აღწერა, თითქოს მისი „სხეულის ალი რაც შეიძლება დაბალზე იწვოდა, რათა ძვირფასი საწვავი გადაენახა და ცხოვრების პროცესები შეენარჩუნებინა.“ რეაბილიტაციის ფაზაში, მეტაბოლიზმი კვლავ აჩქარდა. ვინც ყველაზე მეტ კალორიას იღებდა, მათი ბაზალური მეტაბოლიზმი ყველაზე მეტად გაიზარდა. მოხალისეთა ჯგუფს, რომელთა კალორიებიც რეაბილიტაციის დროს ყველაზე ნაკლებად გაიზარდა (400 კალორიით მეტად, ვიდრე ნახევრად შიმშილის დროს), პირველი 3 კვირის განმავლობაში, ბაზალური მეტაბოლიზმის ზრდა არ აღენიშნებოდათ. *საკვების დიდი რაოდენობით მოხმარებამ, მეტაბოლური პროცესების შედეგად დამწვარი ენერგიის მკვეთრი მატება გამოიწვია.*

საკმაოდ საინტერესოა ნახევრადშიმშილისა და რეაბილიტაციის დროს სხეულის ცხიმისა და კუნთების ცვლილებები სხეულის მთლიან წონასთან მიმართებით. მაშინ, როდესაც წონა დაახლოებით 25%-ით დავარდა, სხეულის ცხიმის პროცენტულმა მაჩვენებელმა დაიკლო 70%-ით და კუნთები თითქმის 70%-ით შემცირდა. ხელახალი კვების დაწყებიდან, „ახალი წონის“ დიდი ნაწილი ცხიმი იყო. რეაბილიტაციის მერვე თვეში, მოხალისეები თავდაპირველი წონის 110%-ს იწონიდნენ, მაგრამ თავდაპირველი სხეულის ცხიმის 140% ჰქონდათ. რას გრძნობდნენ მამაკაცები რეაბილიტაციის დროს წონის მომატებაზე?

ცდისპირები, რომლებმაც ყველაზე მეტი წონა მოიმატეს, დარდობდნენ მომატებულ ზოზმანზე, ზოგად სისუსტესა და მუცელსა და ღუნდულებში ცხიმის დაგროვების ტენდენციაზე.

ეს ჩივილები ჰგავს ბევრი ბულიმიური და ანორექსიული პაციენტის ჩივილებს, რომელიც წონის მატებისას უჩნდებათ. წონაში მომატების ჩვეული შიშის გარდა, ისინი ხშირად აცხადებენ, რომ “მსუქნად გრძნობენ თავს” და ნერვიულობენ გაბერილ მუცელზე. თუმცა, მინესოტას ცდისპირების წონა და სხეულის ცხიმის რაოდენობა, პრექსპერიმენტულ მაჩვენებლებს ერთი წლის შემდეგ დაუახლოვდა.

ფიზიკური აქტივობა

ზოგადად მამაკაცებმა ნახევრადშიმშილის შემცირებული ფიზიკური აქტივობით უპასუხეს. ისინი დაიღალნენ, დასუსტდნენ, მოუსვენარი და აპათიური გახდნენ და წუწუნებდნენ ენერგიის ნაკლებობის შესახებ. ნებაყოფლობითი მოძრაობები შესამჩნევლად შენედა. თუმცა, თავდაპირველი მოხსენების თანახმად,

ზოგი მამაკაცი მიზანმიმართულად ვარჯიშობდა ზოგჯერ. ზოგიერთი მათგანი ცდილობდა წონა ენერგიის გადაჭარბებულად დახარჯვით დაეკლო, რათა მიეღოთ პურის გაზრდილი რაციონი ან თავი აერიდებინათ რაციონის შემცირებისთვის.

ეს მსგავსია ნერვული ანორექსისა და ნერვული ბულიმიის მქონე პაციენტების პრაქტიკის, როცა ისინი თვლიან, რომ თუ ინტენსიურად ივარჯიშებენ, შეძლებენ საკუთარ თავს მეტის ჭამის უფლება მისცენ. განსხვავება ისაა, რომ კვებითი აშლილობების მქონე ქალებისთვის ეს კალორიული შეზღუდვა თვითდაწესებულია, ხოლო კვლევის მონაწილე მამაკაცებისთვის, გაზრდილი ვარჯიში პასუხი იყო კვლევის წესებზე, თუ როგორ გამოითვლებოდა თითოეული მამაკაცის კალორიების დღიური მიღება.

საზოგადოების სიმსუქნის ფობია

დიეტის წახალისება არ მომდინარეობს მხოლოდ საზოგადოების მხრიდან სიგამხდრის პოზიტიურად შეფასებისგან, არამედ ფართოდ გავრცელებული სიმსუქნის სტიგმისგან. სიმსუქნის ცრურწმენების განხილვა ზადებს კითხვას, თუ როგორ აძლიერებს ამ ცრურწმენებს ჩვენს მიერ გამოყენებული სიტყვები. შემდეგი მონაკვეთი არის ბენეტისა და გურინის განსაზღვრული წერტილის თეორიის შესახებ წიგნის “დიეტაზე მყოფის დილემა: ნაკლების ჭამა და მეტჯერ აწონვა” წინასიტყვაობიდან და კარგად გადმოსცემს ამ საკითხს.

„ჩვენ უნდა გვეფიქროს, თუ საუკეთესოდ როგორ აღგვეჩერა უფრო მსუქანი ადამიანები ამ წიგნში. სიმსუქნის გავრცელებული ევფემიზმები არაზუსტია და ფარულ განსჯებს მოიცავს. ვინმესთვის ჭარბწონიანის დამახება ნიშნავს, რომ ის იდეალურ სტანდარტში არ ჯდება, თუმცა, როგორც ჩვენ ვაჩვენებთ, ხშირად გამოყენებული სტანდარტები საკმაოდ პირობითია. „ჭარბწონიანი“ ადამიანის წონა შესაძლოა მიუთითებდეს მის კუნთებზე ან სითხეზე და არა ცხიმზე. სიმსუქნე სამედიცინო მდგომარეობად ჟღერს, თუმცა, შესაძლოა მას მცირე გავლენა ჰქონდეს ჯანმრთელობაზე. რა თქმა უნდა, არსებობს მთელი რიგი ზედსართავი სახელებისა - პუტკუნა, ფუნთუშა, ფუნჩულა, ჩაფსკვნილი, ფერხორციანი, თანთალა, ჩაპუტკუნებული, მსხვილი, გასიებული, გაპყვილი, ღიპიანი, ა.შ. - რომლებიც სიტუაციის შესაბამისად გამოიყენება შეურაცხმყოფად. ტერმინები მსუქანი და გამხდარი რეალურად კონტინუუმზე მიაწიწნებას. ამ წიგნში, ჩვენ საშუალოზე მსუქან ადამიანებს მივმართავთ როგორც მსუქანს და ვიყენებთ ტერმინს „სიმსუქნეს“ როცა ვსაუბროთ სხეულში ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობაზე ან სიმსუქნის მდგომარეობაზე. სიტყვა „მსუქანი“ არის მარტივი და მისაღებად ზუსტი. ასევე, ის გახდა არჩევანი ბევრი „სიმსუქნის პრაიდის“ ჯგუფისა, როგორიცაა *Fat Underground* და მსუქანი ამერიკელების დამხმარე ეროვნული ასოციაციის. მათი მსჯელობის თანახმად, სხვა სიტყვის გამოყენებით გამოდის, თითქოს სიმსუქნეში რამეა დასამალი. შესაბამისად, “მსუქნის” ნაცვლად სხვა სიტყვის გამოყენება იმდენად შეუსაბამო და უხერხული იქნება, როგორც გამხდარ ადამიანს “პატარა სხეულიანი” ადამიანი დავუძახოთ და დაბალს- „ნაკლებსიმძლავრის“.

