

ՀԱՍՄԻԿ ՇԱՅԻՆՅԱՆ

ՆՅԱՐԴԱՅԻՆ ԱՆՈՌԵԿՄԻԱՆ ԵՎ ԲՈՒԼԻՄԻԱՆ ՈՐՊԵՍ
ՀՈԳԵՍՈՄԱՏԻԿ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ. ՏԿՅԱԼ
ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴԻ
ՀՈԳԵԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ՍԵԹՈՂՆԵՐԻ ՀԱԿԻՐԸ
ՆԿԱՐԱԳԻՐԸ

Որպես հետազոտման առարկա ընտրելով նյարդային սննդային խանգարումների մասնավորապես բուլիմիկ և անոռեկսիկ դոսևորումները և իրականացնելով անհրաժեշտ հոգեախտորոշիչ միջոցառումները՝ մենք մոտեցանք աշխատանքի այն փուլին, երբ անհրաժեշտ դարձավ առաջարկել տվյալ խանգարումների կարգավորմանը ուղղված հոգեթերապևտիկ միջոցառումներ: Ուսումնասիրելով գրականությունը, մենք դուրս բերեցինք այն դասական մեթոդները, որոնք կիրառվում են արդի կլինիկական հոգեբանության մեջ՝ որպես նյարդային սննդային խանգարումների հոգսեթերապևտիկ միջոցներ: Մեր հակիրճ ամփոփարկումը վերոհիշյալ մեթոդներին անհրաժեշտ ենք համարում առաջարկված խնդրի արդի հոգեթերապևտիկ գործող մեթոդների ընդհանուր պատկերը ստանալու համար: Միայն դրանից հետո կանոդադառնանք մեր կողմից առաջարկվող հոգեթերապևտիկ միջոցառումներին: Քանի որ աշխատանքի տվյալ փուլը կրում է զուտ տեսական բնույթ, որպես տվյալ խնդրի կողմնացույց, գրականության տպավորիչ ցանկում, մենք ընտրեցինք Մալկինա-Պիխի "Սննդային Վարքածևի Թերապիա"-ն; սակայն, խնդրի ընդհանուր և հնարավորինս օբյեկտիվ պատկեր ստանալու համար մենք օգտվեցինք բազմաթիվ հեղինակների աշխատություններից և համապատասխան ինտերնետային կայքերում տեղադրված տեղեկատվությունից:

Այսպիսով, տվյալ հոդվածի խնդիրն է գրականության մեջ և այլ մատչելի տեղեկատվական աղբյուրներում ներկայացված տեղեկատվության վերլուծության միջոցով դուրս բերել արդի հոգեթերապևտիկ գործող սննդային վարքածևի նյարդային խանգարումների բուժման, կամ հոգեկարգավորման մեթոդները: Նախևառաջ հարկ է նշել, որ հոգեթերապևտիկ այցելուի նկատմամբ կիրառվող նպատակաուղղված վերբալ, կամ ոչ վերբալ ներգործությունն է՝ ուղղված նրա հիվանդագին սոմատիկ, կամ հոգեկան փոճակների կարգավորմանը: Հոգեթերապևտիկ ընդհանուր ծրագիրը հիմնված է հիվանդության մասին

տեսական պատկերացումների վրա, ընդ որում, բուժումը ներառում է ուսուցում և կարգավորում[1]: Քանի որ սննդային վարքաձևի նյարդային խանգարումների էթիոլոգիական գործոններից է հոգեբանական գործոնը, ապա դրանց հոգեկարգավորման բուժման գործում կարևոր դեր պետք է ունենա հոգեթերապիան՝ որպես բուժման և ռեաբիլիտացիոն գործընթացի հիմնական բաղկացուցիչ[2]:

Հոգեբանության մեջ առանձնացնում են հոգեսոմատիկ, այսինքն զգայականորեն կանխորոշվող հիվանդությունների մի քանի հիմնական աղբյուրներ[3] - Ներքին կոնֆլիկտ անձի գիտակցականի և անգիտակցականի միջև, ընդ որում այդպիսի ներքին պայքարի արդյունքում կողմերից մեկը կործանիչ հաղթանակ է տանում մյուսի նկատմամբ: Այս պարագայում հոգեթերապևտիկ միջոցառումների խնդիրն է "երկու հակադիր կողմերի" հաշտեցումը: Կողմերից մեկի ճնշումը ցանկալի արդյունք չի տալիս:

- "Երկրորդական շահը", որը շատ կարևոր պատճառ է հիվանդության առաջացման համար, քանի որ ախտանիշը հաճախ շահավետ է հիվանդի համար: Այս խնդրի հոգեթերապևտիկ լուծումը կայանում է նրանում, որպեսզի նախառաջ բացահայտվեն այցելուի "երկրորդական շահերը" սննդային վարքաձևի խանգարման գործող մեխանիզմում, այսինքն այն թվացյալ անկախ պահանջումները, որոնք բավարարվում են տվյալ խանգարման "օգնությամբ": Եվ գտնել դրանց բավարարման համար այլընտրանքային ուղիներ:

- Հոգեսոմատիկ խանգարումների հաջորդ աղբյուրը նույնականացումն է: Այցելուն կարող է ձգտել նույնականացման ինչպես իր իդեալի, այնպես էլ ծնողների հետ: Ընդ որում վերջինս առավել վտանգավոր է: Խնդրի այսօրինակ ակունքների հետ կատարվելիք արդյունավետ հոգեթերապևտիկ միջոցառումները ներառում են տրանզակցիոն հոգեվերլուծությունը և ընտանեկան հոգեդրաման:

- Ներշնչանքի էֆֆեկտը, ըստ որի հիվանդության ծագման աղբյուրն է որոշակի դիրքորոշումների անընդհատ կրկնությունը մանկության տարիներին: Պրանք հետազայում անցնում են հասուն տարիք: Այդպիսի ակունքի հետ աշխատանքը ենթադրում է ռացիոնալիզացիա:

- Մեկ այլ ակունք սննդային վարքաձևի նյարդային խանգարումների ծնավորման համար կարող է հանդիսանալ այսպես կոչված "օրգանների խոսքը": Ինչպես օրինակ "վիրավորանքը կուլ տալ", "ամուր փորի սիրտը հանգիստ է", "լավ մարդը պետք է շատ լինի" և նման արտահայտությունները անհատի մոտ կարող են վերածվել դիրքորոշումների և ախտանիշների: Այստեղ խնդրի լուծումը նույնպես դրա գիտակցումն է:

- Հոգեսոմատիկ հիվանդությունների առաջացման մեկ այլ դրդապատճառ կարող է հանդիսանալ ենթագիտակցական "ինքնապատժումը":

- Հոգեսոմատիկ խանգարումների մեկ այլ պատճառ կարող են հանդիսանալ վաղ մանկության տարիների հոգեկան տրավմաները:

- Ալեկսիտիմիան կարող է հանդիսանալ հոգեսոմատիկ հիվանդությունների, ինչպես նաև նյարդային սննդային խանգարումների լուրջ ակունք: Այդօրինակ այցելուի հետ աշխատանքը գնահատվում է որպես դժվարագույն, քանի որ նրանք իրենց հոգեբանական խնդիրները տեսնում են որպես սոմատիկ, այդպիսով նման անհատները կենտրոնացած են դեղորայքային բուժման վրա:

Այսպիսով, պարզելով հոգեսոմատիկ խանգարումների հիմնական դրդապատճառները, անդրադառնալով մեր հետազոտման առարկա հանդիսացող հոգեսոմատիկ խանգարումների՝ նյարդային անոռեկսիայի և բուլիմիայի, հոգեթերապևտիկ միջոցառումների վերլուծությանը: Հոգեսոմատիկ խանգարումների պարագայում կիրառվող հոգեթերապևտիկ միջոցառումները կարելի է բաժանել երկու խմբերի, որոնք են.

- "Խորը հոգեբանական" մեթոդներ, որոնց հիմքում ընկած է հոգեբանա կան կոնֆլիկտի բացահայտումը և անձի և աշխարհի հետ նրա հարաբերությունների վերականգնավորումը:

- Մեթոդներ, որոնք ուղղված են ախտանիշների և վարքի կարգավորմանը:

Բացի այդ հոգեսոմատիկ հիվանդությունների բուժման համար օգտագործվում են ոչ վերբալ հոգեթերապիայի այնպիսի տեսակներ, ինչպիսիք են մարմնական կողմնորոշման հոգեթերապիան, պարային թերապիան, ռիթմաշարժական թերապիան: Սննդային վարքածեղի անոռեկսիկ և բուլիմիկ նյարդային խանգարումների հոգեթերապիայի արդի միջոցների առավել պարզ պատկերը ստանալու համար դրանք դիտարկենք առանձին-առանձին:

Նյարդային անոռեկսիայի բուժման համար արդի հոգեթերապիան առաջարկում է բազմաթիվ մոտեցումներ, որոնցից ոմանք նույնիսկ հակասում են միմյանց: Այդ փաստը վկայում է այն մասին, որ հաջողությունները տվյալ ՍՎԽ-ների/ՍՍՆՆդային Վարքածեղի խանգարումների/ հոգեթերապիայի բնագավառում բավական կասկածելի են և որևէ սպեցիֆիկ արդյունավետ միջոց դրանց բուժման համար դեռևս գոյություն չունի [1]:

Նյարդային անոռեկսիայի բուժման արդի հոգեթերապևտիկ միջոցառումները կարելի է թվարկել ըստ հետևյալ հերթականության.

1. Վարքային թերապիա, որն ըստ Բասլերի, /1979/, բաղկացած է երկու փուլերից, որոնցից առաջինը ներառում է վարքային և ուսուցողական թերապիաների կիրառումը, իսկ երկրորդ փուլում բուժումը ենթադրում է հոգեսոցիալական խնդիրների կարգավորում: Այսպիսով, մեթոդի ինքնությունը կայանում է նրանում, որ հոգեթերապևտը հիվանդի հետ համաձայնության է գալիս, թե

ինչպիսի միջոցներով կխթանվի օրական քաշի ավելացումը: Այս դեպքում որպես խթանման միջոց հիվանդին թույլ են տալիս դուրս գալ հիվանդասենյակից, իսկ "մեծ հաջողությունների" դեպքում, նույնիսկ դուրս գալ քայլելու հիվանդանոցի բակում և այլն: Սա կազմում է վարքային թերապիայի ենթաճյուղ, որը որոշ հեղինակների մոտ առանձին՝ "պարզևատրային թերապիա" անվանումն է կրում: Հաջորդ փուլում այցելուն պարզևատրվում է արդեն ոչ թե քաշի բարձրացման, այլ ձեռք բերված քաշի պահպանման համար: Վարքային թերապիան համակցվում է մարմնական կողմնորոշման թերապիայի հետ, որոնց համադրությունը թույլ է տալիս այցելուին վերագնահատել իր դիրքորոշումները սեփական մարմնի արտաքին տեսքի, մարմնի օպտիմալ քաշի, սննդի նշանակության, նորմալ սննդակարգի վերաբերյալ: [17]

2. Սոմատիկ կողմնորոշման թերապիա, այսինքն սննդային վարքածիկ վարժեցում: Այս տիպի թերապիան անց է կացվում ստացիոնար պայմաններում, ինչի ընթացքում հիվանդը ստիպողաբար ստանում է օրական 2000-2500 կկալ, հեղուկ սնունդ: Այսինքն քանի որ անոռեկսիայի դրսևորման շատ դեպքերում հիվանդները նույնիսկ ստացիոնար պայմաններում հրաժարվում են սնունդից, ապա այդ սնունդը ներարկվում է հեղուկի տեսքով օրական 5-6 անգամ զոնդի միջոցով: Այս պարագայում բուժ.հաստատության կազմը հետևում է հիվանդի վարքին 2-3 ժամերի ընթացքում՝ կանխելու համար հետսննդային փսխումների արհեստական խթանումները: [1]

3. Որպես նյարդային անոռեկսիայի բուժմանն ուղղված հաջորդ հոգեթերապևտիկ մեթոդ դիտարկվում է մարմնի սխեմայի խանգարմանն ուղղված թրեյնինգներ, որոնց ընթացքում կատարվում է աղեկվատ սննդային վարքածիկ խթանում: Այս փուլում դրական արդյունքների բացակայության դեպքում հիվանդին մեկուսացնում են:

4. Անհատական և խմբային կոգնիտիվ թերապիան ենթադրում է այցելուների ինքնահետազոտման օրագրերի քննարկում և չգիտակցված կոգնիտիվ խեղաթյուրումների /մտքի խեղաթյուրումների/ բացահայտում:

5. Ինտենսիվ դինամիկ թերապիան միատարր/միևնույն ախտորոշման/ խմբերում ուղղված է այցելուների զգացմունքների և պահանջմունքների գիտակցմանը, ընդ որում առաջնային դեր է խաղում սեփական անկախության պահանջմունքի գիտակցումը:

6. Նյարդային անոռեկսիայի արդի հոգեթերապիայի վերջին փուլն է ընտանեկան թերապիան, որն անց է կացվում ընտանիքի բոլոր անդամների հետ, բացահայտելով ներընտանեկան մթնոլորտի և փոխհարաբերությունների թույլ կողմերը: Միայն այդ միջոցառումների անց կացումից հետո հոգեթե-

րապետը կարող է օգնել այցելուին կատարել անհրաժեշտ փոփոխություններ: Նյարդային անոռեկսիայի պարագայում կիրառվող ընտանեկան թերապիայի առաջնային նպատակն է սովորեցնել այցելուին առանձնացնել իր սեփական զգացմունքներն ու պահանջմունքները ընտանիքի անդամների զգացմունքներից և պահանջմունքներից: Եթե այցելուի ծնողները բացակայում են, կամ ինչ-ինչ պատճառներով հրաժարվում են մասնակցել թերապիայի գործընթացին, ապա հոգեթերապևտի խնդիրն անկասկած բարդանում է: Այս դեպքում հոգեթերապետը և այցելուն աշխատում են վերագնահատել և վերակառուցել այցելուի ներընտանեկան հարաբերությունների համակարգը այլ թերապևտիկ միջոցներով: Առաջին անգամ նյարդային անոռեկսիայով տառապող դեռահասների հետ հոգեթերապևտիկ աշխատանքի մեջ նրանց ծնողներին ներգրավելու փորձ է արվել Ֆիլադելֆիայում: Տվյալ փորձի մասնակիցները եղել են 53 դեռահասներ համեմատաբար կարճ հիվանդության պատմությամբ /մինչև 3 տարի/: Չնայած բուժման ընթացքում տվյալ հիվանդների հետ կատարված աշխատանքները ներառել են տարբեր հոգեթերապևտիկ մեթոդներ, այնուամենայնիվ, ընտանեկան հոգեթերապիան եղել է բուժման հիմնական մեթոդը: Բուժման ավարտին հիվանդների 86 %-ը բարեհաջող արդյունքներ է ցույց տվել: [8,9]

Որպես նյարդային անոռեկսիայի հոգեթերապիայի մեթոդաբանության վերլուծության եզրափակում, հարկ է նշել, որ նյարդային անոռեկսիայով տառապող հիվանդները հաճախ հրաժարվում են հոգեթերապևտիկ օգնությունից: Այդ երևույթի էթիկական գործառույթներից մեկը սեփական թերապևտիկ միջոցառումների ընտրության հնարավորությունն է: Այդպիսի հիվանդների հետ աշխատանքում հոգեթերապետը պետք է հոգեթերապևտիկ միջոցառումների ինքնուրույն ընտրության հնարավորություն տա նրանց, նույնիսկ այն դեպքում, եթե նման ընտրությունը թվում է անտեղի, կամ չմտածված: [4,5]

Ավելին, փորձը ցույց է տալիս, որ նյարդային անոռեկսիայով տառապող հիվանդների մոտ հաճախ դիտարկվող հոգեթերապիայից խուսափելու երևույթը հետևանք է հանդիսանում նրանց արժեքային համակարգում լուրջ խեղաթյուրումների: [11,12]

Ըստ գրականության մեջ նշված տվյալների՝ նյարդային անոռեկսիայի բուժման պարագայում հնարավոր ռեցեդիվները անխուսափելի են:

Ինչը վերաբերում է նյարդային բուլիմիային, ապա այն ենթարկվում է թերապիային, ինչը թույլ է տալիս կարգավորել օրգանիզմի նորմալ կենսագործունեությունը և մարմնի նորմալ քաշը: Նյարդային բուլիմիայի նկատմամբ կիրառվող արդի թերապիան կիրառում է հոգեթերապևտիկ միջոցառումների

լայն սպեկտոր: Այդպիսի թերապևտիկ մեթոդների բազմազանությունը ներառում է դասական հոգեվերլուծությունը, անհատական, խմբային, կամ ընտանեկան թերապիան, վարքային թերապիան: Որպես այլընտրանքային թերապևտիկ միջոցառումներ առաջարկվում են հնդկական մեդիտացիան և ֆեմինիստական խմբակների աշխատանքները: Ամենաբարդ դեպքերում նյարդային բուլիմիայի բուժման թերապևտիկ մեթոդներն են ստացիոնար և ամբուլատոր դեղորայքային մեթոդները: [7]

Ինչպես նյարդային անոռեկսիայի դեպքում, նյարդային բուլիմիայի բուժման նպատակով կիրառվող արդի մեթոդները համադրվում են՝ բուժման գործընթացում առավելագույն արդյունավետություն ստանալու նպատակով: Դրանք կարելի է դասակարգել ըստ հետևյալ հերթականության.

