

Введение

Для лечения ИОРПП не существует терапии, основанной на систематической доказательной базе. Фактически, доказательная база для лечения всех расстройств пищевого поведения у детей и подростков очень ограничена. Однако имеющиеся данные свидетельствуют, что участие семьи может быть полезным, и особый подход, основанный на семейной терапии, в настоящее время считается первым методом лечения нервной анорексии (AN) и нервной булимии (BN) у детей и подростков [National Institute for Clinical Excellence 2004, Lock et al., 2015]. Последние исследования показывают, что такой подход осуществим и приводит к клиническим улучшениям у детей с ИОРПП. Именно на этих результатах, а также на эффективности FBT для лечения AN и BN основано данное руководство [Lock et al., 2019].

Семейная терапия при расстройствах пищевого поведения у детей и подростков уже давно рекомендуется врачами, но ее систематическое использование все еще не получило широкого распространения. Кроме того, были разработаны и использованы в клинической практике различные семейные терапевтические подходы, но ни один из них не был систематически протестирован. Сама область семейной терапии никогда не была стабильной, разделяясь на фракции и школы. Тем не менее можно выделить основные идеи о том, как помочь семьям с детьми с расстройствами пищевого поведения. Одной из серьезных проблем для самих семей, которые лечились с помощью некоторых из этих подходов, была уничижительная и патологизирующая природа некоторых из методов лечения. Существует известное описание Сальвадора Минучина (Salvador Minuchin) психосоматических семей (расстройства пищевого поведения рассматривались как психосоматические расстройства), которые он характеризует как заикленные, ригидные, страдающие от чрезмерной опеки и отсутствия разрешения конфликтов [Minuchin et al., 1978]. Обучение

семейной терапии также в значительной степени основывалось на модели ученичества, когда терапевт учился у “мастера”-клинициста без использования руководств или протоколов терапии, которые обеспечивали бы воспроизводимость, оценку или тестирование. В отличие от этого, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) быстро устранила эти ограничения путем разработки руководств, протоколов обучения и систематического тестирования. Это, в свою очередь, позволило добиться значительного прогресса в разработке доказательной базы, поддерживающей применение КПТ при ряде психических расстройств, включая расстройства пищевого поведения у взрослых.

Сопротивление руководствам со стороны некоторых терапевтов, особенно тех, кто работает на основе взаимоотношений с пациентом (терапевтический альянс) и психодинамической теории, стало настоящим препятствием для внедрения системных методов лечения [Couturier et al., 2013]. Такие терапевты относятся к руководствам как к “поваренным книгам” и считают их слишком легкими, поверхностными, недостаточно внимательными к уникальности пациента и не уважающими профессиональное мастерство и суждения. Эта точка зрения, конечно, имеет право быть, но, с другой стороны, вести абсолютно субъективное лечение — тоже весьма проблематично. Пациенты не только не знают, чего ожидать в плане вмешательства и процесса терапии, но и не имеют возможности сравнить или оценить такие подходы с точки зрения ожидаемого результата. Представьте себе хирурга, работающего без протоколов, которыми он руководствуется при принятии решений, или онколога, принимающего решение о терапевтическом лечении на основе своего профессионального мнения без ссылки на научные данные. В течение долгого времени такое положение дел для терапевтов, лечащих расстройства пищевого поведения, было приемлемым, потому у них не было руководства, которому можно было бы следовать, и было мало исследований, подтверждающих конкретные подходы.

Настоящее руководство является результатом многолетнего клинического наблюдения за детьми и подростками с ИОРПП, а также недавнего систематического изучения семейного лечения расстройства избегания/ограничения потребления пищи. Цель

книги — предложить варианты лечения, терапевтический стиль и конкретные методы вмешательства для проведения результативной терапии, основываясь на навыках и суждениях терапевтов. Начало книги посвящено подготовке терапевта для наилучшего использования терапии. Затем предлагается более детальное описание конкретных вмешательств и навыков, сопровождаемых подробными клиническими примерами.

Глава 1. Что такое избегающее/ограничительное расстройство приема пищи? В главе 1 описывается клиническая картина избегающего/ограничивающего расстройства потребления пищи. В этой главе описана история возникновения этих типов проблем с питанием у детей и подростков, а также представлены современные данные об эпидемиологии, риске и лечении.

Глава 2. Обзор основанной на семье терапии избегающего и ограничительного расстройства приема пищи. В главе 2 приводится краткое описание семейной терапии при ИОРПП. В этой главе рассматривается теоретическое обоснование и базовая модель терапии. В ней описываются сходства и отличия терапии при ИОРПП от терапии при *AN* или *BN*. Описаны три фазы, составляющие семейную терапию, и представлены ее основные методы.

Глава 3. Научное доказательство основанной на семье терапии при избегающем/избирательном расстройстве приема пищи. В этой главе рассматривается текущая доказательная база семейной терапии при ИОРПП, доказывающая эффективность и результативность этого подхода. Эти данные также должны помочь терапевтам определить, является ли семейная терапия разумным подходом в конкретных случаях.

Глава 4. Трудности диагностики и оценки избегающего/ограничительного расстройства приема пищи. В этой главе рассматриваются процедуры, необходимые для проведения диагностической оценки детей и подростков с возможным ИОРПП. Обсуждаются общие проблемы, сложности и вопросы развития, связанные с первичным проявлением ИОРПП.