ცხადად ჩანს, რომ რეკომენდებულია, საშუალოზე მეტად მსუქანი ადამიანების აღსაწერად სიტყვა „მსუქნის“ გამოყენება. თუმცა, რადგანაც სიგამხდრის სტანდარტები უფრო ექსტრემალური გახდა, ჩანს, რომ სიტყვა „მსუქანი“ აღწერს იმ ინდივიდებს, სხეულის ყოველგვარი ცხიმი რომ ეტყობათ. სხვადასხვა კვლევებიდან დამტკიცდა, რომ მსუქან ადამიანებს უფრო მეტ უარყოფით პიროვნულ თვისებებს აწერენ და გამხდრებთან შედარებით, უფრო ხშირად აფასებენ როგორც ნაკლებად მომხიბვლელს.

სიმსუქნესთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები ხშირად გამოიყენება ცრურწმენების გასამართლებლად, თუმცა, ამ ბოლო დროს ექვეყნებ დადგამოსაზრება იმის შესახებ, რომ სიმსუქნე მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის პრობლემაა.

ზოგიერთი კვლევით დადგენილია კავშირი სიმსუქნესა და სისხლის მაღალ წნევას, გულის დაავადებასა და ქოლესტერინის დონეებს შორის, თუმცა, შეცდომაა აქედან იმის დასკვნა, რომ ეს კავშირი მაინცდამაინც იმას ნიშნავს, რომ დაავადებების გამომწვევი სიმსუქნეა. შესაძლოა არსებობდეს მესამე ფაქტორი, რომელიც სიმსუქნესაც და დაავადებებსაც იწვევს. მაგალითად, სიმსუქნისა და დიაბეტის პრედისპოზიცია შესაძლოა ერთი და იმავე გენეტიკური გადახრიდან მომდინარეობდეს. ან შესაძლოა, სიმსუქნის ნაცვლად, ავადმყოფობის რისკს ხელს უწყობს ის ფსიქოლოგიური სტრესი, რომელიც ასოცირებულია სიმსუქნესთან იმ კულტურაში, რომელიც სიგამხდრეს პოზიტიურად აფასებს. ამ ხედვის დასაბუთება მომდინარეობს პოპულაციის კვლევიდან, რომელშიც სიმსუქნის ბევრი შემთხვევა იყო, თუმცა სიმსუქნე სოციალურად მისაღებ მდგომარეობად ითვლებოდა. ამ საზოგადოებაში საშუალოსთან შედარებით ნაკლებად ფიქსირდებოდა გულის დაავადებები და დიაბეტი. ასევე, არსებობს მტკიცებულება, რომ სიმსუქნეზე მეტად წონაში დიდი ცვლილება არის დაკავშირებული ჯანმრთელობის მაღალ რისკთან. სხვა კვლევებმა შემოგვთავაზა მოსაზრება, რომ სიმსუქნე რეალურად ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის შემცირებულ რისკთანაა დაკავშირებული. ზოგიერთ ასაკობრივ ჯგუფებში, უფრო მსუქანი ინდივიდები იგივე ხანგრძლივობით ან უფრო მეტ ხანს ცოცხლობენ და დაავადებებს უკეთ უმკლავდებიან, ვიდრე მათზე გამხდარი ადამიანები.

სხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ წონის გადანაწილების მიხედვით, შუა 2/3-ში მყოფ ადამიანებში არ არსებობს კავშირი სიმსუქნესა და სიკვდილიანობას შორის. წონის გადანაწილების მიხედვით ყველაზე მაღალ და ყველაზე დაბალ 20 %-ში მყოფი ქალების ორივე ჯგუფს კი სიკვდილის უფრო მაღალი რისკი აქვს.

რომ შევაჯამოთ, მსუქანი და გამხდარი ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემადარებელი კვლევებიდან ნათელია, რომ უკიდურეს სიმსუქნეს გარკვეული ჯანმრთელობის რისკები აქვს. მსგავსად, უკიდურეს სიგამხდრეს კარგად დოკუმენტირებული სამედიცინო და ფსიქოლოგიური გვერდითი მოვლენები აქვს (იხილეთ მოდული „მიმშვილობის შედეგები“). თუმცა, ძალიან მცირე მტკიცებულება არსებობს იმისა, რომ მცირედი ან ზომიერი სიმსუქნე ჯანმრთელობის რისკებს შეიცავს.

მაშინაც კი, თუ იარსებებდა ძლიერი კავშირი სიმსუქნესა და ჯანმრთელობის რისკებს შორის, ეს მაინცდამაინც არ იგულისხმებდა, რომ დიეტის დაცვა აუცილებლად გამოსავალია. თუ გავითვალისწინებთ უამრავ მტკიცებულებას

დიეტის არაეფექტურობის შესახებ წონის სამუდამო დაკლებაში, მცირე გამართლება აქვს დიეტის შეთავაზებას სიმსუქნისგან „განსაკურნებლად“.

თუმცა, თუ შესაძლებელი იქნებოდა დიეტის მეშვეობით სიგამხდრის მიღწევა, ეს მაინცდამაინც არ მიგვანიშნებდა, რომ გახდომას უკეთესი ჯანმრთელობა მოყვებოდა. შეუძლებელია ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე წონის კლების გავლენის შესწავლა, რადგან გავრცელებული წონის კლების პროგრამები ვერ აღწევს დაკლებული წონის შენარჩუნებას.

მსუქანი ადამიანების მიმართ უარყოფითი განწყობა ეყრდნობა რწმენას, რომ ცუდი ნებისყოფით, მცირე თვითკონტროლითა და გაუმადლობით, ისინი თავად აყენებენ საკუთარ თავს ამ მდგომარეობაში. როდესაც მსუქანი ადამიანი საზოგადოებრივ სივრცეში დესერტს მიირთმევს, ადამიანების უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ ის ხარბად იქცევა. თუმცა, თუ საზოგადოებრივ ადგილებში მსუქანი ადამიანი შეზღუდულად იკვებება, მიიჩნევენ, რომ ის დიდი რაოდენობით საჭმელს ჭამს, როდესაც მარტო რჩება. თუმცა, კვლევები არ ადასტურებს, რომ მსუქანი ადამიანები უფრო მეტს ჭამენ ვიდრე გამხდრები.

ასევე, აზრს, რომ სიმსუქნე გამოწვეულია სიხარბითა და თვითკონტროლის პრობლემით, უპირისპირდება ფაქტი, რომ ბევრი ადამიანისთვის სიმსუქნე ბუნებრივი და ჯანმრთელი მდგომარეობაა.

ხშირად, სიმსუქნეს ფსიქოლოგიურ გაუწონასწორობლობას აწერენ. ასევე სიმსუქნე ინტერპრეტირებულია როგორც სექსუალური შიშებისა და ლტოლვების, სადისტური ან აგრესიული იმპულსების, არაცნობიერი კონფლიქტებისა ან შენიღბული დეპრესიის, შფოთვის, ასევე სხვადასხვა პიროვნული მერყეობის გამოვლინებად. მინიშნება, რომ მსუქანი ადამიანები ფსიქოლოგიური მიზეზების გამო აგდებენ საკუთარ თავს ასეთ მდგომარეობაში, ხშირად დელიკატურია. მაგალითად, სუზი ორბახი ამტკიცებს, რომ ქალები სიმსუქნით საკუთარ თავს იცავენ წმინდად სექსუალურ ნივთებად აღქმისგან. ეს თეორია ამბობს, რომ ქალები პასიურად ირჩევენ სიმსუქნეს, რათა კონკრეტულ ურთიერთობებს გაუმკლავდნენ და მსუქან ქალებს ეშინიათ გამოჩნდნენ სექსუალურები. ამ ხედვაში იმპლიციტურად მოიაზრება, რომ სიმსუქნეს დამცველობითი ფუნქციები აქვს ქალებისთვის და რომ სიმსუქნე ინდივიდის კონტროლს ექვემდებარება.

კვლევებმა ვერ დაადგინა, რომ მსუქანი ადამიანები მეტად ნევროტული, სექსუალურად არაადეკვატური და ემოციურად შერყეულები არიან, ვიდრე საშუალო წონის ინდივიდები. პირიქით, ზოგიერთი კვლევა საპირისპირო დასკვნამდე მივიდა: მსუქანი ინდივიდები ნაკლებად მშფოთვარე და დეპრესიულები იყვნენ და საშუალო წონის ინდივიდებთან შედარებით ნაკლებად მიდრეკილნი თვითმკვლელობისკენ. ამ აღმოჩენების მიუხედავად, იმის რწმენამ, რომ სიმსუქნე ფსიქოლოგიური პრობლემების გამოვლინებაა, აღმოჩენების

უცნაურ ინტერპრეტაციებამდე მიგვიყვანა. ერთ კვლევაში, სადაც სიმსუქნესა და დეპრესიას შორის კავშირი არ აღმოჩენილა, ავტორმა განაცხადა, რომ სიმსუქნესა და ფარულ დეპრესიას შორის უდავო კავშირი არსებობდა.