1.Նյարդային բուլիմիայի բուժման գործընթացում հոգեթերապևտի առաջնահերթ նպատակն է՝ կանխել սովորական դարձած վարքածնի կրկնությունը (շատակերություն-փսխում-շատակերություն):Այս փուլում այցելուն խիստ հետևում է ընդունվող սննդի քանակին՝ նշելով ամեն մանրույնը հատուկ օրագրում: Այս փուլի նպատակն է խանգարման ի հայտ գալու ակտուալ պատճառների վերլուծությունը/տրամադրություն, տագնապ, սթրես և այլն/:

2.Նյարդային բուլիմիայի բուժման ամենաակտուալ հոգեթերապևտիկ մեթոդներից է ընտանեկան թերապիան:

3.Սննդային վարքածնի բուլիմիկ խանգարման համար հաճախ կիրառվում է "փորձության թերապիան", որը շոկային բնույթ ունի: Այն ենթադրում է այցելուի համար ծայրահեղ լարվածության մթնոլորտի ստեղծում, ինչի հանգամանքներում նրա մոտ ի հայտ են գալիս բուլիմիկ նոպաները: Հոգեթերապևտի օգնությամբ այցելուն հաղթահարում է նոպային տրվելու ցանկությունը, ինչի միջոցով ձեռք է բերում հաղթահարման դրական փորձ և հավատ սեփական ուժերի նկատմամբ: Այսպիսի մոտեցումը, չնայած արդյունավետ կարող է լինել, սակայն, չի կարող հանդես գալ որպես ինքնուրույն միջոց նյարդային բուլիմիայի դեմ պայքարում:

4.Մարդկային հարաբերությունների հոգեթերապիան ենթադրում է այցելուի ինքնակործանարար սննդային վարքածնի հոգեվերլուծությունը և այն մեխանիզմները, որոնց օգնությամբ այցելուն պայքարում է սթրեսի տարբեր դրսևորումների դեմ:

5.Գեշտալտ թերապիան լայն առումով կիրառվում է որպես հոգեսոմատիկ խանգարումների արդյունավետ հոգեթերապևտիկ միջոց: Այդ թվում նաև այն կիրառվում է նյարդային սննդային խանգարումների բուժման համար: Գեշտալտ-թերապիայի հիմնական գաղափարն է այն համոզմունքը, որ մարդու

ինքնակառավարման հմտությունը անկրկնելի է: Այդ պատճառով տվյալ խանգարումների նկատմամբ դրա կիրառումը կենտրոնացնում է որոշումներ կայացնելու և ընտրություն կատարելու այցելուի ունակության զարգացման վրա: Այն հիմնվում է ինքնիրականացման գործընթացի խթանման վրա: Գեշտալտ թերապիայի մեթոդի հեղինակն է ամերիկացի հոգեթերապևտ Ֆ.Ս. Պերլզը: Այն ձևավորվել է գեշտալտ-հոգեբանության, էկզիստենցիալիզմի, հոգեվերլուծության և մասնավորապես արտամոլված հոգեբանական նյութի ֆիզիոլոգիական դրսևորումների վերաբերյալ Վ. Ռայխի գաղափարների ազդեցությունների ներքո: Ըստ տվյալ մեթոդի անհատի ներքին ներդաշնակության համար անհրաժեշտ է որպեսզի նա իրականացնի իր պահանջմունքները, հակումները և ընդունակությունները: Ըստ գեշտալտ-թերապիայի փիլիսոփայության, դա միակ ուղին է անձի առողջ զարգացման համար: Գեշտալտ-թերապիայի ընթացքում հոգեթերապևտն աշխատում է ինքնակառավարման 5 գեշտալտ գործընթացների հետ, որոնք են՝ ինտրոեկցիան, պրոեկցիան, ռետրոֆլեկսիան, դեֆլեկսիան և կոնֆլուենցիան: [14]