Глава 5. Терапия, основанная на семье при лечении избегающего/ограничительного расстройства приема пищи через призму развития. ИОРПП обычно начинается в детстве, но может встречаться как у

самых маленьких детей, так и у подростков и взрослых. Использование семейной терапии требует понимания процессов развития, потому что они будут влиять на то, как эффективно применять терапию для различных возрастных групп. В частности, когнитивные, эмоциональные, социальные и семейные изменения, связанные с различными этапами развития, влияют на то, как терапевты привлекают семьи, поддерживают изменения в поведении и способы наилучшего вовлечения ребенка.

Глава 6. Медицинская и психиатрическая коморбидность при лечении избегающего/ограничительного расстройства приема пищи терапией, основанной на семье. Дети и подростки с ИОРПП часто имеют другие сопутствующие медицинские и психиатрические проблемы, включая неправильное питание, дефицит витаминов, задержку роста, а также проблемы с вниманием, поведением и эмоциями. Эти сопутствующие проблемы создают трудности для семей и терапевтов. В этой главе обсуждаются стратегии по расставлению приоритетов и фокусировке на лечении при наличии таких сопутствующих заболеваний.

Глава 7. Поддержка изменений в семье. Первая фаза терапии направлена на мотивацию и расширение возможностей родителей для внесения изменений в управление едой и приемом пищи у их ребенка с расстройством. Занятие 1 сосредоточено на понимании влияния расстройства на функционирование ребенка и семьи как во время приема пищи, так и во время других взаимодействий дома, в школе и других социальных ситуациях. Оно также дает возможность терапевту рассмотреть родительское чувство вины и самобичевание как препятствие в управлении поведением. Эта сессия также дает возможность подчеркнуть медицинские, психологические, развивающие и социальные трудности, с которыми их ребенок, вероятно, столкнется без решительных действий. Эта информация используется, чтобы подчеркнуть серьезность ИОРПП и повысить мотивацию родителей к изменениям. Эта фаза также включает семейный обед, цель которого — помочь терапевту узнать больше о поведении ребенка, родителей и семьи во время еды, а также предоставить терапевту возможность узнать больше о том, насколько хорошо родители работают вместе над изменением поведения во время еды.

Оставшаяся часть первой фазы состоит из шести-восьми сессий, направленных на то, чтобы помочь родителям стать более эффективными в борьбе с поведением, подкрепляющим ИОРПП, посредством постоянного анализа, консультаций и планирования.

Глава 8. Изменение пищевого поведения в семейном и социальном контексте. Эта глава посвящена второй фазе терапии. Основная цель этой фазы — способствовать генерализации изменений, касающихся времени приема пищи и питания, которые были освоены в домашней обстановке на первой фазе, в других социальных условиях, таких как школа, прогулки, рестораны и длительные путешествия. На этой фазе ребенок становится все более независимым в плане самостоятельного управления процессом приема пищи, а родители отступают на второй план.

Глава 9. Возвращение к нормам развития. Фаза 3 не является необходимой для детей младшего возраста, поскольку она направлена, прежде всего, на то, чтобы помочь именно подросткам с ИОРПП вернуться к тому уровню независимости и самоуправления, который ожидается от них на данном этапе развития. Поскольку ОСТ при ИОРПП требует родительского управления поведением во время приема пищи в течение первых двух фаз, это особенно сложно дается подросткам, по сравнению с детьми. Эта фаза помогает подросткам вновь утвердиться в качестве независимых личностей и способствует осознанию и поддержке родителями процессов, происходящих в подростковом возрасте.

Глава 10. Основанная на семье терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи с потерей интереса. В этой главе представлена подробная инструкция по применению ОСТ при ИОРПП в работе с детьми с потерей интереса к еде.

Глава 11. Основанная на семье терапия при избегающем/ограничительном расстройстве приема пищи с сенсорной чувствительностью. Эта глава представляет собой подробную инструкцию по применению ОСТ при ИОРПП для лечения пациента с сенсорной чувствительностью.

Глава 12. Основанная на семье терапия при избегающем/ограничительном расстройстве приема пищи со страхом негативных последствий. В этой главе описывается, как ОСТ при ИОРПП

используется для лечения пациентов с расстройством пищевого поведения из-за страха негативных последствий.

Глава 13. Куда двигаться дальше. Эта глава посвящена проблемам, связанным с обучением, распространением и внедрением семейной терапии. В ней также рассматриваются показатели следования подходу, которые помогут терапевтам в обучении и освоении терапии.

Прежде всего, следует отметить, что данное руководство предназначено для использования клинически подготовленными и лицензированными специалистами в области психического здоровья. Оно не является пособием по самопомощи. Руководство предполагает наличие базовых навыков терапевтического ведения детей и подростков, понимание развития ребенка и подростка в целом, а также опыт и комфорт в работе с семьями. Дети и подростки с ИОРПП могут быть тяжело больны с медицинской точки зрения, и предполагается, что терапевты, работающие с такими детьми, понимают эту возможность и будут пользоваться поддержкой других врачей (например, педиатра) при уходе за ними. Кроме того, у многих детей будут сопутствующие психиатрические заболевания, которые могут потребовать дополнительного лечения, а иногда и приема психотропных препаратов. Для таких пациентов соответствующая дополнительная помощь, включая консультации и ведение психиатра, должна быть частью лечения ИОРПП. Другими словами, для лечения ИОРПП часто требуется команда специалистов, работающих вместе для достижения наиболее безопасных результатов.