ვარჯიში როგორც წონის კონტროლი

ზოგადი ჯანმრთელობისთვის ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელობა კარგად არის დამტკიცებული. კვლევები აჩვენებს ვარჯიშის დადებით ეფექტს კარდიოვასკულარულ და რესპირატორულ სისტემებზე და ზოგადად სიკვდილიანობაზე. გონივრული და მოსაწონია კვლევებიდან გამომდინარე ფიზიკური აქტივობისა და ვარჯიშის მნიშვნელობაზე მზარდი აქცენტი.

თუმცა, ბევრი ადამიანისთვის ჯანმრთელობა არ არის ის, რაც მათ ფიზიკური აქტივობისკენ უბიძგებს. გზავნილები ვარჯიშსა და ვარჯიშის მნიშვნელობაზე განსხვავებულია კაცებისა და ქალებისთვის. ბევრი ქალისთვის ვარჯიშის მოტივაცია დაკავშირებულია სასურველი სხეულის ფორმის მიღწევასთან და არა კარდიოვასკულარულ ან სხვა ჯანმრთელობის სარგებელთან. ჟურნალ გლამურში 1980-იანებში დაიბეჭდა გამოკითხვა, რომლის მონაწილე 33 000 ქალიდან 95%-მა დააფიქსირა, რომ ვარჯიში წონის კონტროლის მიზნით გამოეყენებინათ. სხვა გამოკითხვამ, რომელიც ჟურნალ რანერს ვორლდში (Runner's World) გამოქვეყნდა, დაადგინა, რომ ქალი მორბენალების 50% ხშირად, ჩვეულებრივ ან ყოველთვის „სიმსუქნის ძლიერ შიშს“ განიცდიდა.

ბევრი ქალისთვის ვარჯიშის მოტივაცია საკუთარი სხეულის წონისა და ფორმის შეცვლაა, რაც განსხვავდება კაცების მოტივაციისგან, რომელიც, მათ მიხედვით, მოქნილობას და კომპეტენტურობას უკავშირდება. კაცების უმეტესობისთვის ვარჯიში გულისხმობს სპორტისა და ჯგუფურ აქტივობებს მაშინ, როცა ქალების უმეტესობა ინდივიდუალურ სავარჯიშო პროგრამებსა და ფიტნეს კლასებში მონაწილეობას ანიჭებს უპირატესობას.

ბევრი ქალისთვის, ფიტნესი გზაა გახდომით საკუთარი სხეულის გალამაზებისა. კვებითი აშლილობების მქონე ქალებისთვის, ვარჯიში გზაა, რომ წონა ზედმეტი ენერგიის დახარჯვით დაიკლონ. ხშირად კვებითი აშლილობების მქონე ინდივიდები საკუთარ თავს კვების უფლებას აძლევენ, თუ შემდეგ საკვების შედეგებს დატვირთული ვარჯიშით „დაუპირისპირდებიან“. აქედან გამომდინარე, ვარჯიში მოიაზრება „დამწვარ კალორიებად“, ხოლო საკვები - „მიღებულ კალორიებად“.

რადგანაც ვარჯიშის მიზანი ჯანმრთელობის ნაცვლად, წონის დაკლებაა, კვებითი აშლილობის მქონე ბევრი ქალი მაშინაც კი ვარჯიშობს, როდესაც შიმშილობს, ან ნახევრად შიმშილობს. ეს ყველაფერი ძალიან ტვირთავს ადამიანის სხეულს და ხშირად მთავრდება სახსრების, კუნთოვანი მასისა და ძვლების დაზიანებებით.

ვარჯიშისთვის საჭირო ენერგია საკვებიდან უნდა მოდიოდეს, თუმცა, ნახევრადმოშიშვნილ ქალის სხეული ენერგიას სხვა სასიცოცხლოდ აუცილებელი ფუნქციებიდან გადმომისამართებს, რათა ვარჯიში შეძლოს. მაგალითად, შესაძლოა სხეულის ტემპერატურა შემცირდეს, რათა ადამიანს ვარჯიშის შემდეგ უფრო შესცივდეს, ვიდრე მანამდე ან შესაძლოა ტვინის ფუნქციონირებისთვის განკუთვნილი ენერგიის გამოყენება მოხდეს, რის შედეგადაც, ვარჯიშის შემდეგ კონცენტრაცია იკარგება და ხასიათიც ფუჭდება.

თუ სხეული ვარჯიშის დროს ენერგიისგან დაიცლება, მაშინ შესაძლოა კუნთური მასის დაშლა და მისი ენერგიად გამოყენება დაიწყოს. შედეგად, სუსტდება და ზიანდება კუნთები და ორგანოები, მათ შორის, გული. შესაბამისად, თუ ვარჯიში და საკუთარ სხეულზე ზრუნვა გვინდა, მნიშვნელოვანია დავაბალანსოთ აქტივობის დონე და მიღებული საკვები, რათა ჯანმრთელობა არ დავიზიანოთ.

რას გეუბნება რეალურად სასწორი?

ბევრი ქალისთვის ყოველდღიური აწონვა დღის განწყობას განსაზღვრავს - სასწორი მათ დღის ხასიათსა და თავდაჯერებულობას განაპირობებს. რამდენიმე კილოს დაკლებას ძირითადად ალტაცების, თავდაჯერებულობისა და თვითკონტროლის განცდა ახლავს თან. წონის მომატებას, მეორე მხრივ, საკუთარი თავის ზიზღი, დეპრესია და თავდაჯერებულობის ვარდნა მოსდევს და ხშირად სოციალური სიტუაციების არიდებით მთავრდება. 1984 წლის ჟურნალ გლამურის გამოკითხვამ დაადგინა, რომ ქალების თითქმის 2/3-ის თქმით, მათი წონა ზოგჯერ ახდენდა გავლენას იმაზე, თუ როგორ გრძნობდნენ ისინი თავს.

სხეულის წონის თვითღირებულების საზომად გამოყენება უგულვებელყოფს ინდივიდის სხვა ასპექტებს და გავლენას ახდენს იმაზე, თუ პიროვნების სხვა მახასიათებლები რა ადგილს იკავებენ მის თვითშეფასებაში.

გარდა ამისა, სასწორი სხეულის მასის ან სხეულის ცხიმის ძალიან არასანდო საზომია. ქალების სხეულის წონის 50%-ზე მეტი წყალია. წონის კლება, განსაკუთრებით დიეტის თავდაპირველ ეტაპებზე, ხშირად დეჰიდრატაციის გამო ხდება. ეს განსაკუთრებით მაშინაა სახეზე, თუ დიეტაში ცოტა რაოდენობის ნახშირწყალია. მონელების შემდეგ დაშლილი ნახშირწყლები სხეულში გლიკოგენის სახით ინახება. გლიკოგენი მარტივად უერთდება წყლის მოლეკულებს, ერთ გრამ გლიკოგენზე 2.7 გრამი წყლის მიმართებით. ვინაიდან წყალი მძიმეა, ნახშირწყლების შემცირებული რაოდენობით მიღება უჯრედებში და მთლიან სხეულში ამცირებს წყლის საერთო რაოდენობას. ეს ნიშნავს ნაკლებ წონას სხეულის ცხიმის ან მასის შეცვლის გარეშე. შემდგომ, როდესაც ნახშირწყლების მიღება ისევ იზრდება, სხეულში წყლის დონე კვლავ მატულობს. ბევრი დიეტის „წარმატება“ სწორედ სხეულში წყლის დონის შემცირებასთან არის დაკავშირებული. შედეგი სწრაფია, რადგან სასწორი მალევე ნაკლებ წონას აჩვენებს, თუმცა, წონის დაკლება რეალურად წყლის დაკარგვითაა გამოწვეული. დაახლოებით 1 კვირის შემდეგ, შესამჩნევად ნელდება წონის კლება და ხშირად მატებაც არის დიეტის მკაცრი დაცვის შემთხვევაშიც. დიეტაზე მყოფი ბევრი ადამიანი ამას ვერ ხედავს როგორც წყლის დაკარგვის/დეჰიდრატაციის პროცესის შენელებად და ნაკლები ჭამის საჭიროებად ან ნებისყოფის უკმარისობად აღიქვამს.