6.Որպես նյարդային բուլիմիայի հոգեթերապևտիկ միջոց առանձնացվում է նաև տրանզակցիոն անալիզը: Տրանզակցիոն անալիզի մեթոդն առաջարկվել է է. Բեռնի կողմից: Տվյալ մեթոդի տեսության համաձայն մարդը “ծրագրավորված է” գործելու և իրականացնելու այն կենսական կողմնորոշումը, որը համապատասխանում է իր “վաղ որոշումներին”: Անհատի կյանքի սցենարը կազմված է իր հարազատների, մասնավորապես ծնողների ակտիվ մասնակցությամբ և այսօր անհատն ապրում և որոշումներ է կայացնում ըստ այն դիրքորոշումների, որոնք նրանում ձևավորվել են մանկության տարիներին և անհրաժեշտ են եղել կենսագործունեության պահպանման համար, որոնք մինչդեռ արդիական չեն հասուն մարդու համար: Տրանզակցիոն անալիզի հիմնական հոգեթերապևտիկ նպատակն է անձի վերականգնվելու՝ կենսական դիրքորոշումների վերագնահատման, վարքի անարդյունավետ դրսևորումների գիտակցման և անհատի սեփական պահանջմունքների հիման վրա նոր արժեքային համակարգի ստեղծման միջոցով: [15]

7.Նեյրո-լինգվիստիկ ծրագրավորումը որպես հոգեսոմատիկ խանգարումների, մասնավորապես սննդային վարքածնկ բուլիմիկ և անոռեկսիկ խանգարումների թերապիայի միջոց ներկայացնում է տեխնիկաների բազմազանություն, որոնցից յուրաքանչյուրը հիմնված է հետևյալ գաղափարների վրա. իրական աշխարհը տարբերվում է յուրաքանչյուր անհատի պատկերացումներից աշխարհի մասին; յուրաքանչյուր անհատ ունի պոտենցիալ ռեսուրսներ արդյունավետ կենսագործունեության համար; անհրաժեշտ փոփոխությունները տեղի են ունե-

նուն առկա պոտենցիալ ռեսուրսների “ազատման”, աշխատանքի կոչման ժամանակ; կյանքը և գիտակցությունը համակարգված գործընթացներ են; և այլն: 8. Սննդային վարքածևի բուլիմիկ և անոռեկսիկ նյարդային խանգարումների բուժմանն ուղղված դրական հոգեթերապիան բաղկացած է 5 փուլերից: (1) ախտանշիների դրական/անսովոր/ գնահատականը; (2) ակտուալ կոնֆլիկտի/ինչ փոփոխություններ են տեղի ունեցել վերջին 5-10 տարիներին/, բազային կոնֆլիկտների /ինչպիսի ընտանեկան մոդել է գործել հիվանդի ընտանիքում խնդիրների լուծման համար/ և միկրոտրավմաների բացահայտումը (3) այցելուի կյանքի դրական ասպարեզների բացահայտում և շեշտում (4) վերբալիզացիա՝ ինչպիսի այլ խնդիրներ կան, որոնց լուծումը ցանկալի է այցելուի համար (5) Նպատակների դաշտի լայնացում/ինչպիսի այլ նպատակներ իր առաջ կոնի այցելուն մոտակա մի քանի օրերի, շաբաթների, ամիսների և տարիների ընթացքում/:

9. Կոգնիտիվ-վարքային թերապիայի կիրառման արդյունքում նյարդային բուլիմիայով հիվանդների մոտ 40%-ը հրաշալի արդյունքներ են ցույց տալիս բուժումից հետո: Շատակերության մոպաները և արհեստականորեն խթանվող փսխումները վերանում են, մարմնի քաշը նորմավորվում է: Եվս 40%-ի մոտ շատակերության մոպաների և արհեստականորեն խթանվող փսխումների թիվը համեմատաբար պակասում է: 20%-ի արդյունքները սննդային վարքածևի ասպարեզում աննշան են: [6] Զատուկ սննդային վարքածևի բուլիմիկ խանգարման բուժման նպատակով մշակվել է կոգնիտիվ-վարքային թերապիայի ծրագիր, որն առաքարկվել է /Ricca et al 2000/-ի կողմից: Դրա հիմքում է այն գաղափարը, որ նյարդային բուլիմիայի հոգեպաթոլոգիական դրսևորումների հիմքում ընկած է սեփական մարմնի մասսայի և արտաքին տեսքի վրա սևեռվածությունը, որն առաջանում է ցածր ինքնագնահատականի արդյունքում: Այսպիսով, կոգնիտիվ-վարքային թերապիայի առաջնային խնդիրը նյարդային բուլիմիայի բուժման գործընթացում բաղկացած է՝ (1) պաթոլոգիկ սննդային դիրքորոշումների փոխարինումը նորմալ սննդային դիրքորոշումներով; (2) ինքնակառավարման աղապատախիվ քաղաքականության զարգացումը, ինչը թույլ է տալիս հետագայում խուսափել նման վարքածևի դրսևորումներից; (3) մարմնի արտաքին տեսքի հետ կապված կոգնիտիվ խեղաթյուրումների կարգավորումը: [1]

10. Սննդային վարքածևի բուլիմիկ խանգարման ակտուալ հոգեթերապիայի մեթոդ է մարմնական կողմնորոշման թերապիան: Վ. Ռայսի գաղափարախոսության համաձայն, հոգեբանական պաշտպանության մեխանիզմները և դրանց հետ կապված պաշտպանական վարքածևների դրսևորումը նպաստում է այսպես կոչված մկանային պաշտպանաշերտի ձևավորմանը, ինչը բնութագրվում է

տարբեր մկանային խմբերում և շնչառության մեջ լարվածության ձևավորմանը: Նա առաջարկել է մի շարք վարժություններ տարբեր մկանային խմբերում լարվածության թուլացման համար: Ըստ այս մոտեցման, ֆիզիկական ազդեցության ներքո բացահայտվում են թաքնված, կամ արտանդված գզացմունքները: [16]

Այսպիսով, փորձեցինք հակիրճ կերպով ներկայացնել նյարդային սննդային խանգարումներ հանդիսացող անոռեկսիայի և բուլիմիայի բուժման քննադատական կիրառվող արդի հոգեթերապևտիկ մեթոդների նկարագիրը: Հարկ համարեցինք անդրադառնալ տվյալ հոգվածում արժարժված խնդրին, քանի որ այն ամուր հիմք կհանդիսանա հաջորդիվ մեր կողմից ներկայացվող այն հոգեթերապևտիկ մեթոդի քննարկման համար, որի արդյունավետության փորձաքննությունը կներկայացնենք որպես տվյալ սննդային վարքաձևի խանգարումների բուժման համար առանձին հոգեթերապևտիկ մեթոդ:

1. Малкина-Пых И.Г. /Терапия пищевого поведения-М.:Эксмо, 2007/ (Справочник практического психолога) . стр. 362-550
2. Пушкарёв А.Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство.- М., Изд-во Инга психотерапии,2000
3. Радченко А. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств// Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Кроль Л.М., Пуртова А.Е.,(сост.)М., Класс, 2001
4. Beauchamp TL, Childress JF: **Chapter 3: Respect for autonomy.** In *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edition. Oxford: Oxford University Press; 2001:57-112.
5. Kennedy I, Grubb A: **Chapter 5: Consent.** In *Medical Law*. London: Butterworths; 2000:575-773.
6. Keel P. K., Mitchel J. E. Outcome in bulimia nervosa // *American Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 154, pp. 313-321.
7. Lacey J H. Bulimia nervosa , binge eating, and psycogenic vomiting: a controlled treatment study and long-term outcome // *Br. Med. J.(Clin. Res. Ed.)*.1983, vol. 21 (286(6378)), pp. 1609-1613.
8. Minuchin S, Baker L, Rosman BL et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Arch Gen Psychiatry*: 1975; 32: 1031-8.
9. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
10. Tan J, Hope T, Stewart A: **Competence to refuse treatment in anorexia nervosa.**
11. *International Journal of Law and Psychiatry* 2003 , 26(6):697-707.
12. Tan JOA, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R: **Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values.**
13. *Philosophy, Psychology and Psychiatry* 2006 , 13(4):267-82
14. <http://psychological-counselling.ru/article/gestalt.html>
15. <http://psychological-counselling.ru/article/transact.html>
16. <http://psychological-counselling.ru/article/body-oriented.html>
17. <http://www.psystatus.ru/news.php?id=62>