წყლის ბალანსის ცვლილებები კიდევ უფრო უკიდურესია, თუ ადგილი აქვს უზომოდ ჭამასა და გაწმენდას (ღებინება, ლაქსატივების ან შარდმდენი საშუალებების არასწორი გამოყენება). მიზეზი ისაა, რომ ღებინება და წმენდა დროებით დეჰიდრატაციას იწვევს, რომელსაც კვლავ მოსდევს წყლის შენახვა.

კვებითი აშლილობების შედეგები

ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში ბევრი კვლევა ჩატარდა კვებითი პრობლემების, მათ შორის ნერვული ანორექსიისა და ნერვული ბულიმიის შედეგების დასადგენად. ეს ქვეთაბი ამ მიგნებების ნაწილის შეჯამებაა.

ელექტროლიტების დარღვევები

ელექტროლიტები არის სხეულში არსებული მარილები, რომლებიც ნაერთში გახსნისას ელექტრულ მუხტებს ატარებენ. ისინი აუცილებელია მეტაბოლური პროცესებისთვის, ასევე ნერვული და კუნთოვანი უჯრედების ნორმალური ფუნქციონირებისთვის და მთელი რიგი ორგანოების, მათ შორის გულისა და თირკმლებისთვის. კვებითი აშლილობის მქონე ბევრ ინდივიდს, სითხეების ან ელექტროლიტების დარღვევები აქვს ღებინების, ლაქსატივების ან შარდმდენების ბოროტად გამოყენების ან მარილის შეზღუდული მიღებით გამოწვეული გაუწყლოვნების გამო. ღებინებისა და გამწმენდების ბოროტად გამოყენების ალბათ ყველაზე სახიფათო გართულება ელექტროლიტების დარღვევაა, რადგან კალიუმის ქლორიდის და ნატრიუმის ელექტროლიტები მცირდება.

ალკალინური ინტოქსიკაცია შეიძლება წარმოიშვას ნატრიუმის (ჰიპოატრემიული ალკალოზი), ქლორიდის (ჰიპოქლორემიული ალკალოზი) ან კალიუმის (ჰიპოკალემიური ალკალოზი) დაკარგვისგან. ამ ცვლილებებზე პასუხისმგებელი მექანიზმები კომპლექსურია და სამედიცინო შედეგები შესაძლოა ძალიან სახიფათო იყოს.

ელექტროლიტების დისბალანსმა შეიძლება გამოიწვიოს სისუსტე, დაღლილობა, შეკრულობა და დეპრესია, ასევე, გულის არითმია და მოულოდნელი სიკვდილი.

კარდიოლოგიური დარღვევები

მოშიშდილე ადამიანების უმეტესობას შემცირებული პულსი და არანორმალურად დაბალი სისხლის წნევა აქვს. ხშირად თავბრუ ეხვევათ, როდესაც მჯდომარე პოზიდან მდგომარეში გადადიან. ეს შეიძლება გულის წასვლითაც დამთავრდეს. გულის დარღვევებმა შესაძლოა ფეხებისა და კოჭების დასიება გამოიწვიოს და სისხლში ზედმეტად შემცირებული ჰემოგლობინის რაოდენობის გამო ხელებისა და ფეხების სილურჯე განვითარდეს.

ანორექსიითა და ბულიმიით გამოწვეული სიკვდილი ხშირად გულის დარღვევების შედეგია. შიმშილისა და ელექტროლიტების დისბალანსის

კომბინირებულმა ეფექტმა შესაძლოა გულისცემის სერიოზული ცვლილებები გამოიწვიოს. ეს განსაკუთრებით ვარჯიშის დროს ხდება და შესაძლოა უეცარი სიკვდილით დასრულდეს. ცვლილებები გამოვლინდება ეკგ-თი (ელექტროკარდიოგრაფით ან გულის მონიტორით) და ხშირად ვლინდება პალპიტაციებად (სწრაფი და ხშირად არარეგულარული გულისცემა).

ანორექსიით გარდაცვლილ ადამიანებში სიკვდილის შემდეგ დაფიქსირებულა პოტენციურად ფატალური შენელება QT შინაგანი პროლონგაციის ელექტრული იმპულსებისა, რომლებიც გულს შეკუმშვისა და მოდუნების სიგნალს უგზავნიან. ამან შესაძლოა გამოიწვიოს არარეგულარული გულისცემის მომაკვდინებელი ფორმა - გულის ავთვისებიანი არითმიები. ამ არითმიების მკურნალობა რამდენიმე წუთში თუ არ მოხდება, შესაძლოა უეცარი სიკვდილით დასრულდეს.

გულის დარღვევები შესაძლოა ასევე გამოწვეული იყოს სხვადასხვა გამწმენდი ნივთიერების - კონკრეტული ლაქსატივების ან ღებინების გამომწვევი ნივთიერებების მიღებით.

სტომატოლოგიური პრობლემები

ადამიანების უმეტესობას, რომლებიც გულს თვითნებურად ირევენ, ახასიათებს კბილის შეფერილობის შესამჩნევი გაუარესება. კბილის ფერი შესაძლოა თეთრიდან ყავისფრამდე ან მწვანემდე შეიცვალოს. გართულებებმა შესაძლოა რთული სტომატოლოგიური მანიპულაციები ან კბილების ამოღებაც კი გახადოს საჭირო.

ღებინების გამოწვევისას პირის ღრუში ხვდება როგორც ახლად მიღებული საკვები, ასევე კუჭის სხვა ნივთიერებები, მათ შორის მჟავები. ეს ძლიერი მჟავე ნივთიერება პასუხისმგებელია კბილების ეროზიასა და მინანქრის ცვეთაზე (დეკალციფიკაციაზე), რაც ლპობასა და პარადონტულ დაავადებას იწვევს. ასევე ხშირია ტემპერატურის მიმართ გაძლიერებული სენსიტიურობა. სტომატოლოგიური პრობლემები, რომლებიც კვებითი აშლილობის მქონე ბევრ ადამიანს აქვს, არ გვარდება ნორმალური კვების დაწყების შემდეგ.

კუჭ-ნაწლავის გართულებები

კვებითი აშლილობების მქონე ადამიანებისთვის მუცლის ტკივილი ხშირია. ეს შესაძლოა პირდაპირ იყოს დაკავშირებული უზომოდ კვებასთან და ღებინებასთან. ინდივიდებს, რომლებიც უზომოდ ჭამენ და შემდეგ მიმართავენ გამორეცხვას, შესაძლოა მუცლის ტკივილით თანმხლები თიაქარი დაემართოთ. უზომოდ ბევრის ჭამა ძალიან ტვირთავს კუჭქვეშა ჯირკვალს, პანკრეასს, რამაც შესაძლოა პანკრეატიტი გამოიწვიოს და გადაუდებელი სამედიცინო სიტუაცია შექმნას. განმეორებითი

უკონტროლო კვება ხშირად კუჭის გაწელვას იწვევს და შესაძლოა გახევით ან გასკდომით დასრულდეს, რომელიც კვებით აშლილობებთან დაკავშირებული სიკვდილების ცნობილი მიზეზია. თვითგამოწვეულმა ღებინებამ შეიძლება პირის ღრუსა და ყელის ქსოვილის სერიოზული რღვევა გამოიწვიოს. ასევე, იშვიათი არ არის ღებინების დროს დახრჩობა.

საფაღარათო საშუალებების ბოროტად გამოყენებამ შესაძლოა შეკრულობა გამოიწვიოს, განსაკუთრებით პრეპარატის გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ. ძირითადად, ნორმალური კვებით ნაწლავის ფუნქციონირება ნორმას უბრუნდება, თუმცა, იშვიათ შემთხვევებში შესაძლოა ნაწლავის ნერვული უჯრედები გადაგვარდეს და ნაწლავების ფუნქციონირება სამუდამოდ დაირღვეს, რისთვისაც ქირურგიული ჩარევა გახდეს საჭირო. საფაღარათო საშუალებების განსაკუთრებით ხშირმა გამოყენებამ შესაძლოა სისხლიანი დიარეა გამოიწვიოს.

მოშიშშილე ადამიანებს ნაწლავის აქტივობის ზოგადი დაქვეითება აქვთ. ამან შესაძლოა შეანელოს კუჭის დაცლა (და შესაძლოა გაახანგრძლივოს კვების შემდეგ დანაყრების შეგრძნება) და ნაწლავის სხვა აქტივობა. ნაწლავის აქტივობის შენელებამ შესაძლოა ნაწლავის სრული პარალიზი გამოიწვიოს. დაქვეითებული ნაწლავების აქტივობისა და დეჰიდრატაციით გამოწვეული შეკრულობა ხშირია. ასევე ხშირია კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა, წყლულები და გარკვეული საკვების შეწოვის სირთულეები.

შეშუპება და გაუწყლოვნება

გაწმენდა (გულის რევით ან საფაღარათო და შარდმდენი პრეპარატებით) და მკაცრი დიეტის დაცვა (საკვებისა და სასმელის მიღების შეზღუდვით) ხშირად გაუწყლოვნების და საპასუხოდ წყლის ზედმეტი რაოდენობის შენახვით სრულდება. დეჰიდრატაციის სიგნალი მძაფრი წყურვილის შეგრძნებითა და შემცირებული შარდვით გაიცემა. ზოგჯერ წყლის შენახვაზე თითების, კოჭების ან სახის შეშუპება მიუთითებს. შეკავება ყველაზე ცუდია საფაღარათო საშუალებების გამოყენების შეწყვეტის ან ღებინების შემდეგ და შესაძლოა „წყლის წონის“ 4.5 კილო შეადგინოს. დეჰიდრაციისა და წყლის შენახვას შორის დიდი რყევები თანდათანობით მცირდება, როგორც კი ადამიანი რეგულარულად კვებას იწყებს. თუმცა, წონის მატებასთან და შეშუპებასთან დაკავშირებული წყლის შენახვა შესაძლოა იმდენად შემაშფოთებელი იყოს, რომ ბევრი ინდივიდი მაინც დაუბრუნდეს გამწმენდი პრეპარატების ბოროტად გამოყენებას მანამ, სანამ მათი სხეული ბალანსის აღიდგენას მოასწრებდეს. ეს ციკლს ხელახლა იწყებს. დიდი რაოდენობით წყლის შენახვა შესაძლოა ასევე უკავშირდებოდეს ცოტა რაოდენობით ცილის მიღებას, მდგომარე პოზაში დიდი ხანი ყოფნასა და მარილიანი საჭმელების უკონტროლო რაოდენობით ჭამას.

ნევროლოგიური პათოლოგიები

ბულიმიის შემთხვევების საკმაო ნაწილში დაფიქსირებულია ეპილეფსიის შეტევები, კუნთების სპაზმი (ტეტანია) და კიდურებში ჩხვლეტის შეგრძნებები (პერიფერიული პარესთეზია). მათი ნაწილი ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტითაა გამოწვეული.

თავის ტვინის სკანირებამ გვაჩვენა პარაკუჭების (სითხით სავსე სივრცეები ტვინის მატერიას შორის) ზომისა და თავის ტვინის სტრუქტურული მოწყობის დარღვევები. არსებობს მონაცემები, რომ კვებითი აშლილობების მქონე ინდივიდებში ინფორმაციის დამუშავების გარკვეული ტიპები ზიანდება. მტკიცებულებების თანახმად, თავის ტვინის ეს ანომალიები კარგი კვების აღდგენის შემდეგ ნორმას უბრუნდება, თუმცა, ამ სფეროში მეტი კვლევაა საჭირო.

თირკმლის დისფუნქცია

თირკმლის დარღვევები ემართება კვებითი აშლილობის მქონე ზოგიერთ ადამიანს და სავარაუდოდ ქრონიკულ ჰიპოკალიემიასთან (ელექტროლიტი კალიუმის დაბალ დონესთან) არის დაკავშირებული. ამან შესაძლოა საშარდე გზების ინფექციისადმი მიდრეკილება გამოიწვიოს. თირკმლის დაზიანება იშვიათია, თუმცა დაფიქსირებულა ნერვული ანორექსიის მქონე ზოგ ინდივიდში. არსებობს ანგარიში ერთი ინდივიდის შესახებ, რომელსაც 8-წლიანი თვითღებინების შემდეგ, თირკმლის უკმარისობა განუვითარდა და საბოლოოდ თირკმლის გადანერგვა დასჭირდა.

ენდოკრინული დარღვევები

კვებითი აშლილობის მქონე ბევრ ქალს მენსტრუალური დარღვევები ემართება ამენორეას (მენსტრუალური ციკლის დაკარგვა) ჩათვლით. ეს დიდი ალბათობით სხეულის ცხიმის დაკარგვასთანაა დაკავშირებული, თუმცა, შესაძლოა გავლენა სხვა ფაქტორებმაც მოახდინოს, როგორიცაა ჰიპოთალამუსის დისფუნქცია.

პირებში, რომლებიც ორალურ კონტრაცეპტებს იღებენ, ოვულაცია ითრგუნება აბში შემავალი ჰორმონების დამსახურებით, მაგრამ მაინც ხდება „გამოყოფის სისხლდენა“. ეს სისხლდენა ჩვეულებრივი მენსტრუაციის მსგავსია და შესაძლოა ანორექსიის დროს ამენორეა შენიღბოს. ნორმალური მენსტრუაცია, ჩვეულებრივ, ბრუნდება რეგულარულ კვებასთან ერთად, თუმცა, ბევრისთვის ეს მხოლოდ ნორმალურად კვების ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ ხდება.

ჰიპოთერმია ან ჰემცირებული სხეულის ტემპერატურა ხშირია დაბალწონიან ადამიანებში. ჰიპოთალამუსი სხეულის საბაზო ტემპერატურას სხვადასხვა მექანიზმის მეშვეობით ინარჩუნებს. მოშიმშილე ადამიანები, რომლებსაც დაბალი სხეულის ტემპერატურა აქვთ, ვერ ეგუებიან ტემპერატურის ცვლილებებს. ტემპერატურის რეგულაციის ეს დარღვევები წონის მატებასთან ერთად ძირითადად კვლავ ნორმას უბრუნდება.

დერმატოლოგიური ცვლილებები

კანი უკიდურესად მგრძნობიარეა ნუტრიციული ცვლილების მიმართ. კვებითი აშლილობების მქონე ბევრ ინდივიდს, განსაკუთრებით დაბალწონიანებს, მშრალი, დამსკდარი კანი აქვს, რაც, სავარაუდოდ, დეჰიდრაციასთან, კანქვეშა ცხიმის დაკარგვასთან და ზოგიერთი ვიტამინის დეფიციტთან (მაგალითად A ვიტამინის და E ვიტამინის) არის დაკავშირებული. თვითგამოწვეული ლებინება პირის ირგვლივ არსებული კანის სიწითლესა და გაღიზიანებას იწვევს.

მოშიმშილე ადამიანებს შესაძლოა სახეზე, კისერსა და ტანზე გაუჩნდეს ღინღლი. თავზე თმა ხშირად თხელდება და მზინვარებას კარგავს.

ფეხებსა და ხელებზე ფრჩხილები ხშირად მარტივად მტვრევადი ხდება. ხელები და ტერფები შესაძლოა მოლურჯო შეფერილობის გახდეს, რაც სისხლში ჰემოგლობინის ზედმეტად შემცირებული რაოდენობითაა გამოწვეული. ზოგ ინდივიდს შესაძლოა კანის მოყვითალო შეფერილობა გაუჩნდეს, რასაც კაროტინის პიგმენტაცია ეწოდება. ეს დაკავშირებულია შიმშილით გამოწვეულ ღვიძლში კაროტინის მეტაბოლიზმის დეფექტთან. ნორმალური კვების დაწყებისა და ნორმალური სხეულის წონის მიღწევის შემდეგაც კი ეს შეფერილობა შესაძლოა საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შენარჩუნდეს, შესაძლოა წლებიც კი.

უზომოდ კვებამ და ლებინებამ შესაძლოა სახეზე, პირის ღრუში და თვალებში სისხლძარღვების გახეთქვა გამოიწვიოს. ხშირად კვებითი დარღვევების მქონე პირებს აღენიშნებათ პაროტიდური ჯირკვლებისა (ყურების წინ ან ქვემოთ მდებარე) და სახის შეშუპება. ეს როგორც წესი, მტკივნეული არ არის, მაგრამ შესამჩნევია დაბერილ ლოყებად. გაურკვეველია ეს შეშუპება რატომ ჩნდება, თუმცა, ვარაუდობენ რომ შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ელექტროლიტების დარღვევებთან, ლებინებისგან ჯირკვლების ფიზიკურ გაღიზიანებასთან, ენდოკრინულ (ჰორმონალურ) დისფუნქციასთან ან კვების უცმარისობასთან. აღნიშნული შეშუპება შესაძლოა ნორმალური კვების აღდგენის შემდეგ რამდენიმე თვე მაინც გაგრძელდეს.

საკვები და კვებითი ქცევა

მიუხედავად იმისა, რომ კვებითი აშლილობების მქონე ინდივიდები ცოტას ჭამენ, ისინი დიდ დროს ხარჯავენ საჭმელსა და კვების დაგეგმვაზე ფიქრზე. ასევე შესაძლოა დიდი დრო მოანდომონ ცოტა საჭმლის ჭამას.

ხასიათი და პიროვნება

შიმშილი ხშირად ინდივიდის პიროვნებაში ცვლილებებს იწვევს. ხასიათის ცვლილებები ხშირია - დეპრესიიდან აღფრთოვანებაზე სწრაფი მონაცვლეობით. მოშიმშილე ან ნახევრად მოშიმშილე ადამიანებიდან ბევრი აფიქსირებს გაღიზიანებას და მარტივად გაბრაზებას. ასევე, იშვიათი არაა აკვიატებული აზრები (ხშირად, მაგრამ არა მუდმივად საკვებთან დაკავშირებული) და ქმედებები.

შემეცნება

ბევრ მოშიმშილე ადამიანს კონცენტრაცია და სიფხიზლე დაქვეითებული აქვს. ხშირად ეს ადვილად გაფანტულობას, აპათიასა და უძლურების განცდას იწვევს. ბევრი ინდივიდისთვის, რომელიც თვითნებურად შიმშილობს, შეზღუდვის დაწესება კონტროლის ქონას უკავშირდება. ხოლო შიმშილით გამოწვეული კონცენტრაციის დარღვევა ხშირად იმდენად შემაწუხებელია, რომ ისინი კიდევ უფრო შიმშილობენ, რათა მეტი კონტროლი იგრძნონ. შედეგად კი კოგნიტურ სიმპტომებს აუარესებენ.

ძილი და სექსუალური ინტერესი

შიმშილი და ნახევრადშიმშილი დადლილობისა და უენერგიობის მიუხედავად, ხშირად უძილობას იწვევს. კერძოდ, ხშირია დილით ადრე გაღვიძების შემთხვევები. არსებობს მტკიცებულება, რომ მოშიმშილე ადამიანებში ძილის დროს ტვინის ტალღების პატერნები შეცვლილია. ეს ცვლილებები როგორც წესი, ნორმალური კვების განახლებასთან ერთად მწყობრში დგება. ასევე ხშირია ლიბიდოს (სექსუალური ლტოლვა) დაქვეითება.

კვება და კვებითი აშლილობისგან გამოჯანმრთელება

კარგი კვება მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობისთვის?

კვებითი აშლილობის მკურნალობას ორი მთავარი მიზანი აქვს: ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის აღდგენა და რეციდივის პრევენცია. ჯანმრთელობა სოციალურ, სულიერ, ფსიქიკურ და ფიზიკურ კარგად ყოფნას შორის ბალანსია. ფსიქიკური და ემოციური ჯანმრთელობა დამოკიდებულია კარგ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ამიტომ ფიზიკური ჯანმრთელობის აღდგენა არის მკურნალობის წინაპირობა.

კვება, შესაძლებლობისა და ვარჯიშის გათვალისწინებით, არის ფიზიკური ჯანმრთელობის მთავარი ფუნდამენტი. თუ ადამიანი არასაკმარისად იკვებება, მაშინ მას ძილის რეჟიმი ერღვევა, უმცირდება ფიზიკური ვარჯიშის შესაძლებლობა, ყურადღების კონცენტრაცია და გადაწყვეტილების მიღება უჭირს. ასეთ შემთხვევაში გაღიზიანება, დეპრესია, სოციალური განმარტოება მატულობს და, შესაბამისად, ადამიანი ყოვლისმომცველად იწყებს საკვებზე ფიქრს.

კარგი კვების გზამკვლევები

წამყვანი ჯანდაცვის ორგანიზაციები თანხმდებიან, რომ კარგი კვებისთვის ექვსი ძირითადი პრინციპი და რეკომენდაცია არსებობს:

- ყოველდღიურად ჭამეთ სხვადასხვა საკვები ოთხი ძირითადი საკვები ჯგუფიდან;
- შეამოწმეთ წონა თავსდება თუ არა ჯანმრთელობის კატეგორიაში (ზოგადად, სხეულის მასის ინდექსი (BMI) უნდა თავსდებოდეს 20 და 30 შორის);
- მიღებული საკვების ცხიმი დაახლოებით თქვენი საერთო ენერგიის მესამედს უნდა შეესაბამებოდეს;
- მიირთვით მრავალფეროვანი მარცვლოვანი პროდუქტი, ხილი და ბოსტნეული;
- ზომიერად მიიღეთ მარილი და შაქარი;
- თუ ალკოჰოლს მიიღებთ, მიიღეთ ზომიერად.

პრაქტიკაში ეს რეკომენდაციები ასე გამოიყურება:

- დღეში **სულ მცირე** ექვსი ულუფა (serving) მარცვლოვანი პროდუქტი (მარცვლეული, პური, ბრინჯი, მაკარონი);

- დღეში სულ მცირე ხუთი ულუფა (serving) ხილი და ბოსტნეული;
- დღეში სულ მცირე ორი ულუფა (serving) რძე ან რძის ნაწარმი;
- დღეში სულ მცირე ორი ულუფა (serving) ცილებით მდიდარი საკვები (მჭლე ხორცი, თევზი, თხილი ან პარკოსნები);
- არ დაამატოთ დამატებითი მარილი საკვებზე.

რეგულარული კვება

რეგულარული კვება და წახემსება მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ სხეულმა ისწავლოს სიმაძღრის და შიმშილის სიგნალების ამოცნობა. მიზანშეწონილია დღეში სამჯერ კვება და სამჯერ წახემსება. რეგულარული კვება ასევე ასტიმულირებს კუჭის (საჭმლის მომნელებელი სისტემის) კუნთების მუშაობას. ამასთან, ნაწლავთა მოქმედება რეგულარული ხდება და კუჭის შეკრულობაც კლებულობს. კვებითი აშლილობისგან გამოჯანმრთელების პროცესში, შეიძლება უკეთესი იყოს ექვსი მცირე ულუფის მიღება, სამი დიდი კვების სანაცვლოდ. ძალიან მნიშვნელოვანია საუზმის მიღება, რადგან ის ამცირებს დღის განმავლობაში გადაჭარბებული საკვების მიღების სურვილს. საუზმე არის კვება, რომელიც არღვევს ღამის შიმშილს. ის ააქტიურებს სხეულის მეტაბოლიზმს.

**კარგი კვება = მრავალფეროვნება + რეგულარული კვება +
საკმარისი ოდენობა**

ენერგიის საჭიროება

სხეულს გადარჩენისთვის ენერგიის უწყვეტი მარაგი ესაჭიროება. საჭმელი და სასმელი ჩვენთვის ქმნიან ენერგიის ძრავას - გვაწვდიან რა ნახშირწყლებს, ცილებსა და ცხიმებს. ვიტამინები და მინერალები ენერგიით არ გვამარაგებენ, თუმცა ზოგი გვცხმარება იმაში, რომ სხეულმა საკვებიდან ამოიღოს ენერგია. საკვებიდან მიღებული ენერგიის გაზომვა ხდება კალორიებში ან კილოჯოულებში (kilojoules). საჭირო ენერგიის რაოდენობა თითოეული ქალისთვის მრავალი ფაქტორის მიხედვით განისაზღვრება. თუმცა, ვიცით, რომ საკვებით მიღებული ენერგია დღეში 1200 კალორიაზე (5040kj) ნაკლები არ უნდა იყოს. თითოეულ ქალს დღეში დაახლოებით 2000 კალორია (8400 kj) სჭირდება.

ჩვენი სხეული საკვებიდან ენერგიას ასე იყენებს:

ბაზალური მეტაბოლიზმის დონე (basal metabolic rate) - მინიმალური სიჩქარე, რომელიც აუცილებელია მეტაბოლიზმის მიმდინარეობისთვის. ეს არის დონე, რომლითაც სხეულში კუნთები, მათ შორის გული, ფილტვები და სხვა მნიშვნელოვანი ორგანოები, როგორიცაა ღვიძლი და თირკმელები, იყენებენ ენერგიას. რაც უფრო მეტი კუნთი აქვს

ადამიანს, მით უფრო მაღალია მათი მეტაბოლური პროცესის ტემპი, და ამიტომ უფრო მეტად სჭირდებათ საკვები. ვინაიდან გული 24 საათის განმავლობაში მუშაობს, ჩვენი ენერგიაც 24 საათის განმავლობაში იხარჯება. ჩვენი კუნთები, დასვენების დროსაც ხარჯავენ ენერგიას, რადგან მათი ფუნქცია სხეულისთვის ტემპერატურის შენარჩუნებაა. კუნთებს გამათბობელსაც ადარებენ ხოლმე. რაც უფრო მეტი კუნთია სხეულში, მით უფრო მეტი სითბოს მიღებაა შესაძლებელი.

საკვების თერმოგენული ეფექტი. როდესაც ვღებულობთ საკვებს, მისი გადამუშავებისთვის საჭმლის მომნელებელ სისტემას ვააქტიურებთ. ეს მოითხოვს ენერგიას სხეულიდან. მაშასადამე, ჭამა იწვევს სხეულის დამატებითი ენერგიის წვას და ეს ჩვენ გვცხმარება სითბოს შეგრძნებაში.

ვარჯიშის თერმოგენული ეფექტი. ვარჯიშის დროს ჩვენი კუნთები იყენებენ ენერგიას და ხელს უწყობენ სითბოს წარმოქმნას.

ადაპტაციური პროცესები. თუ ჩვენ ვჭამთ იმაზე მეტ საკვებს, ვიდრე ეს ჩვენ სხეულს სჭირდება, შესაძლოა, სხეულის სითბოს წარმოქმნამ გადააჭარბოს ნორმალურ დონეს, რათა დამატებითი კალორიების მიღება დააკომპენსიროს. ეს მექანიზმი შეიძლება იყოს ადაპტაციური პროცესის ნაწილი, რათა სხეულის წონა გენეტიკურად განსაზღვრულ "კომფორტულ ზონაში" სტაბილიზდეს.

ნახშირწყლები

საკვებში შედის ნახშირწყლების ორი ძირითადი ტიპი. კომპლექსური ნახშირწყლები მოიცავს სახამებლისა და ბოჭკოს შემცველ საჭმელს, როგორიცაა პური, მაკარონი, კარტოფილი, სიმინდი, ლობიო, ბრინჯი და მარცვლეული. მარტივი ნახშირწყლების შემცველი საკვები მოიცავს ხილს, თაფლს, შაქარს და შაქრის შემცველ პროდუქტებს (ტკბილეულობა, ნამცხვრები და სხვა). ნახშირწყლების ძირითადი ფუნქციაა ენერგიის უწყვეტი მარაგის უზრუნველყოფა სხეულის ყველა უჯრედისთვის. კომპლექსური ნახშირწყლები ასევე აუცილებელია საჭმლის მონელების სისტემის ჯანსაღი ფუნქციონირებისთვის და ხელს უწყობს საკვების შემდეგ სისხლის შეგრძნებას. იდეალურ შემთხვევაში, ინდივიდის საერთო ენერგიის მიღების დაახლოებით 50-55% უნდა მოდიოდეს ნახშირწყლებიდან. ეს მოიცავს დღეში 25-30 გრამ ბოჭკოს. აღნიშნული მოთხოვნა დაკმაყოფილდება, თუ დღეში მივიღებთ სულ მცირე ექვს ულუფა პურსა და მარცვლოვანი ჯგუფის პროდუქტს, და, ასევე, სულ მცირე ხუთ ულუფა ხილსა და ბოსტნეულს.

ცილა

მაღალი ხარისხის ცილის შემცველი საკვებია ხორცი, კვერცხი, რძის ნაწარმი და ზღვის პროდუქტები. თხილეული, მარცვლეული, პარკოსნები და სხვა ბოსტნეული მდიდარია

ნაკლებ ხარისხის და კონცენტრაციის ცილებით. ცილის მთავარი ფუნქციაა სხეულის გაჯანსაღება და ეფექტური იმუნური სისტემის ფორმირება, რათა მან შეძლოს ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა. საუკეთესო შემთხვევაში, ყოველდღიური ენერგიის დაახლოებით 12-დან 20%-მდე უნდა მოდიოდეს ცილიდან. ეს შეიძლება მიღწეულ იქნეს ყოველდღიურად მინიმუმ ორი ულუფა რძის ნაწარმის მიღებით და, დამატებით, ხორცის, თევზის, ქათმის, ლობიოს, კვერცხის ან თხილეულის ერთი ან მეტი პორციის მიღებით.

ცხიმი

ცხიმის ყველაზე გავრცელებული წყაროებია კარაქი, მარგარინი, ზეთი, ცხიმიანი ხორცი, მაღალი ცხიმის რძის პროდუქტები და ცხიმით გაჯერებული ტორტები და ნამცხვრები. ცხიმი საკვების აუცილებელი ნაწილია.

ცხიმი, რომელიც საკვებშია, შეიცავს ცხიმში ხსნად მნიშვნელოვან ვიტამინებს, როგორიცაა A, D, E და K.

ვიტამინი A საჭიროა მხედველობის სიმახვილისთვის. ის, ასევე, გამოიყენება კანის მოვლის პროდუქტებში, რადგან ის ხელს უწყობს კანის სიძლიერეს და ელასტიურობას. ასევე ეხმარება კანს ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლაში.

ვიტამინი D აუცილებელია ძლიერი ძვლებისთვის. ის იცავს ძვლებს გატეხვისგან.

ვიტამინი E გვიცავს ასაკობრივი ცვლილებებისგან. ასევე დამტკიცებულია, რომ იგი ამცირებს კიბოს რისკს.

ვიტამინი K საჭიროა სისხლის შედედებისთვის.

ცხიმი აგრეთვე შეიცავს არსებით ცხიმოვან მჟავებს. არსებითი ცხიმოვანი მჟავები სხეულის მრავალი ჰორმონის და ნივთიერების საკვანძო მდგენელია და გვხმარება ინფექციასთან ბრძოლაში. სხეულის ყველა უჯრედის მემბრანა შეიცავს ცხიმს, რათა მას მიეცეს ელასტიურობა. ქალის სხეულში მეტი ცხიმია, ვიდრე მამაკაცის სხეულში. სხეულის ცხიმი ქალის სხეულს უფრო ტალღოვან ფორმებს სძენს და ქალურს ხდის. ქალის ჯანმრთელ სხეულში ცხიმის პროცენტული მაჩვენებელი დაახლოებით 25% უნდა იყოს. აღნიშნული ცხიმი სხეულს იცავს ტემპერატურის ზედმეტი კარგვისგან. ასევე ის იცავს ჩვენს ძვლებს და ამცირებს ძვლის მოტეხვის რისკს. ახალი ზელანდიის რეკომენდაციებში ვხვდებით, რომ ადამიანებმა უნდა შეამცირონ ცხიმის მიღება. თუმცა ეს არ ნიშნავს ცხიმის რაციონიდან “ამოღებას”. მნიშვნელოვანია, რომ საკვებიდან მიღებული მთელი ენერგიის 30-დან 33%-მდე ცხიმიდან მომდინარეობდეს. ეს იმას ნიშნავს, რომ ყოველი კვების დროს ცხიმის ზომიერი რაოდენობა უნდა მივიღოთ.

ძვლების ჯანმრთელობა

კალციუმი და ოსტეოპოროზი

ოსტეოპოროზი ჯანმრთელობის პრობლემაა, რომელიც ძირითადად ქალებს მენოპაუზის შემდეგ უვითარდებათ. თუმცა, მისი შემთხვევები, ასევე, აღინიშნება კვებითი აშლილობის მქონე ახალგაზრდა ქალებშიც, რადგან ისინი ნაკლებად ღებულობენ კალციუმის შემცველ საკვებს. ოსტეოპოროზი მინერალების, განსაკუთრებით კალციუმის, თანდათანობითი დაკარგვის შედეგია. ძვლები სუსტდება და ადვილად მტკრევადი ხდება. თემო, ხერხემალი და მაჯის ძვლები ოსტეოპოროზის დროს ხშირად ზიანდება. ოსტეოპოროზის მქონე ქალების 20% -ის შემთხვევაში გარდაცვალების მიზეზი სწორედ მოტეხილობის შედეგად განვითარებული გართულებებია. ჩვენი ძვლები აქტიური და ცოცხალია. მოზარდობიდან 30 წლამდე მიმდინარეობს ძვლების განვითარება. ამიტომ კალციუმი ძვლებში დეპონირდება. ძვლის მასის მაქსიმუმი 30 წლის ასაკისთვის მიიღწევა. მოგვიანებით ძვლები კალციუმს კარგავენ. ოსტეოპოროზი შეიძლება განვითარდეს ორ შემთხვევაში - თუ თქვენ 30-იან წლებში არ გაქვთ მაქსიმალური ძვლის მასა, ან თუ გადაჭარბებული რაოდენობით კალციუმი გამოიყო ძვლებიდან.

ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორები:

- მდედრობითი სქესი - ქალების უმრავლესობას, მამაკაცებთან შედარებით, უფრო პატარა ძვლები და შესაბამისად, კალციუმის ნაკლები მარაგი აქვთ.
- ოსტეოპოროზის ოჯახური ანამნეზი
- ესტროგენის დაბალი დონე - ესტროგენი, ქალთა სქესობრივი ჰორმონი, ხელს უწყობს ძვლების მიერ კალციუმის შეწოვას. ესტროგენის დონე დაბალია ამენორეას და მენოპაუზის დროს, ამიტომ ეს მდგომარეობები ძვლის განლევის იწვევს. ესტროგენის დონე ასევე დაბალია ქალებში, რომელთაც სხეულის ცხიმის დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი აქვთ და ზედმეტად მცირე წონა აქვთ.
- მოწევა - მწევლები, როგორც წესი, არამწევლებთან შედარებით მენოპაუზას ერთი ან ორი წლით ადრე აღწევენ, ამიტომ მწეველი ქალები უფრო ადრე კარგავენ ესტროგენით ძვლის გაძლიერების უნარს.
- გადაჭარბებული ვარჯიში - ზედმეტმა სპორტულმა აქტივობამ შეიძლება შეამციროს ესტროგენის დონე და გამოიწვიოს ძვლის კარგვა. ზომიერი ვარჯიში ძალიან მნიშვნელოვანია მინერალიზებული ძვლის შენარჩუნებისთვის. კვირაში ოთხჯერ-ხუთჯერ ნახევარსაათიანი სიმძიმის აწევის ვარჯიში ოპტიმალურია ძვლის მშენებლობისთვის, მაგრამ უკიდურესი ვარჯიში ძვლების განადგურებას იწვევს.

- სიგამხდრე - ძალიან გამხდარი ადამიანი, ნორმალური წონის მქონე პირისგან განსხვავებით, ვერ ღებულობს ვარჯიშის დახმარებით ძვლის მშენებლობის ეფექტს.
- კალციუმის, ვიტამინ D-სა და ფოსფორის არაადეკვატური მიღება - ვიტამინი D საჭიროა კუჭ-ნაწლავიდან კალციუმის შეწოვისთვის. ფოსფორისა და კალციუმის კომბინირება ძვლებში საჭიროა ძვლის სიმკვრივისა და სიმყარისთვის. ორივე ნივთიერება მოიპოვება საკვებში. შესაბამისად, საკვების შეზღუდული მიღება ამცირებს ორგანიზმში ვიტამინ D-სა და ფოსფორის შემცველობას.
- ზედმეტი ცილის ან მარილის მიღება ზრდის კალციუმის რაოდენობას, რომელსაც თირკმელი გამოყოფს და იწვევს ძვლის კარგვას.
- ზედმეტი ბოჭკო, ყავა, ჩაი, ალკოჰოლი და კოკა-კოლა ამცირებს კალციუმის შეწოვას.
- ზომიერება არის მთავარი.

რატომ აქვთ ანორექსიის მქონე ადამიანებს ოსტეოპოროზის განვითარების რისკი?

- სახეზეა ესტროგენის დაბალი დონე, რაც გამოიხატება მენსტრუალური ციკლის დარღვევას ან შეწყვეტაში და გამოწვეულია ჭარბი ვარჯიშითა და/ან სხეულის მცირე წონით.
- სხეულის მცირე წონა ამცირებს ვარჯიშის სასარგებლო ეფექტებს.
- კვების შეზღუდვა იწვევს კალციუმის, ვიტამინ D-სა და ძვლის სხვა საკვების მცირე შემცველობას.
- გაწმენდას შეუძლია გამოიწვიოს ნაწლავებიდან ნუტრიენტების (მათ შორის კალციუმის) დაკარგვა და ორგანიზმის სხვა დარღვევები. ამგვარი დარღვევები კი კიდევ უფრო მეტად ამცირებენ საკვებიდან კალციუმის შეწოვას.

კვება ძვლის ჯანმრთელობისთვის

ძვლის განლევის პრევენციის საუკეთესო გზაა მაქსიმალურად შეიქმნას ძვლის მასა გარდატეხის ასაკსა და ადრეულ ახალგაზრდობაში. ძვლის მასის ოპტიმალური ზღვრის მიღწევა ქმნის კალციუმის საჭირო მარაგს მენოპაუზისთვის.

არსებობს რამდენიმე სტრატეგია ოსტეოპოროზის პრევენციისთვის:

- წონის აღდგენა გამოიწვევს ესტროგენის დონეების აღდგენას.
- კალციუმის საკმარისი მიღება - ახალგაზრდა ქალებმა ყოველდღიურად უნდა მიიღონ 800-დან 1200 მგ კალციუმი. კალციუმით მდიდარი პროდუქტები

მოიცავს რძის ნაწარმს, სოიოს რძეს, კონსერვირებულ თინუსს, ხამანწკებს, კრევეტებს, ნუშს, ბროკოლს და ისპანახს. კალციუმით მდიდარი პროდუქტის ჭამა საუკეთესო გზაა ორგანიზმის კალციუმით შევსებისთვის, რადგან კვებითი დანამატებიდან მიღებული კალციუმი ეფექტურად არ შეიწოვება. თუ ლაქტოზის მიმართ გაქვეთი მალალი მგრძნობელობა, მაშინ აციდოფილებით გამდიდრებული რძე, მაწონი/იოგურტი და ყველი და სოიოს პროდუქტები კალციუმის კარგი წყაროა.

- კალციუმით მდიდარი საკვების ორი ან მეტი პორციის მიღება ყოველდღე (რძის ნაწარმი ან დაკონსერვებული ძვლიანი თევზი) უზრუნველყოფს საკმარისი რაოდენობის კალციუმს.
- ვიტამინ D-ს საკმარისი მარაგი - ვიტამინი D წარმოიქმნება ორგანიზმში მზის სხივების კანზე ზემოქმედებით ან ისეთი საკვების მიღებით, როგორიცაა კვერცხი და თევზი.
- ზომიერად მიირთვით მრავალფეროვანი საკვები.

ⁱ მთარგმნელის შენიშვნა: სახელმძღვანელო მოიცავდა ნერვული ანორექსიის DSM-III-ის კრიტერიუმებს, რომელიც მთარგმნელმა ჩაანაცვლა უახლესი, DSM-5-TR კრიტერიუმებით.